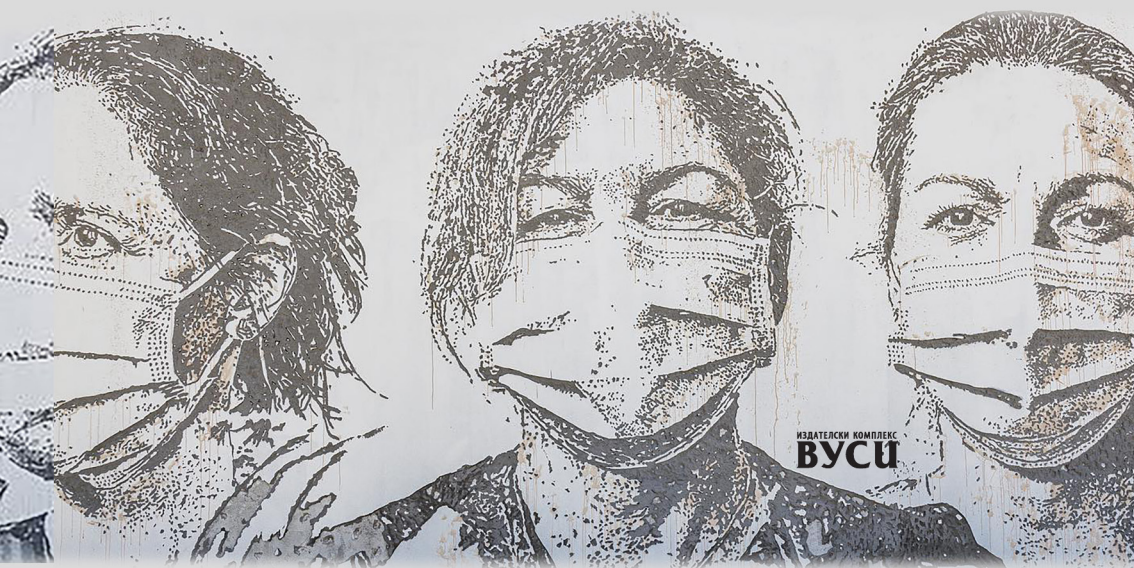


Йосиф Йосифов

МОТИВАЦИОННО ВЪЗНАГРАЖДЕНИЕ НА ЛЕКАРСКИЯ ПЕРСОНАЛ



ИЗДАТЕЛСКИ КОМПЛЕКС
ВУСИ

Д-р Йосиф Йосифов, дм

**Мотивационно
възнаграждение
на лекарския персонал**

На корицата:

Част от стенопис в болница Сао Жоао в Порто, Португалия, дело на португалския уличен художник Александър Фарто, наречен VHILS – портрети на здравни работници – почит към всички медицински и здравни работници, водили битката с пандемията на болестта COVID-19.

Д-р Йосиф Йосифов, дм

**Мотивационно
възнаграждение
на лекарския персонал**

Пловдив, 2022

Рецензенти:

Доц. д-р Петър Пандушев Чобанов

Доц. д-р Теодор Данаилов Дечев

Книгата не се продава и се разпространява безплатно.

© д-р Йосиф Йосифов Йосифов

© Издателски комплекс „ВУСИ“

(Висше училище по сигурност и икономика)

ISBN 978-619-7343-72-4 (мека подвързия)

ISBN 978-619-7343-73-1 (pdf)

1. Въведение.....	7
2. Проблемът на възлагането.....	13
2.1. Проблемът възложител – изпълнител в здравеопазването.....	15
2.2. Перфектно изпълнение.....	16
2.3. Провокирано търсене на здравни услуги от страна на извършителите, като апликация на асиметричната информация	21
3. Морален риск.....	26
4. Стандартни мотивиращи схеми за възнаграждение.....	36
5. Възнаграждение за изпълнение.....	54
6. Колективно договаряне като инструмент за мотивиращо възнаграждение.....	59
7. Директива (ЕС) 2022/2041 и ролята ѝ за минималното заплащане.....	88
8. Актуално състояние на лекарските възнаграждения.....	101
9. Предложение за модел на определяне на минимални заплати на лекарите в болничната помощ.....	106
10. Заключение.....	117
Използвана литература.....	119

Резюме

В монографията са разгледани и дискутирани основните аспекти, които засягат системите за формиране на възнаграждения за болничните лекари, като на преден план се извеждат няколко заключения. Първото от тях засяга практическите трудности, пред които се изправят отговорните лица за здравните политики, за да се постигне първо най-добро решение (first-best solution), когато се решава дилемата, състояща се от проблема възложител-изпълнител (проблемът на възлагането). Изказва се предположение, че проблемът с моралния риск може да се редуцира чувствително, но неговото присъствие може да бъде трайно и практически вечно, без значение какви са системите за формиране на възнаграждение на лекарите.

Следващият извод засяга факта, че двукомпонентното заплащане на труда, което да включва фиксирани и променливи компоненти, е може би най-оптималният способ за формиране на система за възнаграждение на болничните лекари. Представен е анализ на практическите и фактически системи за формиране на фиксираните и променливите компоненти на заплащането, на преден план са изведени техните силни и слаби страни. Обърнато е специално внимание на приоритетизирането в сферата на здравеопазването и на възможните компромиси между поставените цели и задачи в сектора по отношение на системите за възнаграждение, като се извежда идеята, че системите за възнаграждение се изграждат на базата на приоритетите, а не обратното. Разглежда се инструментариумът, предложен от Директива (ЕС) 2022/2041 и се предложи модел за дефиниране на минимални работни заплати за болничните лекари.

The monograph examines and discusses the main aspects that affect remuneration systems for hospital doctors, bringing several conclusions to the fore. The first of these concerns the practical difficulties faced by those responsible for health policies in order to achieve a first-best solution when solving the dilemma consisting of the contracting problem. It is suggested that the problem of moral hazard can be appreciably reduced, but its presence can be permanent and practically eternal, no matter how the remuneration systems for physicians are designed.

The next conclusion concerns the fact that the two-component remuneration of labor, which includes fixed and variable components, is perhaps the most optimal way to form a system of remuneration for hospital physicians. An analysis of the practical and factual systems for the formation of the fixed and variable components of payment is presented, their strengths and weaknesses are highlighted. Particular attention is paid to prioritization in the health care sector and the possible trade-offs between the sector's set goals and objectives in relation to reward systems, suggesting that reward systems are built on the basis of priorities and not the other way around. The toolkit proposed by Directive (EU) 2022/2041 was reviewed and a model was proposed for defining minimum wages for hospital doctors.

Здравният сектор винаги е бил компонент от критическа важност за националната икономика. Той отговаря за здравното състояние на бъдещите и на настоящите поколения и в частност – за благосъстоянието на човешкия производствен фактор в икономиката. Нещо повече, здравният сектор е натоварен със социалната отговорност за превенцията на заболявания и за профилактиката на цялото население на дадена държава.

Един детайлен анализ на системата на здравеопазването и на съответните разходи, свързани с нея, за периода след Втората световна война (ВСВ), ясно демонстрира, че здравните разходи, представляват сериозен икономически проблем, поради своя висок относителен темп на растеж, в сравнение с други публични или частни разходи (виж Vislie 2001 г.). Безкрайните икономически и политически търсения за „перфектната“ и социално „справедливата“ здравна система, поставят отговорните лица за политиките в здравеопазването под сериозно напрежение да намалят, както социалния товар на растящите разходи в здравния сектор, така и в същото време да съблюдават стриктно за едно високо ниво на качество на здравните услуги, които да бъдат с равен достъп до всички социални групи.

Едно обещаващо решение в тази област, се счита да бъдат системите за мотивационно възнаграждение на лекарите. Уеднаквяването на стимулите на всички заинтересовани страни, води до значителни и осезаеми резултати, като по този начин се постига оптимален компромис между качество и количество на здравните услуги. От друга страна, възникват някои нови въпроси и усложнения, свързани с гореизложената система, като огромния брой извършвани медицински услуги, регулаторната рамка и контрола върху работните заплати, от страна на правителството и на болничните заведения. При все това, точната дефиниция на изходния продукт и на резултатите от здравните услуги, изглежда да е твърде сложна и практически неформулируема, поради включването на обективни фактори (дължина на болничния престой, напр.) и субективни оценки (напр. въпросни-

ци, които се попълват от пациенти). Тези и някои други постановки (като напр. асиметричната информация) изискват един внимателен анализ на всички възможни видове системи за мотивационно заплащане в болничния сектор, както и обследване на тяхното практическо и ефективно приложение.

Нещо повече, в процеса на установяване на системи за мотивационно заплащане е нужно да се постигне една ефективна „амалгама“ със системите за оценяване, като по този начин се осигури известно намаляване на ефектите на асиметричната информация, а в същото време се въведат стимули, които да индуцират максимални усилия, от страна на лекарите. Следователно, мултиоперационността като проблем при проектирането на системи за възнаграждение, трябва да се вземе предвид, като в същото време се представят някои алтернативни решения. В процеса на анализ в монографичния труд, ще се наблегне на ролята на мониторинга като управленски инструмент, който подчертава нуждата от по-добър и по-авангарден анализ на болничните данни и от тяхната приложна значимост за болничните и за здравните мениджъри (виж Моoney 1992, стр. 147). Не на последно място, етичните норми на медицинската професия определят една отделна дискусия за приложимостта на изцяло пазарно-ориентирани мотивационни системи за възнаграждение, както и за тяхната съвместимост с общоприетите морални ценности на обществото, а и с етичните принципи на лекарите като цяло.

Основна цел на монографичния труд е анализ на настоящето състояние на мотивационните системи за заплащане на труда в болничния сектор България и в останалия свят към момента на изследването, като се предложи модел, който да е приложим в български условия. Обект на настоящето изследване са структурата, управлението, проектирането и финансирането на системите за мотивационно заплащане в болничния сектор. Той се обуславя от практическата реализация, постоянно осъществяващите се промени и специфичните особености за всяка една от тези системи.

Конкретният предмет на това изследване е свързан с раз-

криването на положителните и на отрицателните страни, характерни за всяка една система (според автора). Те могат да бъдат използвани като непосредствено предложение или ограничение за действия от специалистите, непосредствено ангажирани в здравните системи, а също и от заинтересованите в дадената тематика лица и организации.

Специфичните задачи, които този труд си поставя могат да се систематизират по следния начин:

- да се обследва проблемът на възлагането, частен случай, на който са отношенията лекар-пациент
- да се анализира перфектното изпълнение и проблемите с неговото приложение
- да се очертаят основните постановки по проблема за провокираното търсене на здравни услуги и да се коментира връзката му със системите на заплащане
- да се включи математически модел за изследване на провокираното търсене на здравни услуги
- да се въведе моралния риск като понятие и да се обясни чрез математически модели неговото теоретично и практическо значение
- да се проследят и анализират стандартните мотивиращи схеми на възнаграждение, чрез нагледното включване на математически модели
- да се посочат най-новите системи за възнаграждение за изпълнение
- да се представи актуалното състояние на колективното договаряне в страни от ЕС, като метод на структуриране на мотивиращо заплащане
- да се направят предложения и препоръки за по-нататъшното развитие на горепосочената система в български условия

Методиката на изследването включва издирването на релевантната в областта литература, както и съпоставката и сравнителния анализ на представените постановки и положения в нея. Използват се и елементи на дескриптивна статистика, както и на диференциална математика, при онагледяването на матема-

тическите модели. В процеса на разсъждения често се прилага метода на максимизация, на базата на приравняването на пределните приходи към пределните разходи, или приравняването на пределните усилия които са положени към пределните приходи. Често, се използват и некласически икономически теории в анализа, които могат да се причислят повече или по-малко към т.н „поведенческа икономика” („Behavioural economics”), за да се придаде по-обективна представа за някои процеси като асиметрична информация и ограничена рационалност (bounded rationality).

Трудовото възнаграждение изпълнява три основни функции:

1. Възмездяваща (възпроизводствена) функция - трудовото възнаграждение представлява средство за жизнен стандарт и издръжка на домакинството.

2. Мотивираща функция – свързана е с естествения стремеж на хората към по-високо възнаграждение.

3. Стабилизационна функция – въздейства върху паричното обращение и чрез дела на средствата за възнаграждения от общата парична маса, и чрез изразходваните от заетите работници и служители парични средства.

Представителите на класическата икономическа школа считат, че трудовото възнаграждение трябва да задоволява само жизнения минимум на работника. Според тази школа се отчита само възпроизводствената функция на трудовото възнаграждение на ниво физическо оцеляване на наемния работник.

Неокласическата икономическа школа за пръв път въвежда понятието “пазар на труда”, а равнището на заплащане разглежда като цена на работната сила и резултат от търсенето и предлагането ѝ. Според представителите на тази школа единствената функция на трудовото възнаграждение е мотивиращата.

През 20 в. се засилва ролята на синдикатите и на колективното договаряне при определяне на трудовите възнаграждения. Икономистите обобщават натрупаните теоретични и практически постановки за заплащане на труда, а социалната пазарна теория развива идеята за въвеждане на политика за регулиране на доходите, чийто най-важен елемент е определяне на мини-

мална работна заплата. На пазара се формира двустранен бипартитен модел (синдикати и работодатели), а понякога и трипартитен – с участието на държавата, който посредством преговори се стреми да установи взаимноизгодни условия на труд и заплащане.

На национално и отраслово равнище в България, се регламентират отделни елементи на начина за определяне на заплатите. Използва се понятието „организация на работната заплата”, докато в страните с развита пазарна икономика и преобладаващо в Западна Европа, се среща термина “система на заплащане на труда” или “система за управление на заплатите”.

Организацията на работната заплата е управленска дейност, чрез която се регламентира равнището, динамиката и диференциацията на работната заплата. Системата на заплащане на труда е съвкупност от елементи, чрез които се извършва определянето на работната заплата. Системата за управление на заплатите е специфична дейност на субекта на управление по изграждането и поддържането на начина за определяне на заплатите.

Здравната система в България е обект на постоянни реформи след 1989, които кристализират в радикалната промяна на системата за финансиране и основаването на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) през 1998 година. Създаването на НЗОК е с цел да възникне една нова държавна институция, независима от Министерството на здравеопазването, която да покрива здравния риск и да заплаща медицинските услуги на осигуреното население.

След създаването на НЗОК и въвеждането на метода на клиничните пътеки (КП) за реимбурсиране на болничните заведения, може да се твърди, че повечето от предложените мащабни реформи в сектора, са „заглушени“ от неодобрението им сред медицинския персонал. В същото време, българското здравеопазване е постоянно разтърсвано от скандали за галопиращи разходи, злоупотреби с публични средства, клинична неефективност, стигаща до терапевтични курioзи и, естествено, е перманентно асоциирано с осезаемите размери на т.н „неформални“ плащания.

В основата си, тези проблеми са провокирани от системите за възнаграждения в публичния сектор на здравеопазването и по-точно, на не съвсем адекватния им дизайн. Нещо повече, липсата на контрол над медицинските работници в България, слабата отчетност на разходите и наличието на сериозни „неформални“ плащания, говори за институционалната привилегированост на медицинското съсловие и буди въпроси за стабилитета на социалния мир като цяло.

Съществува трудно разрешим проблем между висшата болнична администрация и лекарския персонал в публичния сектор. Лекарите, които работят на второ място извън публичната болнична система, най-често в доболничната помощ, са изкушени да използват болничните консумативи и апаратура, за да извършват частни и лични изследвания. По този начин те могат да спестят частните разходи и да оцетят болничния бюджет. Този проблем не може да се разреши лесно, ако не се изследват детайлно възможностите за прилагане на мотивиращи системи за заплащане в болничния сектор.

Подтиснатите интереси са интересите на обикновените пациенти в България. Те не само са подтиснати в сферата на здравната система и свързаните с нея области, но може да се твърди, и че не са изцяло организирани като структурна заинтересована страна, поради слабото влияние на пациентските организации. В резултат, самостоятелните искания и мнения остават незабелязани.

2. Проблемът на възлагането

Проблемът на възлагането (the agency problem) е икономическо отношение между възложител (някой, който делегира права и отговорности, най-често собственикът на даден капитал) и изпълнител (агент) (лице, което трябва да извърши определена задача с цел да максимизира благосъстоянието на двамата). Този проблем, разгледан по-детайлно, предполага, че възложителят делегира права и отговорности (decision rights) на изпълнителя в замяна на определен тип или форма на компенсация и възнаграждения. Действията, които са извършени от изпълнителя рефлексират в позитивни или негативни промени на благосъстоянието за възложителя. Нещо повече, информацията, с която разполага изпълнителят и е нужна за оптималното изпълнение на задачите, е недостъпна, а в някои случаи и неясна за възложителя или поне е изключително скъпа за набавяне и тълкуване. Моделът възложител – изпълнител е възникнал в резултат на дългогодишната работа на Berle и Means (1932 г.), които обстойно изучават разрывът на интереси между акционерите на дадена корпорация (възложители) и на мениджърите, които контролират продукцията и пласмента, но нямат акции в дадената компания.

Този метод на иновативен за времето си анализ, посочен по-горе, е вдъхновил поредица от конструктивни изследвания, базирани върху управленските и психологическите решения, които имат за цел да отговорят на въпроса: как даден възложител може да бъде мотивиран, по начин, по който да максимизира печалбата на фирмата, за която работи, и как интересите както на възложителя, така и на изпълнителя могат да се уеднаквят.

Сериозен напредък в теорията за мотивацията представляват научните приноси последователно на Baumol (1959 г.), Simon (1959 г.), Cyert и March (1963 г.), Williamson (1964 г.). Техните методи на анализ представляват една различна интерпретация на условията, при които даден изпълнител може да бъде мотивиран в нединамична бизнес атмосфера. Комплексните последиствия от динамичните отношения, които изискват допълнителна

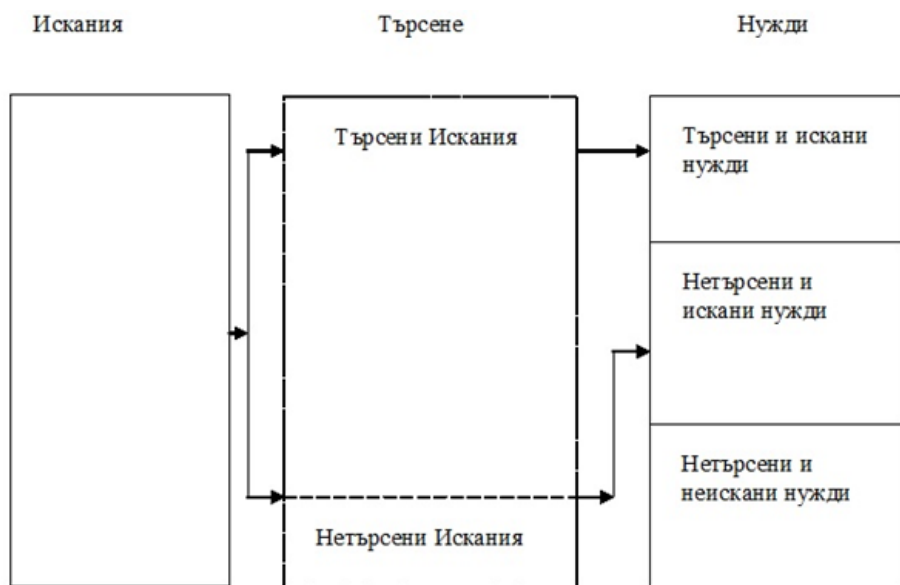
квалификация на изпълнителя са подробно разгледани от Wolf (1998 г.) и Camerer (1997 г.), които изнасят на преден план нуждата от съвместимост на мотивационните процеси в отношенията между възложител и изпълнител, както и острата нужда от колективна ефективност. Тук трябва да се подчертае, че те детайлно развиват една рамка за анализ чрез практическото приложение на Теорията на играта (Game theory) и нейните по-нататъшни импликации с цел да се постигне ефективна структура на възнаграждението като цяло.

Алтернативна гледна точка на полемиката около теорията възложител – изпълнител е представена последователно от Jensen и Meckling (1976 г.), Alchian и Demsetz (1972 г.), и впоследствие подробно развита от Fama (1980 г.). Техните анализи изтъкват на преден план идеята, че дадена фирма може да бъде представена като набор от договори между факторите на производството в нея. Нещо повече, тяхната научна работа излага на преден план схващането, че изпълнителите, които контролират факторите на производството действат по оптимален за техните интереси начин, като в същото време те не се стремят да минимизират печалбите на другите участници, точно както при метода на класическата Теория на играта. Тук трябва да се спомене, че участниците признават тяхната взаимна зависимост и чрез средствата на взаимния контрол те постигат колективна и фирмена ефективност. Тази гледна точка изхожда от факта, че очакваната печалба, когато всички изпълнители си сътрудничат един с друг, е значително по-висока и от това, че когато даден изпълнител не следва общите цели, той може лесно да бъде наказан институционално от другите. Горепосочената теория има сериозно отношение и принос в анализа на здравния сектор и на интерпретацията на проблема възложител – изпълнител в него, поради множествеността на факторите на производство, които се съчетават в здравеопазването с цел да се постигне ефективно лечение.

2.1. Проблемът възложител – изпълнител в здравеопазването

В икономиката на здравеопазването проблемът възложител – изпълнител се трансформира под следната форма: възложителят (пациентът) делегира правото за вземане на решения относно неговото здраве на лице, на което той вярва, че е добре информиран изпълнител (лекар). Като резултат от горепосоченото взаимодействие пациентът предполага, че асиметричната информация, произлизаща от неговата неинформираност относно медицината и здравеопазването може да бъде сериозно подобрена чрез включването на изпълнител на здравни услуги (този случай е детайлно развит от Folland и колектив, 1997 г., стр. 156-159).

Mooney (1992 г.) пояснява гореизложената идея чрез подразделянето на посочената по-горе асиметрична информация в „Искания, търсене, нужди” („Wants, demands, needs”, виж Фиг. 1). Той дефинира *исканията* като неуточнени желания за подобря-



Фиг. 1 Адаптирана от Mooney (1992), стр.79.

ване на здравния статус, което впоследствие се трансформира в търсене на здравни услуги с помощта на лекар. Последният се предполага да предостави ясна оценка на исканията и да реши кои от тях трябва да прераснат в даден вид лечение. По този начин търсенето представлява съгласието между лекар и пациент относно пациентската оценка за неговия здравен статус. *Нуждата* представлява здравен статус, при който лечението е повече от препоръчително по оценка на лекаря. Разширявайки горната теза *нуждите* се дефинират като *търсени и искани, нетърсени и искани, нетърсени и неискани*.

Търсените и искани нужди са онези нужди, които са вече изразени под формата на типично икономическо търсене и за които както лекарят, така и пациентът имат съгласие. *Исканите и нетърсени нужди* са на свой ред пряк резултат от осъзнат за пациента здравен проблем (*искане*), истинската сериозност и значимост на който пациентът не може да определи. Накрая, *нетърсените и нетърсени нужди* представляват ситуация, в която пациентът не осъзнава, че неговият здравен статус е застрашен. В рамката на модела възложител – изпълнител, лекарят е този, който решава какви са здравните нужди и по този начин определя развитието на лечението и предприемането на нужните мерки.

2.2. Перфектно изпълнение

Взаимоотношението на перфектно изпълнение по отношение на здравеопазването може да бъде описано посредством даден лекар, който взема нужните мерки и действия, които би предприел и пациентът, в случай че разполага с перфектната информация (този въпрос е първоначално развит и е получил фундаменталната си трактовка от Culyer, 1989 г.). Анализът на перфектното изпълнение, като вид икономическо взаимоотношение, е разделено в икономическата литература на три основни групи – романтична, монотехнична и реалистична (неромантична). Тези три гледни точки навлизат в научната периодика и медицинската практика като резултат от преките разлики меж-

ду лекари и икономисти, както и със сигурност, като резултат от различията между нормативната и позитивната икономика.

Романтичният подход предполага, че не съществува ограничаваност на производствените ресурси и по този начин „се разрешава“ проблемът с нужния компромис по отношение на употребата на недостатъчни ресурси, чрез които да се оптимизира както здравният статус, така и функциите на пределна полезност на пациентите. За съжаление такъв модел е твърде далеч от икономическата реалност, а в същото време влиза в директна конфронтация с основните икономически постановки.

Вторият модел (монотехничният) предполага, че исканията и предпочитанията на пациентите са идентични, като водят началото си от фундаменталната цел да се максимизира здравният статус (Culyer, 1991 г.). От друга страна някои иновативни принципи като ограничената рационалност (bounded rationality) задават ясна позиция на пълно различие между човешките решения, искания и предпочитания в сходни ситуации. В заключение, романтичният и монотехничният способи са често употребявани от лекарите, но в същото време тяхното интегрирано приложение в икономическия анализ е непрактично поради драстично опростените постановки и нереалистични презумпции (Mooney, 1992 г.).

Реалистичният икономически подход за анализ в сферата на здравеопазването признава и поставя на преден план недостига на ресурсите и многообразието от предпочитания и искания на пациентите. Чрез него извършването на здравни услуги може да бъде обрисувано като набор от потребителски избори, обхващащи в себе си компромиса между разходи и получени икономически блага. За да се установи оптимално и ефективно взаимоотношение между възложител и изпълнител, Artells Herrero (1981 г.) поставя като задължителни следните условия:

- лекарят трябва да бъде специалист в съответната област, като в същото време трябва да притежава способността да подбира и набелязва възможните способи за лечение;
- лекарят се очаква да разполага с детайлна информация относно здравния статус на пациента, историята на предиш-

ните заболявания и финансовите ресурси/обезпеченост, с които пациентът разполага;

– лекарят се очаква да знае функциите на пределна полезност и на здравния статус и по този начин той трябва да избере лечение на основата на оптималния компромис между тези два фактора.

Някои сериозни аргументи в икономическата литература трябва да се анализират по отношение на ролята на лицето, взимащо решения. Според Williams (1988 г.) лекарят предоставя на пациента перфектна информация, като въз основа на това пациентът сам направлява курса на лечение и на възможните медицински интервенции. По този начин отговорността на клиничния лекар се опростява до степен, до която той само помага на пациента да се справи с проблема на асиметрична информация, като в същото време оставя съответното вземане на решения изцяло в ръцете на пациента. Подобен аргумент се явява извънредно смислен и основателен. Но дори при условие че разполага с перфектна информация, пациентът със сигурност няма да разполага с опита на съответния лекар, а също така ще бъде лишен и от професионалното „шесто чувство” по отношение на оптималното лечение.

Culyer, 1988 г., 1989 г. заема другата крайност като предполага, че след като пациентът е снабден със съответната информация за своя здравен статус и съответните алтернативи на лечение, лекарят е този, който формулира вземането на решения с единствената цел да максимизира функцията на здравния статус на пациента, като по този начин се оставя впечатлението, че здравето е единственият компонент на функцията на пределна полезност на пациента, а другите предпочитания са изключени от модела.

Горепосочената аргументация е дала тласък на друга сериозна дискусия в академичната литература, чийто основен въпрос е формулиран по следния начин: какво трябва да бъде оптимизирано – здравен статус или пределна полезност. Обратно на предложенията на Culyer 1988 г., 1989 г., Evans (1984 г.) аргументира становището, че пределната полезност е единствената функция, която трябва да бъде максимизирана. Той признава факта, че

функцията на здравния статус е част от функцията на пределната полезност, но в същото време не описва другите елементи, които са включени в нея. Изненадващо, решението на този проблем изглежда е тясното сътрудничество между пациент и лекар. Може да се твърди, че функцията на пределната полезност, както и функцията на здравния статус, могат да имат линейна взаимосвързаност в дългосрочен план, като по този начин може да се извършва монотонна трансформация. Тук трябва да се отбележи, че дори и в случай, в който ясно математическо равенство не може да бъде достигнато, пациентът може да бъде приканен да разкрие своите предпочитания и да достигне до консенсус с лекуващия лекар върху неговото лечение. Нещо повече, такъв метод е доказал своята ефективност под формата на гъвкави форми на възнаграждение (*cafeteria plans*), следователно може да се стигне до заключението, че съществува и гъвкава форма на лечение, която отговаря както за максимизиране на пределната полезност, така и за максимизирането на здравния статус. Въпреки това, това смело предложение е базирано чисто на теоретична основа и изисква задълбочено и детайлно проучване, което не попада в сферата на настоящия монографичен труд.

Дотук методът на анализ отговори на въпросите какво представлява перфектното изпълнение през гледните точки, както на лекарите, така и на икономистите. Въпреки това трябва да се отбележи, че перфектното изпълнение е изключително идеалистичен модел, чиято цел е да опише свършеното взаимоотношение между пациент и лекар. Също така трябва да се вземе предвид факта, че перфектното изпълнение се използва често като основа за проектиране на съставните части на лекарското възнаграждение, като по този начин се създава ясна картина, даваща представа къде трябва да се съсредоточат усилията за мотивиране на лекарите, като се поощряват набелязаните ефективни дейности. Въпреки това, чувствителната разлика между теория и реалност не трябва да бъде забравяна и трябва критично да се инкорпорира в оценката на модела. Очевидно всекидневните отношения между пациент и лекар твърде често се различават от перфектното изпълнение по следния начин:

- лекарят може да не изявява желание да предприема онези действия, които би предприел пациентът, ако разполага с перфектна информация;
- лекарят може да не е добре запознат с характеристиките на пациента и неговите минали заболявания, включително хронични състояния (това явление се определя от икономическата практика като асиметрична неосведоменост (*asymmetric ignorance*));
- лекарят може да не желае да направи оптималния компромис между функциите на здравния статус и на пределна полезност на пациента или, в по-общия случай, може изобщо да не ги вземе предвид;
- максимизацията на пределната полезност по отношение на бюджетните ограничения може да не бъде постигната от страна на лекаря;
- взаимовръзките между различните лекари, които назначават и участват в дадено лечение, както и тяхното взаимодействие с останалия медицински персонал, не се вземат предвид и дори се игнорират;
- може да се наблюдава липса на перфектна информация както от лекаря, така и от пациента относно алтернативните разходи, свързани с ресурсите, които са нужни за лечението;
- някои от предпочитанията на пациента могат да бъдат напълно автономни, като по този начин методът на търсене на компромис между няколко фактора се превръща в невъзможен за изпълнение;

Както беше вече неведнъж отбелязано, повечето от проблемите, които възникват в истинските всекидневни взаимоотношения между лекар и пациент, са провокирани от проблеми с мотивацията или се провокират поради наличието на неперфектна (несъвършена) информация. Чрез правилното и добре съставено лекарско възнаграждение (схема на възнаграждение) някои от тези проблеми могат да бъдат елиминирани, а негативното въздействие на други има потенциала да бъде сериозно редуцирано.

2.3. Провокирано търсене на здравни услуги от страна на извършителите, като апликация на асиметричната информация

Проблемът за провокираното търсене на здравни услуги от страна на извършителите (supplier-induced demand – SID) (ПТЗУ) за първи път е анализиран в научната работа на Evans (1974 г.). Теоретично този проблем бива представен като ситуация, в която даден лекар индуцира/провокира търсене на здравни услуги, които не биха били избрани или търсени от пациента, при условие че той разполага с перфектната информация за своя собствен здравен статус.

От друга страна, една такава теоретична рамка поражда една интересна дискусия за това дали ПТЗУ съществува, и ако е така – как неговото съществуване може да бъде аналитично и практически доказано. Първият аспект на гореспоменатата ситуация включва обследването на взаимовръзката между лекар и перфектно информиран пациент. В този дух на размишления се предполага, че пациентите имат лекарско образование и са достатъчно информирани, за да могат да преценят реалната нужда от допълнителни здравни услуги. На практика, в противоречие с горното твърдение се предполага, че често, когато част от лекарите биват пациенти, те разполагат с чувствително по-добър достъп до здравни услуги, поради естеството на тяхната работа и професия, отколкото всички други пациенти (виж Моонеу, 1994 г., стр. 105). Казано по друг начин, това означава, че търсенето на здравни услуги, което е обект на нашето внимание, ще има съвсем различна форма в сравнение с търсенето на здравни услуги на „обикновените“ и „средностатистическите“ зле информирани пациенти. От друга страна, като втори основен недостатък в модела, който е наблюдаван, може да се посочи липсата на точна дефиниция на търсенето на здравни услуги, както и променливите, които го съставят. Вместо това се използват някои заместващи фактори в научните трудове, които изучават ПТЗУ, с цел да се замени първоначалното схващане за търсене на здравни услуги, като най-често то е заменено с фактически извършените

медицински дейности. В резултат на прилагането на фактически извършените здравни услуги като приближение, техните цени се стандартизират и считат за идентични сред различните пациенти, което също не представя точно реалността поради различните индивидуални специфики и предпочитания.

Въпреки убедителната логика на фактите, ако терминологичната рамка се модифицира леко, наличието на ПТЗУ може да бъде доказано и детайлно изучено. Нека ПТЗУ се дефинира като ситуация, в която даден лекар е предразположен към изписване на допълнителни медицински услуги, които в действителност са ненужни или най-малкото са необосновани. Такива ситуации могат да възникнат, когато мотивацията на лекарите се характеризира с това, че ги подтиква към горепосочения модел на поведение. Практически пример за това явление е възнаграждение, което е изцяло базирано на метода такса-за-услуга (*fee-for-service remuneration*). Ако определена част от таксата или цялата сума бива получавана от лекувания лекар, той ще бъде силно мотивиран да препоръча необосновани медицински услуги, като по този начин максимизира своето лично благосъстояние. Друг подобен пример може да се обрисова чрез ситуация, в която специфичен медицински капитал е собственост единствено или отчасти на лекувания лекар. За да оптимизира употребата на този специфичен капитал, лекарят ще има силни стимули да предписва ненужни здравни услуги, които са в пряка връзка с утилизацията на горепосочения капитал. Този феномен е описан и класифициран в научната литература, като морален риск и ще бъде детайлно анализиран в следващата глава.

Като трети и последен случай на ПТЗУ могат да бъдат дадени за пример вътреболничните инфекции (ВБИ). В този специфичен случай допълнителното търсене на медицински услуги не е ненужно или необосновано, но по-скоро е резултат от медицинска небрежност или некомпетентност. В резултат се завишават чувствително оперативните разходи на болничното заведение, увеличават се разходите и потреблението на лекарствени средства, антибиотици, сестрински грижи и др. (Plowman и колектив, 2000 г.) В дадения случай, не само правилните стимули и мотива-

цията на персонала представляват основният проблем, но също така и завишеният контрол под формата на вътреболнични разследвания, извършвани както от висшия мениджмънт, така и от някои външни оценители (например от здравноосигурителните дружества или от страната, която отговоря за реимбурсирането на здравните разходи). Въпреки очевидният факт, че ВБИ не са официално признати за ПТЗУ, едно такова предположение се нуждае от по-нататъшно и по-задълбочено проучване поради естеството и природата на наблюдавания феномен, който се характеризира с допълнително търсене на здравни услуги, които в този случай не са индуцирани, а са буквално наложени като социална икономическа тежест.

Алтернативен подход по отношение на гореизложената полемика е представено от Reinhardt (1985 г.), който изучава цялостните последствия за обществото като приема за даденост наличието на ПТЗУ. В модела, който той конструира се прави ясно разделение между контролиран и силно регулиран здравен сектор, респективно здравен пазар, и такива, в които отсъства всякаква централна правителствена намеса. Нещо повече, в посочената рамка достоверно се твърди, че ако се приеме за даденост наличието на ПТЗУ, на първо място, лекарите биха могли да въздействат върху равновесната точка на предлагането и търсенето на здравни услуги, по начин по който те биха намалили съотношението лекари – пациенти (по-известно като осигуреност с лекари на глава от населението) без да намаляват цената на техните услуги. Трябва да се спомене, че е едно такова въздействие със сигурност ще доведе до нежелана безработица сред лекарите, при условие че правителственият сектор упражнява някакъв контрол върху цените и предлагането в пазара на здравни услуги и здравния сектор като цяло.

Чрез една авангардна визия Reinhardt (1985 г.) ясно извежда на преден план позитивите на изцяло пазарно-базирана система, в която търсенето е екзогенно (външно) дадено. В този случай, ако ПТЗУ съществува, то може да доведе до понижаване на цените на здравни услуги, а дългосрочният ефект ще представлява по-ниска или никаква социална тежест, като по този начин по-

тенциалната правителствена намеса в пазара става практически непотребна. Въпреки това, и напълно противоположно на твърденията на Reinhardt (1985 г.), авторът на тази монография смее да твърди, че дори и в пазарен модел без никаква правителствена намеса, лекарите ще имат възможността „полулегитимно“ да договорят по-високи цени (в сравнение с подобни бизнеси, например фармацията), в зависимост от относителната сила, стабилност и активна политика на формите на тяхното организиране, които форми от своя страна могат да „зададат“ монополистични цени под формата на „препоръчителни“ цени или такси (за по-нататъшен анализ на силната роля на браншовите организации виж например Maynard, 2007 г.).

Накрая, Reinhardt (1985 г.) предлага един модел, чрез който се стареае да изрази до някаква степен търсенето на здравни услуги, като твърди следното уравнение:

$$Q = Q(P, X, A), \quad Q_A \geq 0 \quad (1)$$

Където Q представлява периодичното търсене (признавайки динамиката на търсенето по отношение на възраст, предпочитания и др.), P е цената на дадена здравна услуги и A представлява фактор, който е наречен „сила на убеждението“. Последното може да включи всички имплицитни и експлицитни маркетингови похвати, както и всички видове лекарски усилия да се измести нагоре кривата на търсене, като по този начин се постигне благодетелстване за лекарите. Ако пазарът на здравни услуги е неограничен по отношение на предлагането на лекари (например от правителствени или образователни регулации), границата, при която $\delta Q / \delta A = 0$ ще бъде така наречената стабилна крива на търсенето, което означава, че лекарите няма да имат никакъв стимул да индуцират каквото и да е ненужно търсене. Резултатите от един такъв метод са до голяма степен спорни, особено по отношение на формите и схемите на заплащане на болничните лекари, неизбежната нужда от образователни и правителствени ограничения и регулации, и спрямо нивото на достъпност на работния пазар по отношение на здравния сектор (например огра-

ничения, които се отнасят до свободния поток от чуждестранни и местни специалисти). Най-накрая остава един отворен въпрос, който засяга възможността да се постигне прикрито споразумение по отношение на цените на здравните услуги между повечето лекари на здравния пазар, дори ако те са умерено изразени под формата на „препоръчителни” или „минимални” цени.

3. Морален риск

Моралният риск е сложен феномен, който е считан за фактор от решаваща значимост в сферата на здравеопазването. Поради своята сложност той е характеризирани от много аспекти, чието познаване е основно за работата на повечето здравни икономисти и мениджъри. Той се определя чрез страничните ефекти на стимулите, които се предоставят от повечето здравни системи както към пациентите, така и към лекарите. От една страна, лекарското поведение по отношение на предлаганите медицински услуги се различава значително и се влияе от формата на здравно застраховане/осигуряване, в резултат на което се понижава или повишава средноаритметичното агрегатно предлагане на здравни услуги, което също зависи от методите за възнаграждане на лекарския труд за извършените услуги (виж Ellis и McGuire, 1996 г.). От друга страна, пациентите, които са здравно осигурени, променят своето търсене в положителна насока спрямо онези, които са здравно неосигурени и носят цялата тежест на своето лечение (неблагоприятна селекция – *adverse selection*) (виж Gaynor, 1994 г.). Такъв резултат се наблюдава по-неже системата на осигуряване и здравно застраховане предлага една своеобразна форма на поделяне на риска (*risk-sharing*), което в същото време благоприятства за по-ниска реална цена на здравните услуги, както и за стимулирането на пациентите да търсят повече от оптималното количество медицински услуги и дейности. Arrow (1963 г.) е първият, който аналитично доказва, че здравноосигурените пациенти са предразположени към свръхтърсене на медицински услуги извън полето, в което пределната полезност от всяка допълнителна услуга е равна на пределните разходи за осъществяването ѝ, като по този начин се изкривява и нарушава оптималното количество и цените на горепосочените услуги.

Дискутираният по-горе проблем дава началото на сериозна дискусия в академичната литература по отношение на вторите най-добри алтернативи, засягащи възможността да се въведе несъвършена конкуренция в здравния сектор, с цел да се превъз-

могне проблемът с моралния риск чрез налагането на завишени цени (за по-нататъшен анализ на вторите най-добри решения виж например Crew, 1969 г.). Въпреки това, тези модели предполагат, че осигурителите нямат никаква възможност да коригират своите политики, с цел да отговорят на възможното динамично ценообразуване на медицинските услуги, като по-късно е научно доказано, че това не е отражение на реалната ситуация в здравния сектор (виж French, 1979 г.). При все това, проблемът за моралния риск по отношение на формите на здравно осигуряване/застраховане се свежда до основните и значими въпроси – какво е оптималното осигуряване и какво е оптималното равнище на конкуренция на пазара на здравни услуги, като се вземе предвид, че моралният риск съществува като фактор на този пазар.

С оглед да намери отговор на втория значим въпрос Гаупог и колектив (1998 г.) конструират модел, който съблюдава свойствата на съвършено конкурентен и навременен пазар на здравните услуги. Нещо повече, те предлагат въвеждането на случайна променлива ϵ , която обозначава промяна в здравния статус и чиято дистрибуция варира спрямо пациентите, като в същото време остава неизвестна. Когато тази случайна променлива получи реализация, пациентът понася загуба под формата на медицински услуги, които имат своя собствена цена p и имат стабилни непроменливи пределни разходи, обозначени от c . Пациентите посрещат цената на осигуряване/частна застраховка, обозначена чрез m , а τ съответно е цената на извършените здравни услуги за пациентите след реализацията на случайната променлива ϵ , където $\tau \in [1, p]$. Осигурителният/застрахователният договор е представен чрез двойката (τ, m) , където съотношението на съзастраховане е равно на $\theta = \frac{\tau}{p}$ и реимбурсира-

нето на разходите на пациента е делът $1 - \theta$. Нещо повече, като вземем предвид, че даден пациент е осигурен/застрахован и случайната променлива ϵ се реализира, пациентът трябва да максимизира своята функция на удовлетвореност.

$$\max_Q U(Y + \pi i + \pi m - m - \tau Q, Q, \epsilon) \quad (2)$$

$$\text{пред. на } Q \geq 0 \quad (3)$$

Което включва доходът на пациента Y , а π_i и π_m са печалбите за потребителя, които изхождат от поделянето на печалбата. Това означава, че ще настъпи частична дистрибуция, разпределяща дял от печалбите от осигурителния/застрахователния и медицинския сектор към пациента. В същото време Q обозначава количеството на извършените медицински услуги.

В предложения модел осигурените/застрахованите пациенти могат да разчитат на по-ниски цени, обозначени чрез θp вместо от пълната стойност p , което води до индуцирането на по-високо ниво на търсено количество от Q_1 вместо оптималното количество Q^* . Очевидно, първото най-добро решение е невъзможно. В свършено конкурентния пазар, пределните разходи са равни на пределните приходи, така че $p = c$, което води до $t < p$ и отново до по-високо от оптимално количество. Логиката, стояща зад тези разсъждения помага на отговорните лица, определящи здравните политики, да разберат, че ценообразуване на базата на пределните разходи е възможно и социално оптимално, само и единствено когато извършителят на здравни услуги е в същото време и осигурител и определя оптималното количество чрез свършено разбиране на индивидуалния ϵ фактор. Нещо повече, авторите Гаупог и колектив (1998 г.) ясно показват, че моралният риск е независим от по-високите цени спрямо пределните разходи и по този начин очертават факта, че всякаква правителствена интервенция на пазара само ще влоши ситуацията.

От гледна точка на лекарите, наличието на морален риск и нерегламентираното договаряне с пациентите, във вреда на осигурителя, може да бъде методично доказано по неоспорим и сигурен начин в случаите, когато схемата на реимбурсиране се сменя.

Една такава промяна в реимбурсирането обикновено провокира три отчетливи вида ефекти – морален риск, ефект на селекцията и ефект на стила на практикуване. Ефектът на селекцията се характеризира с промяна в степента на сериозност на здравословното състояние на пациентите, приети за болнично лечение, което води до различни нива на болничен престой (БП) за всеки

един от тях. На последно място, ефектът от стила на практикуването обхваща различията между клиничните и параклиничните звена на различните болнични заведения, първопричина за което са различните лечебни способности, които чувствително варират в различните лечебни заведения.

Един изчерпателен модел за анализ на отделните ефекти, породени от горепосочените три явления е приложен от Ellis и McGuire (1996 г.). Той цели да анализира как една промяна в системите за възнаграждение видоизменя поведението на болничните лекари, а също така как тази промяна въздейства на употребата на медицински ресурси в даденото лечебно заведение. В модела, системата на възнаграждение е представена чрез **R**, която има директен ефект върху стратегията на болницата за прием и хоспитализация на пациенти, обозначена чрез **Aj(R)**, както и върху процедурите по лечението **Tj(R)** (виж Ellis и McGuire (1996 г.).

По-нататък, факторите, взети под внимание, са формулирани по следния начин:

$$N_j = N_j (A_j(R), T_j(R)) \quad (4)$$

$$V_j = V_j (A_j(R)) \quad (5)$$

$$LOS_j = L_j(V_j, T_j(R)) \quad (6)$$

Където **N** представлява броят на пациенти, по отношение на болнично заведение **j**, **Vj** е фактор обозначаващ средната степен на влошеност на здравния статус, по отношение на болнично заведение **j**, и **LOSj** е средната продължителност на болничен престой. В контраст с позицията на модела представен от Gaunor и колектив (1998 г.), който обхваща обследването на оптималната конкуренция в пазара на здравни услуги, както и прави опит да докаже наличието на ефекти, породени от моралния риск, при условие че има наличие на здравно осигуряване/застраховане, Ellis и McGuire (1996 г.) целят да анализират отделния ефект, резултиращ от моралния риск и неговата чувствителност към изменение в системата за формиране на възнагражденията. Нещо повече, високата чувствителност към едно такова изменение ще

представлява едно ясно емпирично доказателство за обхвата и размера на това явление. В този ред на мисли, Ellis и McGuire (1996 г.) предлагат следната дефиниция на ефекта, породен от моралния риск, която води до ценни и лесно практически приложими прозрения от изключителна важност, що се отнася до по-добрата формулировка на системите за възнаграждение на болничните лекари, както и що се отнася до разширеното обследване на ефектите от моралния риск между отделни болнични заведения, които са обект на интереси и наблюдения:

$$\text{Морален Риск} = \sum_j S_j \frac{\delta LOS_j}{\delta T_j} \frac{\delta T_j}{\delta R} \quad (7)$$

Където S_j представлява процентът на изписани пациенти от болнично заведение j . Като резултат от гореизложените наблюдения, промените в схемите за възнаграждение, извършени в миналото могат да бъдат използвани като своеобразна рамка за анализ на пределната ефективност на различните болнични заведения, което има потенциала да усъвършенства методите за диференциация на плащанията, по отношение на различните клинични пътеки или диагностично-свързани групи (ДСГ), както и да спомогне за по-доброто и по-оптималното синхронизиране на стимулите между лекари, пациенти и здравноосигурителни дружества.

Последният, но не на последно място, въпрос, отнасящ се до ефектите на моралния риск в сферата на здравеопазването, засяга пряко възможността за наличие на оптимален застрахователен/осигурителен договор, както и условията, при които може да бъде постигнат такъв договор. Ранните научни изследвания и разработки на тази тема, предполагат, че употребата на политики по управление на търсенето като ограничено здравно покритие и частично застраховане, са реални втори най-добри решения, които водят само до непълно и незадоволително намаляване на ефектите от моралния риск (Виж Zeckhauser 1970 г.). Модерното авангардно разбиране по гореизложената полемика предполага, че употребата единствено и само на политики по от-

ношение на търсенето води до ограничено лечение, което означава, че инкорпорирането на политики, засягащи предлагането под формата на организирани здравни грижи (managed care), е единственият достъпен начин за подобряване на възникналата ситуация (Виж Ma и Riordan (2002 г.).

Един от последните научни трудове, изготвен от Ma и McGuire (1997 г.), извежда на преден план и анализира възможността за единен подход, който да комбинира взаимовръзките между оптимално застраховане/осигуряване и ролята на системите за възнаграждение, по отношение на извършителите на здравни услуги като цяло. Този авангарден метод подчертава, че единственият начин да се преодолеят или поне подобрят проблемите с асиметричната информация, които са постоянно налични в сферата на пазара на здравни услуги, е да се приложи по-генерализиран подход към взаимовръзките, породени от взаимната зависимост между застрахователи/осигурители, застраховани/осигурени пациенти и естествено-лекари. Като продължение на тези идеи Ma и Riordan (2002 г.) обсъждат идеята за възможно наличие на първо най-добро решение на проблема с моралния риск, при условие, че определени условия бъдат изпълнени.

Първото условие засяга въпроса за лекарското възнаграждение и монетарните стимули, пречупени през призмата на разширената формулировка на моралния риск, която беше обсъждана по-горе. За да се намали ефектът от свръхтърсенето на здравни услуги и, за да се избегнат някои финансови загуби, когато това е нужно и възможно, се предлага разделяне на възнаграждението на лекарите. С други думи лекарското възнаграждение ще съдържа фиксирани и променливи компоненти, като този начин се подсигурава, по-ефективно и по-оптимално извършване на здравни услуги по отношение на разходите. Една такава система съдържа в себе си проста и елегантна логика - лекарят получава възнаграждение, в което е включен променлив компонент (един своеобразен вид бонус, $B > 0$), ако той успее да ограничи желанията на пациента за свръхтърсене на здравни услуги, като по този начин до голяма степен са намалени ефектите от наличието на морален риск. От друга страна, фиксираният компонент

на лекарското възнаграждение трябва да отговаря на ограничението за участие (participation constraint) на дадения лекар (за по-нататъшен анализ на тези ситуации и положения виж Lazear 1998 г.). В разглеждания случай ограничението за участие описва и включва в себе си минималното заплащане, което е равно на алтернативните разходи (opportunity costs), по отношение на лекаря, които са свързани с неговите усилия и времето, което се изисква за терапевтичния и диагностичен процес. Като обобщение, предпоставките за първо най-добро решение на проблема за моралния риск, що се отнася до лекарите, представляват система за възнаграждение с фиксиран компонент равен на алтернативните разходи, както и включването на променлив такъв, наречен бонус (**B**) който е по голям от нула (**B**>0).

Отправяйки своят поглед към застрахованите/осигурените пациенти, предпоставките за първо най-добро решение включват максимизация на функциите на задоволеност на пациента и въвеждането на съпътстващо доплащане (co-payment) за извършените здравни услуги. Подходът, засягащ съпътстващото заплащане, произлиза само и единствено от страна на политиките, които засягат търсенето, и има за цел да ограничи търсените здравни услуги. Нещо повече, тази техника цели да въвлече в процеса рационалността на пациента, спрямо разходите за медицински услуги, като по този начин той получи представа за реалната стойност на получените услуги (подобна система е детайлно описана от Mooney 1994 г. стр. 149, по отношение на фармацевтичната политика на централното правителство в Исландия). По този начин пациентът има силен стимул да максимизира самостоятелно една част от своите собствени разходи за здравни услуги, както и имплицитно или експлицитно да контролира ефективната употреба на въвлечените в процеса финансови ресурси. От друга страна, чрез предоставянето на възможността да заплаща за допълнителни услуги, пациентът запазва своите предпочитания, които не са засегнати от този процес и по този начин, калкулира сам точката на компромис между индивидуалните разходи и нивото на полезност.

Най-накрая предпоставките, които трябва да бъдат изпъл-

нени от страна на здравно осигурителния фонд са ясно дефинирани и представляват условието общата сума на съпътстващото доплащане и осигурителната вноска/застрахователната премия, които се поемат от пациента и/или трети страни да покриват изцяло очакваните разходи за лечение (виж Ma и Riordan 2002 г.). С други думи, най-просто формулираната дилема, пред която са изправени здравно осигурителните/застрахователните дружества е да калкулират оптималните нива на фиксираната вноска/премия, която се заплаща от пациента за здравното осигуряване/застраховане, както и съпътстващите доплащания за различните клинични състояния, като в същото време дефинират нивата на влошеност на здравния статус по нозологии. Трябва да се спомене, че един наистина реалистичен анализ по всички параметри трябва да включи степента на влошеност на здравния статус по нозологии, поради факта, че различните степени и нива на влошеност, породени от клиничните състояния се асоциират с различни разходи (виж Ma и Riordan (2002 г.)).

Един по-обстоятелствен анализ, би предположил, че гореизложеният модел не включва един цялостен набор от критични въпроси. Те, например, могат да включват екзогенни фактори като външен контрол на извършването на здравни услуги, законови регулации в сферата на здравеопазването, правителствен контрол върху сектора (напр. минимални или максимални цени за застрахователни премии или здравноосигурителни вноски) и много други (виж напр. Gabel и Jensen (1989 г.) и Sloan (1983 г.)). Обективно погледнато, някои ендегенни фактори трябва да бъдат взети предвид, резултиращи в субоптимални решения, по отношение на прилагането на медицинска етика¹, и определено по отношение на качеството на здравните услуги, което не е пряко включено в модела².

¹ Един детайлен дебат върху някои от аспектите, касаещи мотивиращото заплащане на лекарите е предложен от Snyder и Neubauer (2007 г.).

² Отношението между качеството на здравните услуги и удовлетворението на пациентите е детайлно развит от Choi и колектив (2004 г.) като се обвързва представянето на лекарите с представата за качество на медицинските услуги от страна на пациентите, спрямо тяхната удовлетвореност от получените здравни услуги.

Що се отнася до медицинската етика, се предполага, че тя е напълно съвместима със системите за възнаграждение и произлизащите от тях стимули. От друга страна изниква един въпрос, касаещ променливият компонент на възнаграждение **В**. Не съществува едностранен отговор, на това, дали даден лекар оценява моралните ценности повече или поне толкова, колкото здравните нужди на пациента му. По този начин, може да възникне ситуация, в която пациентът е лишен от някой здравни услуги, само и единствено, защото лекуващият лекар оценява своя бонус повече, отколкото етичните въпроси³. Тук са засегнати даже някои въпроси с по-голяма фундаментална значимост, по отношение на правилното и ефективно функциониране на съдебната система, както и на законовите последиствия от представени доказателства, които да индикират професионална небрежност/ощетяващо поведение. Най-накрая степента на влошеност на здравния статус и неговата формулировка от страна на лекуващите лекари, представляват последната критика към предложението по-горе модел. В случаи, в които се използват различни системи на заплащане на труда, спрямо различни степени на влошеност на здравния статус, могат да възникнат някои проблеми, свързани с неблагоприятна селекция, като по този начин пациентите биват възпрепятствани от безпроблемен достъп до здравни услуги⁴.

Изтъквайки на преден план някои основни моменти от горепосочения анализ, изниква нуждата да се обобщят и подчертаят посочените резултати от изложената в тази глава дискусия. Основен момент е, че ако се използват само и единствено подходи за управление на търсенето на здравни услуги, с цел да се редуцира проблемът с моралния риск, съществува значителна вероятност, този проблем да не бъде напълно елиминиран. Ефективната комбинация на методи за въздействие и управление както

³ Snyder и Neubauer (2007 г.) дискутират някои конфликти на интерес, които произлизат от бонусите, които се предоставят за ограничаване на търсенето на здравни услуги, от страна на пациентите.

⁴ Виж Elis и Miller (2007 г.) за по-нататъшен анализ на негативните стимули, резултиращи от ДСГ и свързаните с него начини на разплащане с извършителите на здравни услуги.

на търсенето така и на предлагането на здравни услуги, в повечето случаи, предоставя по-ефективни резултати и дори разполага с потенциала да постигне първо най-добро решение. От друга страна, първото най-добро решение не отговаря на възникващите проблематични въпроси може да се стигне до ситуация, в която неговото постигане е практически невъзможно. От друга страна, методът на първото най-добро решение предоставя безценни прозрения в анализа и е незаменимо средство, което може да спомогне в назначаването на ясни действия в здравния сектор от страна на лицата, отговорни за здравните политики, като по този начин се подчертава важноста на интегрираните решения и на уеднаквяването на стимулите на всички заинтересовани лица, които са включени в този процес. Въпреки своите негативи, процесът на търсене на първо най-добро решение съчетава в себе си силна, ясна и проста разяснителна логика както и възможността за гладко приложение на неговите принципи във ежедневната икономическа и управленска практика.

Друго важно заключение представлява чувствителността на системите за възнаграждение към промени и към различни стимули. Както беше вече не веднъж посочено, една такава чувствителност, може да бъде емпирично измерена и да приеме числени стойности, които да измерват ефектите от моралния риск. Накрая, трябва да се спомене, че анализът на информационните проблеми в здравния сектор ясно дефинира и извежда на преден план нуждата от диференцирани схеми на заплащане с фиксиран и променлив компонент, които предоставят по-добри решения и възможности, по отношение на ефективността на разходите. Нещо повече, системите за възнаграждение са доказан ефективен инструмент в борбата с информационните проблеми в сферата на здравеопазването, като по този начин те представляват сами по себе си една изникваща нужда и призив за ефективна промяна на здравния сектор в България и по света като цяло.

4. Стандартни мотивиращи схеми за възнаграждение

Най-често срещаната форма за реимбурсиране на разходите в сферата на здравеопазването са диагностично-свързаните групи (ДСГ). Първоначално, те възникват като идея през 1946 г. (чрез така наречения Закон за наблюдение и изграждане на болници – Hospital Survey and Construction Act), а по-късно са приложени на практика от системата Medicare, САЩ, през 60-те години на миналия век (виж Covalesky и колектив, 1993 г.). Целта на горепосочената система е да предостави един ясен метод, както за външно, така и за вътрешно счетоводство и контрол. По своята същност, ДСГ обвързват различните клинични състояния към различни клинични категории и реимбурсират болничните заведения с фиксирани ставки, в които лекарското възнаграждение е обичайно имплицитно или експлицитно включено. Както бе споменато по-горе, тази система обвързва болестните състояния с различни степени на влошаване на здравния статус и с различна сложност на лечение. Нещо повече, базовата ставка за реимбурсиране е фиксирана и се изчислява на национално равнище, като се вземат предвид някои фактори по отношение на различните региони, като например локация, регионални различия на доходите и вид болнично заведение (университетски или други болници) (виж Folland и колектив, 1997 г., стр. 453).

Вземайки предвид обичайната ситуация, в която ставките по ДСГ се осъвременяват главно на годишна база, болничните заведения и по-точно болничните лекари, имат силен стимул да класифицират болестните състояния като такива с по-високо ниво на влошеност на здравния статус и с по-голяма сложност. По този начин, ДСГ ставките са сериозно завишени, като това явление е описано в научната литература като „пълзенето на ДСГ” (DRG creep) (виж Elis и Miller, 2007 г.). От друга страна, трябва да се подчертае факта, че една значителна част от различията, които причиняват инфлационни процеси, и ДСГ ставките могат да бъдат приписани на личните и професионални характеристики на лекарите, тяхната квалификация, включително образование,

професионален опит и интензивност на пациентопотока за даден период от време. Едно емпирично проучване, предложено от Burns и колектив, 1994 г., цели да докаже по иконометричен начин взаимовръзките между гореизложените факти. Статистическите резултати показват с висока степен на достоверност, че факторите, които са свързани с опита и образованието, оказват сериозно влияние върху разходите по лечението на различните пациенти.

Важен аспект от анализа на ДСГ системите, като мотивационен инструмент и като средство за ограничаване на разходите, е методът, чрез който част от ставката за реимбурсира се преразпределя директно към лекарите. В системи като българската, където няма чиста ДСГ система, а се използват клинични пътеки (КП), обикновено висшият болничен мениджмънт определя правилата и ставките на преразпределението (виж Yosifov, 2007 г.). Обикновено, съществува конфликт на интереси между висшия болничен персонал и болничните лекари, поради факта че администрацията е възможно да извършва неефективно и неадекватно разпределение на финансовите средства.

В ДСГ системата, може да се предположи, че съществува някакъв вид тихо съгласие между болничната администрация, болничните лекари да надписват клиничните състояния по ДСГ, което да доведе до по-високи приходи и за двете заинтересовани страни. Подобно на ситуацията, наблюдавана по-горе, е конкретно положението на болничния сектор в САЩ. Там болничните заведения, които се реимбурсират на принципа на ДСГ, имат силни стимули перманентно да рехоспитализират и да изписват пациенти, вместо да приемат политика на само едно хоспитализиране, като по този начин получават по-голямо финансиране (Lee и колектив, 1990 г.). Очевидно, една такава ситуация не предоставя икономически ефективно решение по отношение на стимулите и мотивацията на персонала, както и по отношение на ограничаването на разходите.

Въпреки някои негативни недостатъци, системата на ДСГ има и някои позитивни аспекти, които са свързани с нейната универсалност, а също така и с нейната относителна простота в

случаите, когато се правят сравнения между различни болнични заведения (по-известни като „data-envelopment analysis (DEA)” – анализ на функционираща среда). По отношение на вътрешното и управленското счетоводство, ДСГ системата представлява един важен инструмент за вътрешен контрол на разходите и за цялостна супервизия. Въпреки това, многобройността и изчерпателността на клиничните състояния, които обхваща ДСГ, могат да наложат високи разходи за мониторинг (Covalesky и колектив, 1993 г.). Най-накрая, една такава система обикновено оставя управленските процеси по отношение на монетарното преразпределение, произлизащо от фиксираните ставки за клиничен случай, в ръцете на висшия болничен мениджмънт, който трябва да зададе и изгради системи на вътрешна мотивация и по този начин да поощри и да постигне по-добра икономическа ефективност.

Един алтернативен метод, който предоставя известни монетарни стимули на лекарите е системата такса-за-услуга. По своята същност методът такса-за-услуга предоставя фиксирана ставка за дадена медицинска процедура или медицински преглед (виж Robinson, 2001 г.). Нещо повече, тя представлява повече или по-малко сделна система на възнаграждение (piece rate system), стриктно асоциирана с действията, предприети от даден лекар, отколкото от някакво ниво на качество на услугата (виж Ellis и Miller, 2007 г.). От икономическа гледна точка, такъв модел на реимбурсиране има няколко аспекта. Първият от тях е, че лекарят е този, който интуитивно настройва своите пределни разходи към пределните ползи, като по този начин максимизира своята функция на полезност. Основателно може също да се твърди, че в настоящата ситуация на пазара на здравни услуги, системата такса-за-услуга не е перфектно приложима за болничните грижи, поради което тя намира по-голямо приложение в амбулаторния и доболничния сектор (виж Couturier и колектив, 2000 г.). Всъщност, в страни като Канада и Южна Корея, системата такса-за-услуга се прилага както в болничния, така и в доболничния сектор като основен принцип на реимбурсиране в здравеопазването (виж Barnum и колектив, 1995 г.). Тук възник-

ва един въпрос с изключителна практическа, приложна и теоретична стойност, по отношение на страната, която отговаря за финансирането и изплащането на горепосочените такси. В много страни, таксите се реимбурсират от здравноосигурителните дружества (като например Нидерландия), в някои - от публичния сектор и централното правителство, а в други - от самите пациенти или с активното участие на централното правителство като регулатор или медиатор (Barnum и колектив, 1995 г.). Очевидно, въвличането на „трета страна“ в реимбурсирането, по отношение на предложената по-горе система, се явява най-честия случай в практиката и заслужава специално внимание и детайлен анализ. Изключвайки индивидуалния контрол от страна на пациентите и вземайки предвид информационните проблеми, включени в дискутираната вече рамка на анализ, методът такса-за-услуга може да причини свръхпредлагане или недостиг на медицински процедури в зависимост от индивидуалния анализ разходи-ползи на дадените лекари (виж Моопеу, 1992 г., стр. 161). Следователно можем да заключим, че в някои случаи този метод индуцира не само недостиг и свръхпредлагане, но дори и поражда отрицателни стимули, които имат потенциала да застрашат здравето на пациентите. Подобна ситуация е наблюдавана в Бразилия, където гинеколозите са щедро реимбурсирани при провеждане на цезарови сечения в сравнение с нормалните раждания (виж Barnum и колектив, 1995 г.). Очевидно гореизложеният случай е пример на силен негативен стимул, който увеличава здравните рискове както за новородените, така и за майките.

Като стъпка в правилната посока може да бъдат разглеждани правителствените регулации в ситуации, подобни на горната, които имат за цел да подобрят стимулите по социално по-справедлив начин. Друга възможна алтернатива на такава интервенция може да бъде ситуация, в която здравноосигурителните дружества задават лимит на медицинските услуги или проектират по-конкурентна среда, в която няма само фиксирани лимити за бройката на реимбурсираните процедури, но също така съществува и възлагане на извършването на неспешните здравни услуги на аукционен принцип. По този начин лекарите

и/или болничният мениджмънт имат много по-силни стимули да редуцират разходите и да постигнат по-висока икономическа ефективност.

Един доста по-сложен метод, чиято основна цел е социалната справедливост е наблюдаван в японската здравна система. Там наложените правителствени регулации задават по-стриктни правила по отношение на ефективността и ограничаването на разходите, като в същото време методът такса-за-услуга е запазен като основна форма на реимбурсиране (виж Carrin и Hanvoravongchai, 2003 г.). Основните елементи на разглежданата правителствена регулация включват изграждането на пакети от услуги до определена точка или лимит, след който не се предоставя никакво заплащане за всяка допълнителна здравна процедура или услуга. Нещо повече, наложително е да се спомене, че всички такси са внимателно калкулирани на национално ниво чрез изграждането на национална ценова схема, като в същото време точното количество на здравни процедури и услуги, които се предоставят всяка година, се прогнозира прецизно, което позволява изчерпателен контрол и ограничения спрямо глобалните бюджети за здравни разходи.

Един алтернативен и детайлен икономически анализ е представен от Robinson (2001 г.). Той разглежда системите за стимулиращо възнаграждение, условно разделяйки ги на четири основни фактора – продуктивност на лекаря и качество на извършените здравни услуги, поемане на тежки и комплицирани случаи, ефективност и сътрудничество. Нещо повече, той твърди, че методът такса-за-услуга се представя изключително добре по отношение на общата продуктивност. Той мотивира лекарите да положат допълнителни усилия до точката, където пределните разходи на лекарите са еквивалентни на техните приходи. Един неконвенционален поглед може да предположи, че тази система поощрява ефекта на селекцията – колкото по-продуктивен е даден лекар, толкова по-склонен ще бъде той да бъде реимбурсиран на този принцип. От друга страна, поемането на тежки и комплицирани случаи корелира позитивно с положените усилия от страна на лекарите. С други думи, най-вероятно няма да съ-

ществува селекционен ефект при обслужваните пациенти, защото по-влошеният здравен статус логично ще предполага повече здравни услуги и процедури, за които лекарите ще бъдат реимбурсирани.

Що се отнася до другите фактори – ефективност и качество, както и сътрудничество между медицинските специалисти, изглежда че методът такса-за-услуга се представя относително незадоволително. Без ясно дефиниране на нивата на качество на здравно обслужване, както и при отсъствието на някои ограничения върху предлагането на здравни услуги, може да се получи ситуация със свръхпредлагане или недостиг на здравни грижи. От друга страна, не съществуват ясни стимули за лекарите да си сътрудничат един с друг, защото сделните системи за възнаграждение на труда задават и предполагат изключително индивидуални стимули, които не предразполагат към никакви стимули по отношение на работата в екип.

Последното наблюдение разглежда системите за реимбурсиране от „трета страна” в гореизложената рамка. В случаи на свръхпредлагане на медицински услуги към пациентите, самите пациенти могат да повишат до голяма степен тяхното доверие в лекуващите лекари, както и да повишат нивата си на удовлетвореност като консуматори, като се вземе предвид неправилното усещане и възприятие, че повече здравни услуги означават по-високо ниво на качество на здравните грижи (Varnum и колектив, 1995 г.).

Един от по-спорните и дискуссионни методи за възнаграждение в сферата на здравеопазването е капитационният метод. Този метод реимбурсира лекарите на принципа на бройка пациенти. С други думи, лекарите или организацията, за която те работят, са реимбурсирани чрез фиксирана ставка за даден пациент. По-общо формулиране на капитацията като метод на заплащане е представено от Rice и Smith (2000 г.). Според тях: „Капитацията може да бъде дефинирана чрез размера на средствата за здравни услуги, предназначени за даден пациент, с определени характеристики, които са обект на интерес за определен времеви период и са предмет на меки или твърди бю-

джетни ограничения.”⁵ Нещо повече, капитацията като система за реимбурсиране, изглежда че разрешава по най-елегантния начин проблемите, свързани с ограничаването на разходите и техния контрол, както и проблемите, които са свързани с равния достъп до медицински грижи. Въпреки това, един сериозен проблем възниква по отношение на ясната нужда от актюиране на риска и със сигурност като последствие от него, проблем ще представлява и дизайна на диференцираното реимбурсиране по отношение на персоналните характеристики на пациентите (например като възраст, здравен статус, пол, рисково поведение и др.). Очевидно, липсата на едно такова изискване за диференциран подход, най-вероятно ще доведе до „обиране на сметаната” (cream skimming), представляващо избор на относително здрави пациенти от страна на здравноосигурителните дружества, лекарите или и двете заедно.

Някои по-дълбоки научни приноси в тази насока, изпъкващи в академичното творчество на Robinson (2001 г.), доразвиват и донякъде видоизменят идеите за диференциацията. Следователно, се извежда на преден план идеята, че заплащането, основано на системата на капитацията, е удачно главно за реимбурсиране не на индивидуални лекари, а на лекарски групи, разделени на базата на специалности. По този начин, се предоставя колективно капитационно плащане до всяка една от групите, което се основава на базата на брой пациенти. От една страна, тези групи от специалисти имат по-голяма пазарна сила да договарят размера на диференцираните капитационни плащания, отколкото един индивидуален лекар, но от друга страна индивидуалните стимули за лекарите, чрез въвеждането на такава групова система, са повече или по-малко пренебрегнати. Следователно, като вземем предвид важността на индивидуалните материални и нематериални стимули, се предлага хибриден модел, който включва в себе си позитивите, както на капитационните плащания, така и на системите от вида такса-за-услуга.

Най-простият хибриден модел, комбиниращ тези два ме-

⁵ Rice и Smith (2000 г., стр. 73).

тода е развит от Pauly (1995 г.). Основният подход, който той използва, представя ситуация, в която лекарите са единствено и само сензитивни (чувствителни) към своя монетарен доход и към разходите за единица извършени здравни услуги. По този начин доходът, който е получаван от лекаря може да бъде представен като $ax+b$, където x представлява броя на извършените медицински услуги, докато b обозначава фиксирано капитационно плащане. От друга страна, параметърът a представлява фиксираната ставка за тъй наречената такса-за-услуга. Най-накрая, вземайки предвид, че пределните разходи са C , анализът добива няколко последствия, породени от ситуации на екстремуми. В случай че C е по-голямо от a , няма да бъдат извършени медицински услуги. При другия екстремум, ако C е по-малко от a , медицинските услуги, които ще бъдат извършени, клонят към продукционния оптимум, а ако такъв отсъства, теоретично – до плюс безкрайност.

Уникалното оптимално икономическо решение се получава тогава и само тогава, когато C е равно на a или, с други думи, когато пределните разходи са равни точно на фиксираната ставка за такса за услуга. Очевидно, хибридната система ще предостави по-добри стимули за лекарите, отколкото чистите екстремуми (в случая, капитационните плащания и схемите, които са на базата на такса-за-услуга), но въпреки това, съществуват проблеми, свързани с подхода за първо и най-добро решение (вече няколко пъти дискутиран), които нямат ясен отговор или еднозначно решение. Нещо повече, вземайки предвид факта, че в повечето случаи лекарите разполагат с възможността да въздействат до голяма степен на нуждите на пациентите и върху тяхното съответно търсене за медицински услуги, хибридната система на заплащане може все пак да се определи като далеч неоптимална. В допълнение, някои фактори, между които характеристиките както на пациента, така и на лекаря, не са взети предвид в предложения модел, като по този начин на преден план изникват някои сериозни съображения, дали практическата употреба на такъв метод за реимбурсиране е възможна.

Едно неконвенционално решение е предложено от

Robinson (2001 г.), в което той дискутира позитивните характеристики и възможности, породени от приложението на тъй наречената контактна капитация (contact capitation). В тази рамка на разсъждения, лекарите от доболничния сектор назначават здравните услуги и процедури, от които имат нужда пациентите, или просто ги пренасочват към болничния сектор, където в същото време пациентът разполага с фиксиран бюджет, чрез който се реимбурсират болничните лекари или се реимбурсират болничните заведения като цяло, за определен период от времето на лечението. По този начин, за допълнителните здравни услуги, които са извършени, не се заплаща и не съществува друго реимбурсиране освен гореспоменатия бюджет.

Един алтернативен поглед върху капитационната система е представен от Ellis и Miller (2007 г.). Авторите поставят силно ударение върху анализа на външните ефекти, които са породени и, до голяма степен, улеснени от наличието на капитационни плащания, а именно профилактиката и превенцията на множество заболявания и рискови фактори. Един такъв ефект бива наблюдаван поради бюджетните ограничения, които принуждават лекарите широко да възприемат горепосочените методи като превенция и основно медицинско възпитание с цел да се редуцира до максимална степен инцидентността на болестните състояния у подопечните пациенти. Нещо повече, авторите предполагат, че въвеждането на плащания, основани на капитационен принцип, ще доведе до реструктуриране на цялостния пазар на здравни услуги по отношение на човешкия капитал (human capital). По този начин, по-ниско платените медицински сестри, както и лекарите-асистенти и лекарите-интернисти, ще бъдат предпочитани за сметка на квалифицираните лекари и лекарите-специалисти. Продължавайки с техния анализ, възниква една ситуация, в която „пропастта“ между заплатите (salary gap) между висококвалифицираните лекари и средния болничен персонал изчезва или поне намалява сериозно, като резултат от политиките за свеждане на разходите до минимум (cost cutting), които ще бъдат възприети в рамката на капитационните системи. По този начин, един по-глобален поглед върху болничния здравен сектор може

да бъде придобит – ако главната цел на системата за реимбурсиране е да изведе на преден план относителната еднаквост на заплащането на персонала, тогава без съмнение капитационният метод е една от най-добрите политики и управленски инструменти за постигането на тази цел, вземайки предвид, че болничните заведения и техният мениджмънт са поне частично независими по отношение на управленските процеси, които засягат членовете на персонала и тяхното заплащане.

Чисто финансовите аспекти на капитационните плащания са разгледани от Lee и колектив (1990 г.). Техният анализ се базира и фокусира върху идеята, че, при наличието на тази схема на заплащане, един от неизбежните резултати ще бъде недостигът на медицински услуги. В този ред на мисли, това е логическо заключение, като вземем предвид икономическата реалност в условията на снижаване на разходите до минимум и максимизация на печалбите. От лекарите се очаква да хоспитализират все по-голям брой пациенти, но в същото време и да провеждат лечения, които се асоциират с най-малките възможни разходи. От гледна точка на лекарите, техният доход е почти със сигурност прогнозируем или поне с голяма доза сигурност. Страната, която се асоциира с реимбурсирането също е изправена пред сравнително ясна прогнозируемост на разходите – без значение от това, коя ще бъде тази страна, като например държавата, здравноосигурителните дружества или самите пациенти.

Връщайки се на Robinson (2001 г.), се представят четири основни фактора на анализ на плащанията, които спомагат за разширяване на гледната точка и за въвличането на допълнителни аспекти, които допълват основният анализ. Счита се, че капитационните схеми за реимбурсиране не са удачни стимули, ако основните цели и задачи са свързани с качеството на извършените медицински услуги и с продуктивността като цяло. По отношение на хоспитализирането на високорискови пациенти се предполага, че дори най-добрите капитационни системи, актуирани спрямо риска, не биха представлявали достатъчен стимул за лекарите и не биха ги мотивирали по оптимален начин, вземайки предвид възможността за възникване на усложнения,

които биха генерирали непрогнозируеми и непредвидими разходи. От друга страна, Robinson (2001 г.) подчертава позитивните страни на капитационните плащания по отношение на силно потиснатите нива на провокираното търсене на здравни услуги, както и оптималните и ефективни стимули в сферата на подпомагането на сътрудничеството между медицинския персонал.

Обратно на твърденията на Robinson (2001 г.) по отношение на качеството, Barnum и колектив (1995 г.) въвеждат идеята, че конкуренцията между извършителите на здравни услуги, в случаите на капитационно реимбурсиране, има потенциала да разреши проблемите с качеството на тези услуги. Нещо повече, чрез подхода, който извежда на преден план свободния пазар, се счита, че се предоставят неконвенционални и иновативни методи по отношение на ограничаването на разходите. В научните трудове на известни автори, различните аспекти на регулация по отношение на конкуренцията са детайлно дискутирани, но общото впечатление, обобщаващо изчерпателните академични трудове, е, че правителството трябва да заеме по-пасивна роля и позиция, като се концентрира върху определянето на стандарти, вместо върху директното вмешателство в здравния пазар (виж например Ellis и Miller, 2007 г.). По този начин, някои автори като Као и колектив (2001 г.) предлагат детайлен поглед относно въпроса, дали пациентите трябва да бъдат информирани, като резултат от нарочна регулация, за метода на заплащане на техните лекуващи лекари. Нещо повече, проблемът с възможните ефекти от такава регулация по отношение на характеристиките на пациентите е все още обект на ограничено проучване.

Последният аспект, който ще бъде разгледан засяга административните разходи, свързани с капитационните системи. Основното схващане е, че методът на капитационни плащания намалява административните разходи в сравнение с по-сложни системи като ДСГ и такса-за-услуга (виж Barnum и колектив, 1995 г.). Въпреки това, разходите за мониторинг остават високи. Въпроси като ниво на правителствена регулация, както и въпроси, свързани с актюирането на риска, имат влияние до голяма степен върху определянето на реалните административни разходи.

Една добре разработена и относително проста система от регулации и актюиране на риска е нужна, за да се подобри ефективността на предложената схема за заплащане, както и за да предостави една конкурентна среда с ясни правила за качество на здравните услуги. Една такава историческа система за реимбурсиране ще бъде разгледана в по-нататъшния анализ. Плащането за леглоден (*per diem*) се асоциира с реимбурсиране на базата на болничния престой. Тази система за заплащане е в директна връзка с дължината на престоя в дни за даден хоспитализиран пациент. В наши дни само някои страни, между които Белгия, разчитат на този метод за реимбурсиране в сферата на болничните грижи (виж *European Observatory of Health Care Systems*, 2000 г.). Белгийският опит предлага въвеждането на стриктни бюджетни лимити, за да се ограничат възможните негативни стимули по отношение на повишените нива на болничен престой. Дори и в този случай, бройката на хоспитализираните пациенти най-вероятно би нараснала при въвеждането на една такава система, като по този начин ще се завиши сериозно нивото на болничен капацитет и усвоеност на леглата, водейки до допълнителни приходи за болничните заведения и лекарите (виж *Carrin и Hanvoravongchai*, 2003 г.). Една такава ситуация може да доведе до по-високи нива на вътреболнични инфекции (ВБИ), които биха намалили до голяма степен шанса за подобрене на здравното състояние при хоспитализираните пациенти (виж *Fullerton и Crawford*, 1999 г.).

Предпоследната система, която ще бъде разгледана представляват бюджетите, погледнати през призмата на анализа на стимулите. По своята същност, плащанията в рамката на бюджетирана система са повече или по-малко дефинирани, или договорени с решаващото участие на извършителите на здравни услуги. По отношение на финансовата отчетност, бюджетите са разделени на твърди или познати също като затворени (*close-end*) и меки или също познати като отворени (виж *Carrin и Hanvoravongchai*, 2003 г.). По отношение на това, дали компонентите на разходите са фиксирани или не, бюджетите биват разделени на бюджети на базата на финансови статии (*line items*) и глобални бюджети (виж *Jegers и колектив*, 2002 г.).

Анализът ще се съсредоточи първо върху бюджетите на базата на финансови статии. По дефиниция тези бюджети специфицират финансовите средства, които се асоциират с различните фактори, генериращи разходи, като заплати на болничния персонал, фармацевтични средства, технически разходи и други (виж Varput и колектив, 1995 г.). Нещо повече, по принцип бюджетите на базата на финансови статии са до голяма степен лишени от управленска гъвкавост при вътрешните преразпределения на финансовите средства между различните категории разходи. Обикновено, този феномен е директен резултат от установените регулации и съответната правна юридическа рамка, която забранява вътрешните преразпределения на разходите или го позволява само и единствено под прекия надзор на дадена централна власт или централен орган. Може да се заключи, че повече или по-малко, бюджетите на базата на финансовите статии представляват един инструмент, използван от централната власт, който води след себе си високи разходи по мониторинг и създава възможности за дори по-високи икономически неефективности. От друга страна, стимулите по отношение на качеството на медицинските услуги са, в повечето случаи, сериозно пренебрегнати, взимайки предвид обичайната практика на липса на всякаква финансова връзка с изпълнението, качеството или ефективността на здравните услуги. По този начин, взаимовръзката между формата на схема за реимбурсиране и стимулите от страна на лекарите изглежда увредена в много отношения. Най-очевидното отражение на горепосоченото твърдение може да бъде представено от липсата на ясни стимули, които да поощрят ограничаването на разходите. В случаи на бюджетен излишък, финансиращата страна може да реши, че се е получило свръхразпределение на финансови ресурси и, в резултат, да намали финансирането за последващи периоди.

За да ограничат ефектите, които въздействат негативно върху качеството, Ellis и Miller (2007 г.) предлагат въвеждането на оценка на персонала и мониторинг от страна на финансиращата институция. Въпреки това, липсата на уеднаквяване на основните аспекти на извършването на здравни услуги, като качество

и ограничаване на разходите, с поведението на лекарите, води до възникването на сериозни въпроси и съмнения относно това, дали обикновеният мониторинг ще бъде ефективен. Едно сериозно подобрене в правилната посока изглежда е, въвеждането на системи за заплащане на базата на изпълнението, които се реализират под фундаменталната рамка на фиксираното бюджетно реимбурсиране.

Глобалните бюджети и глобалното бюджетиране като цяло създават една икономическа среда със значително подобрена среда на действие в сравнение с бюджетирането на базата на финансовите статии. Фундаменталната идея, стояща зад глобалното бюджетиране е да се предостави една децентрализация на управленските решения и власт между болничните заведения, които са реимбурсирани чрез една такава система. Горепосоченият метод генерира силни управленски стимули, като например един по-добър анализ на болничните разходни функции (или функции на разходите) с цел финансовите средства да бъдат икономически ефективно разходвани. Една много важна характеристика на глобалните бюджети е тяхното фиксирано естество и природа. Тук възниква един въпрос от изключителна важност по отношение на краткосрочните и на дългосрочните ефекти от тези бюджети. Според Varpium и колектив (1995 г.) краткосрочните ефекти на глобалните бюджети се асоциират главно с ограничаване на разходите, което е фокусирано изключително върху избора на входящи ресурси, свързани с извършването на здравни услуги и подобреното на здравния статус. От друга страна, в дългосрочен план се предполага, че е нужна една ясна формулировка или регламент, който да описва вътрешната алокация на бюджетите в болничните заведения, като например капитационни плащания или плащания на базата на клиничен случай.

Погледнато от друг ъгъл, проблемът с недостига на качество на здравните услуги все още съществува и представлява сериозна тревога. Връзката между формата на реимбурсиране и стимулите на лекарите за пореден път не е ясно дефинирана в горепосочената система. От друга страна, управленската сво-

бода на предприемане на действия може да доведе до по-оптимално функциониране на системата в сравнение с бюджетирането на базата на финансовите статии. Изглежда че в ситуацията, болничният мениджмънт е отговорен да намери, проектира, дефинира и да обясни на лекарите интегрираната вътрешна система за оценка на изпълнението. Без една такава система няма никаква гаранция, че бюджетните схеми дори ще се доближат до икономическа ефективност.

Последната схема на реимбурсиране, анализирана в тази глава, ще бъдат фиксираните заплати. Въпреки, че те могат да изглеждат като сравнително лесен инструмент за проектиране и приложение, множество фактори могат да бъдат използвани като една база за формирането на структурата на фиксираното заплащане. От друга страна, гледната точка на лекарите е изключително чувствителна на тема еднакво заплащане и справедливо възнаграждение, като тези фактори трябва да бъдат задължително взети предвид от управленските кадри. Последните фактори, на които трябва да се обърне внимание, включват цялостните пазарни условия и алтернативите за външни на сектора работни места за лекарите, които всъщност представляват техните алтернативни разходи за заетост на друго място. Нещо повече, алтернативите за външна заетост трябва да бъдат внимателно проследени и анализирани, и впоследствие да се отнесат към финансовото състояние на болничното заведение. По този начин, направеният анализ може да помогне на болничните мениджъри да разрешат важни въпроси и проблеми, като например оптималното съотношение между висококвалифицирани лекари и лекари-асистенти или дори да им помогне да определят броя на специалистите по съответните медицински направления в болничното заведение.

Един конвенционален метод за определяне на фиксираното заплащане е представен чрез точковата схема. В една такава система, външните на болничното заведение, но подобни, работни длъжности се проследяват, записват и им се назначават точки в зависимост от тяхната монетарна стойност. Впоследствие, чрез инкорпорирането на някои характеристики на пер-

сонала, като трудов стаж, старшинство, квалификации и т.н., се определят индивидуалните точки на заетите лица, които водят до крайното формиране на фиксираната работна заплата (виж Cascio, 2006 г., стр. 430). Важно е да се отбележи, че всяка една точка представлява и се асоциира с определена монетарна стойност, като се използва за база пазарната надница на работна позиция, подобна или идентична на тези, които се взимат предвид. Тогава, чрез комбинирането на пазарните възнаграждения с индивидуалните характеристики на лекарите се създава относително проста и уникална система, която се адаптира лесно към вътрешни и външни изменения.

Някои допълнителни фактори могат също да бъдат включени във формирането на фиксираните възнаграждения, като например ниво на излагане на риск, свързано с определени медицински процедури, извършвани от лекарите. Една система, която оценява обективно нивото на излагане на риск, може да бъде един доказан и незаменим инструмент в управленския процес, като по този начин се предоставя относително равенство по отношение на възнаграждението сред лекарите. От друга страна, еднаквите възнаграждения изглежда да са първостепенен приоритет сред лекарите в тяхната преценка на факторите, които повлияват на тяхната продуктивност (виж Tufano и колектив, 2001 г.). Нещо повече, предполага се, че уеднаквяване на заплащането, в контраст с логиката на скептиците, изглежда да стимулира до голяма степен възприятието за групова култура, работа в екип и колегиалност. Едно такова твърдение може да бъде поне отчасти обяснено чрез едно познато явление, което предполага, че лекарите на твърда заплата изискват стриктна дисциплина един от друг на работното им място, което има повече или по-малко влияние и контрол върху тяхното професионално поведение (виж Hickson и колектив, 1987 г.).

Последният фактор, който може да бъде използван при формирането на фиксираните работни възнаграждения, може да бъде интензивността на извършване на определени операции и задачи. Това изискване изниква директно от уникалното естество на мултиоперационност (множество операции – multitasking),

което е изключително често срещано в медицината и в работата на лекарите. Оценката на интензивността на различни операции, като консултации, процедури и административна работа и назначаването на относителни тежести, свързани с всяка една от тях, представлява една много по-сложна, но също така и много по-прецизна система за формиране на фиксираните трудови възнаграждения.

Заедно с реалните методи за формиране на работната заплата, позитивните аспекти на фиксираното възнаграждение и на стимулите, които то индуцира, трябва също да бъдат внимателно и детайлно дискутирани. Като изключим вече споменатите ефекти на взаимосътрудничество, фиксираното работно заплащане изглежда да притежава потенциала да ограничи свръхпредлагането на медицински услуги в сравнение с метода такса-за-услуга (виж Carrin и Hanvoravongchai, 2003 г.). Нещо повече, относителната простота на фиксираните заплати редуцира до голяма степен административните разходи на болничните заведения, които представляват сериозна тежест, когато се прилагат други системи за реимбурсиране.

Lazear (1998 г.) разширява анализа, като се съсредоточава върху съображенията, свързани с качеството и изходящите резултати. Предполага се, че не съществува никаква директна връзка или поне стимул при системите на фиксираните заплати, които открито да спомагат за подобряването на качеството и за икономически ефективно ниво на продуктивността. От друга страна, аспектите, свързани с качеството, особено в сферата на здравеопазването, са изключително трудни за дефиниране и измерване. Нещо повече, дори и ако съществува съвършена система за измерване на качеството, едно такова съображение, въведено в практиката, може да доведе до изключително високи разходи за мониторинг и измерване, които са сериозно редуцирани в случаи на прилагане на фиксирани възнаграждения. От друга страна, Lazear (1998 г.) предполага, че нивото на положените усилия ще се подобри значително чрез определянето и прилагането на стандарти или просто чрез даването на ясни инструкции на работниците, които получават фиксирано

възнаграждение. Комбинирайки един такъв подход с проектирането на стръмен кариерен път, както и с инкорпорирането на вътрешни системи за контрол между лекарите, може да доведе до негласно споразумение (self-enforced agreement) (за теорията на негласните споразумения виж Telser, 1980 г.).

Въпреки някои ясни позитивни аспекти, липсата на възнаграждение в случаите, когато са положени повече усилия, изглежда да е най-сериозният проблем, като се вземе предвид рамката на горепосочения анализ на фиксираните възнаграждения. Едно основно впечатление от функционирането на една такава система е, че конкуренцията и нейните позитиви са жертвани и пренебрегнати в полза на сигурност на доходите. Намаляването на конкуренцията между лекарите, води в повечето случаи до редуцирани нива на качеството на здравните услуги (виж Godsen и колектив, 1999 г.). Като вземем предвид важността на фактора потребителско удовлетворение, фиксираното възнаграждение изглежда да бъде съвършеният инструмент за ограничение на разходите, но в същото време то може да представлява сериозен проблем за цялостното социално благосъстояние, като се вземат предвид стимулите за минимизиране на положените усилия.

5. Възнаграждение за изпълнение

В една среда на постоянно покачващи се разходи за здравеопазване, тепърва се изпитва един модерен модел, който има за цел да възнагради лекарите за резултатите от изпълнението на здравните услуги. В този ред на мисли, възнаграждението за изпълнение като вид система е сравнително ново, но за сравнително кратък период от време то се налага и бързо се разпространява на пазара на здравни услуги (виж Rosenthal и колектив, 2004 г.). Това явление отчасти се дължи на резултатите от най-новите академични трудове, които подчертават важноста на лекарското влияние върху процесите, които генерират разходи при извършването на здравни услуги. Taheri и колектив (2000 г.) намират като резултат, че болничните лекари могат да повлияят с до 35% от общите разходи, които са генерирани, като ударението пада основно върху техния контрол над променливите разходи. Следователно, поведението на лекарите се превръща в едно от основните направления на управленския процес в болничните заведения, където системите, свързани със заплащане за изпълнение, изглежда да бъдат един разумен и полезен инструмент, който уеднаквява стимулите на лекари, пациенти и здравноосигурителни дружества. В същото време, въвеждането на изисквания за пределни разходи, както и за качество, е сравнително по-лесно и може да бъде съчетано със сериозно намаляване на разходите по мониторинг.

Въпреки ясните позитивни ефекти на реимбурсирането чрез системи за заплащане на изпълнението, съществуват едва няколко научни статии, които оценяват директните резултати по отношение на качеството, ограничаването на разходите и достъпа до здравни грижи (виж Verwick и колектив, 2003 г.). Няколко учени, от друга страна, се фокусират върху някои резултати, получени от ограничени данни, които доказват, че заплащането на изпълнение като иновативен метод подобрява нивото на качество, докато в същото време ограничава достъпа до здравни услуги за пациентите с най-влошен здравен статус (виж Petersen и колек-

тив, 2006 г.). В този дух, Rosenthal и колектив (2005 г.) поставят на преден план нуждата за своеобразно състезание по отношение на качеството, когато се проектират системи за заплащане на база изпълнение. Счита се че, ако не съществуват състезания по отношение на качеството на здравните услуги, а вместо това са налични само стандарти за качество, то най-добре представящите се лекари няма да имат реален стимул да положат повече усилия и по-скоро ще поддържат едно ниво на усилия, което ще бъде достатъчно да изпълни единствено заложените стандарти. Последният аспект по отношение на стандартите е, че най-ниската граница на изискванията за качество изглежда да е по-добър инструмент, отколкото често недостижимата горна граница на изискванията и стандартите, която, ако бъде приложена, вероятно ще подрони ефектите от цялостната система. Един кратък анализ на най-известните методи, използвани в практиката е представен по-долу и, в същото време, най-добрите системи са проследени като се предполага, че поради тяхната гъвкавост те най-вероятно ще запазят своята важност в бъдеще.

Най-обещаващата система, която оценява изпълнението на болничните лекари е може би системата 360° или тъй наречената обратна връзка от много източници (multi-source feedback) (виж Evans и колектив, 2004 г.). Целта на една такава система е да анализира гледните точки на висшия мениджмънт, на колегите от същото йерархично ниво, на подчинения медицински персонал и на пациентите, спрямо даден лекар. Обичайно се попълват конфиденциални отговори, които описват, дискутират и оценяват фактори, като например клинични и лични умения, както и възприятието за професионални компетенции и възможности. Нещо повече, самият лекар попълва същия въпросник, като по този начин оценява своите персонални силни и слаби страни (виж Potter и Palmer, 2003 г.). Един важен аспект от този вид анализ е създаването на рейтинги на лекарите и предоставянето на професионална помощ на онези лекари, които попадат под средните резултати. От друга страна, въвличането на самооценка от страна на самите лекари и проектирането на „процентен успех” (success rate), в сравнение с останалите резултати за този лекар,

добавя високо ниво на значимост и обяснителна сила към един такъв подход (виж Potter и Palmer, 2003 г.).

Като някои негативи, в случая, могат да бъдат посочени на преден план самото нежелание на медицинския персонал да участва в такъв вид оценяване, дългият период от време, който се асоциира с попълването и обработката на въпросниците, както и съответните високи разходи по приложението на една такава система. Очевидната субективност на този подход също не трябва да бъде подценявана поради факта, че заплащането ще бъде обвързано с резултатите. Едно такова последствие може да създаде имплицитно споразумение или договореност между медицинския персонал, като по този начин сериозно ще се редуцират ефектите от системата 360°. Тук, някои ясни и прости инструкции към въвлечените в процеса лица, имат потенциала да потиснат този проблем, така че оценяващите страни да имат някакво основно познание за стойността на искреността в процеса.

Оценките на пациентите, които са включени в системата 360°, имат дори по-широко въздействие в сравнение с оценката предоставена от медицинския персонал. Докато колегите на лекарите оценяват аспекти, свързани с тъй нареченото техническо качество (представено от възприятията за структурата на познания на лекаря и неговите професионални способности в предоставения от него диагностичен и терапевтичен процес и резултатите от прилаганите лечения) пациентите в тяхната роля на потребители оценяват по най-добър начин комуникационните и лични способности (виж Ворр, 1990 г.). Нещо повече, мнението на пациентите има огромно влияние по отношение на маркетинга на дадено лечебно заведение поради факта, че влияе директно върху приходите на болничното заведение и индиректно на заплащането на лекарите.

Един аспект, който до този момент не беше дискутиран, е въпросът с ограничението на разходите. Въпреки силните стимули на лекарите за подобрене на качеството, в общия смисъл на думата, и за установяването на конструктивна атмосфера на взаимно сътрудничество в резултат от системата 360°, не съществуват никакви стимули да се предприемат мерки, които водят

до ограничение на разходите в гореизложената рамка. В тази ситуация е нужно висшият болничен мениджмънт да проектира допълнителни системи, които да доведат до комбиниран ефект на повишено качество, колегиалност и ограничение на разходите.

Може би една добра алтернатива на системите 360° са фокусираните медицински проверки в здравния сектор (виж Schlackman, 1993 г.). Те представляват една рамка, в която, на периодичен принцип, медицинските картони са проучвани и оценявани от външни професионалисти. По този начин се добива една ясна картина на уместния характер на действията, предприети от лекарите. Нещо повече, могат да се добият изключително ценни заключения по отношение на процесите, генериращи разходи, когато се оценява протичането на дадено лечение. Дори и в този случай има нужда от въвеждането на някои базови стандарти при прилагането на такъв вид оценка, като по този начин се редуцира въздействието на субективните фактори и се поощри обективността сред оценителите.

Фокусираните медицински проверки са може би най-добрият метод, който води до ограничаване на разходите, от една страна, а от друга, до стимули за подобряване на качеството сред лекарите. Въпреки това, възникват много въпроси по отношение на практическото приложение на тази система, които остават отворени. Сред тях са, дали оценяването трябва да бъде на абсолютен или на относителен принцип. По отношение на духа на колегиалност, който трябва да бъде поощряван, схемите, основани на абсолютен принцип, изглежда да бъдат по-добрият избор. По отношение на правилното времево приложение на такова оценяване и вземайки предвид изключително високите разходи по мониторинг и оценка, които неминуемо ще бъдат генерирани, при възприемането на една такава система може да се заключи, че годишната оценка е вероятно най-добрият метод тази цялостна идея да бъде практически въведена.

Друг вид системи за заплащане за изпълнение обвързват заплащането на лекарите за нивата на утилизация. Те целят да оценят разходите за един болничен леглоден на хиляда паци-

енти за една година (виж Schlackman, 1993 г.). Обикновено схемите, базирани на утилизацията, се комбинират със системи за оценка на качеството, където се назначават различни тежести на двата фактора, които участват във формирането на крайния бонус. Очевидно утилизационният компонент ще има доста по-малка тежест (около 20%) поради първичната важност на качеството на извършваните здравни услуги, вместо концентрирането върху вторични фактори (виж Schlackman, 1993 г.). Въпреки това, утилизационните схеми предоставят силен стимул за ефективност на разходите, но в същото време, трябва да се подчертае, че тяхната единствена употреба може да доведе до значителна влошеност на качеството. Това е основната причина, поради която тези схеми са използвани повече като допълнителни оценителни инструменти, вместо основни такива.

Последният метод по отношение на техниките, свързани със заплащането за изпълнение, са плащанията на база здравен статус (виж Schlackman, 1993 г.). По своята същност те са допълнителни инструменти, използвани към основните системи, които имат за цел да оценят и да повлияят на желанието на болниците и, респективно, на лекарите, да не ограничават достъпа на здравни услуги спрямо нови пациенти, и по-специфично, по отношение на пациенти с много тежко влошен здравен статус. По този начин се въвежда един обещаващ управленски инструмент, който поощрява равния достъп и предотвратява ефекта „обиране на сметаната“. Нещо повече, лекарите се възнаграждават с допълнителни средства, ако те приемат тежко болни пациенти, което уеднаквява техните стимули по един перфектен начин с целите на социално равенство.

6. Колективно договаряне като инструмент за мотивиращо възнаграждение

Тази глава се фокусира върху колективното договаряне като инструмент за формирането на мотивиращо заплащане за лекарите, като то се осъществява между представители на работодателите (и/или правителството) и представители на заетите лица. По отношение на измеренията на колективното договаряне работодателските организации и синдикатите следва да са национално признати като органи, представляващи съответните интереси, като действителното ниво на синдикално членство (обхват на синдикално представителство) варира значително в разгледаните по-долу държави. От друга страна, колективните договори обикновено обхващат цялата работна сила в определени професии и/или сектори, независимо от техния статус на синдикално членство.

В някои от разгледаните по-долу държави работодателите участват пряко в преговорите за постигане на колективни договори, а в някои (като Канада, Нидерландия, Норвегия, Нова Зеландия и Обединеното кралство) те участват в националното определяне на заплатите чрез нарочна асоциация на работодатели, която има специализиран капацитет за определяне на заплатите.

Таблица № 1: Колективно договаряне за определяне на заплатите на болничния персонал в избрани страни

Държава	Тип колективно договаряне
Канада	Колективното договаряне се извършва с национално представените синдикати. На повечето лекари се заплаща на принципа такса-за-услуга.
Франция	Колективното договаряне се осъществява между работодатели, правителството и национално представените синдикати. На лекарите, работещи в частния сектор, се заплаща по метода такса-за-услуга.

Германия	Колективното договаряне е между синдикатите и национално представените работодателски организации.
Нидерландия	Колективно договаряне се извършва между синдикатите и асоциациите на болничните мениджъри/работодателите. Половината служители получават фиксирана заплата; а останалите получават заплащане на базата такса-за-услуга.
Нова Зеландия	Съществува колективно договаряне на заплатите в здравния сектор само за лечебните заведения – публична собственост, като то се извършва между синдикатите и асоциациите на болничните мениджъри/работодателите.
Норвегия	Колективното договаряне се осъществява чрез организацията на работодателите на болниците. Колективните договори важат за всички служители и се подписват с всеки национално представителен синдикат. Норвегия се характеризира с високо ниво на синдикализация на болничния сектор.
Португалия	Правителството, синдикатите и национално представените работодателски организации сформират заплащането в болничния сектор, чрез трипартитен диалог.
Обединено кралство	Сключват се колективни трудови договори, между правителството, работодателите от системата на Националната здравна служба, професионалните асоциации на медицинските специалисти и синдикатите. Повечето от болничния персонал е заплатен на базата на „твърда заплата“.

Източник: Собствени проучвания

Във всичките осем разглеждани държави, работодателите са въввлечени директно в колективното договаряне, като в някои от тях (напр. Канада, Нидерландия, Норвегия, Нова Зеландия и

Обединеното кралство), работодателите са представени в процеса за национално договаряне на заплати чрез професионални асоциации, които договарят заплащането на съответните специалисти.

Канада представлява един от примерите как индивидуалното договаряне на заплати в различните типове болнични заведения може да варира спрямо различните медицински и немедицински специалности. Така например, заплащането на лекарите в болничните заведения е стриктно отделно от заплащането на лекарите, които са заети в чисто административни дейности и от заплащането на заетите в регионалните здравни инспекции. Лекарите в Канада се договарят допълнително на регионален принцип със съответното провинциално правителство.

От въвеждането на системата за обществено здравеопазване през 60-те години на миналия век в Канада, повечето от заетите лекари получават заплащане на принципа „такса-за-услуга“. С времето, са договорени и приети различни алтернативни способи за заплащане, като най-известните от тях включват елементи на „твърда заплата“, капитация, блоково финансиране и дори договори за медицинско обслужване. В национален план, 28% от клиничните лекари през 2012 г. получават заплащане по разгледаните „алтернативни“ методи – почти 50% увеличение спрямо периода 2003-2004 г., когато този процент е бил около 19%. Медицинските сестри и другият болничен персонал формират тяхното заплащане чрез договаряне на ниво провинция.

Всяка провинция в Канада води социален диалог и преговори с лекарите, които са регионално заети, кои медицински услуги следва да бъдат заплащани на принципа такса-за-услуга, на принципа за абонаментно обслужване или на принципа на алтернативен план. По този начин дадена провинция може да реимбурсира за определена медицинска дейност на принципа такса-за-услуга, докато друга провинция може да реимбурсира същата услуга в рамките на алтернативен план.

В допълнение, може да се наблюдава силна диференциация по отношение на това как алтернативните плащания се разпределят на лекарите. Например алтернативните плащания могат

да представляват относително малък процент от приходите на лечебните заведения в дадена провинция, докато в друга провинция на някои лекари може да се заплаща основно чрез алтернативни планове.

За регистрираните медицински сестри и другия болничен персонал основният метод на определяне на заплатите е също на ниво провинция. По-долу са описани два примера като подход за определяне на заплащането на ниво провинция за персонала, който не е лекарски.

В провинция Алберта, Здравната служба на Алберта, която по същество е провинциален орган, подчинен изцяло на провинциалното министерство на здравеопазването, договаря колективни споразумения с четири отделни синдикални групи – тези, които отговарят за преки сестрински грижи, тези, които отговарят за спомагателните сестрински грижи, синдиката на парамедицинските професионалисти и синдиката, който отговаря за поддържащите услуги в здравеопазването.

Заетите служители в системата на здравеопазването попадат в едно от четирите горепосочени звена за договаряне въз основа на природата на действителната си заетост, а не на професионалното звание. Колективните договори се договарят и съгласуват на ниво провинция, като обичайно споразуменията са за период от три или четири години. Така например споразумението за спомагателни сестрински грижи със Синдиката на провинциалните служители на Алберта (AUPE) обхваща приблизително персонал от 14 000 спомагателни медицински сестрински заети в здравните служби на Алберта, като настоящият колективен договор е договорен за четиригодишен срок и изтича на 31.03.2024 г.

Четиригодишното споразумение изтича на 31 март 2024 г. и определя реда и условията за повече от 21 000 здравни работници, които играят критична роля в здравната система на провинцията. Подписаният колективен договор изрично взема предвид икономическата обстановка, както и критичната роля, която са изиграли здравните специалисти, по отношение на предизвикателствата, породени от пандемията от COVID-19. Действащият

колективен договор включва изрични клаузи, които подпомагат набирането и задържането на персонал в отдалечените и труднодостъпни райони на провинция Алберта.

В провинция Онтарио Службата за връзки със служителите в болниците (HERS) и Болничната асоциация на Онтарио (ОНА) координират и прилагат централизирано договаряне от страна на болниците като работодатели със седем големи синдиката, които на свой ред представляват заетите лица в сектор „Здравеопазване“ в Онтарио. Този процес се извършва на ниво провинция, като ОНА преговаря с:

- Асоциацията на медицинските сестри в Онтарио (включва 142 болници, обхващащи приблизително 55 000 служители);
- Съюз на служителите в публичния сектор на Онтарио (включва 46 болници, обхващащи приблизително 9 000 служители);
- Канадски съюз на държавните служители (включва 54 болници, обхващащи приблизително 20 000 служители);
- Международен съюз на служителите в сферата на услугите (включва 34 болници, обхващащи приблизително 15 000 служители);
- Канадски автомобилни работници (включва 8 болници, обхващащи приблизително 750 служители);
- Професионална асоциация на стажантите в Онтарио (включва 20 болници);
- Професионален институт на държавните служители в Канада (включва 10 болници, обхващащи приблизително 100 служители).

Процесът на колективно договаряне на ниво провинция води до стандартни, рамкови договори, към които се подписват приложения със съответните болнични лечебни заведения. Колективното споразумение съдържа разпоредби относно условията за назначаване, включително ставките на заплащане на съответните длъжности, ставки за извънреден труд, годишен отпуск и други. Рамковото споразумение за цялата провинция се допълва от нарочно индивидуално приложение за съответното лечебно заведение, което се съгласува от неговото ръководство и представителите на местния синдикат. Приложенията варират по съдържание, но често обхващат въпроси, свързани с местни

специфики и с местни официални празници. Ставките на заплащане, договорени на ниво провинция (изразени като почасови ставки, диференцирани на база на трудовия стаж и на база на категорията медицински сестри), осигуряват референтната стойност за цялата провинция. Така например, най-новият колективен договор на ниво провинция в Онтарио, който се отнася за регистрираните медицински сестри, включва основно споразумение за цялата провинция и 146 допълнителни споразумения на ниво болница. Колективното споразумение е подписано за период от три години и изтича на 31 март 2023 г.

Във Франция се наблюдават три деления на болничния сектор – публичен, частен (с нестопанска цел) и частен (търговски), като за всичките от тях са в сила отделни колективни договори. Основният фокус на колективното договаряне се осъществява на национално ниво, между синдикатите и работодателските организации, като често в този процес е включено и правителството. В колективния договор за публичния сектор се дефинират скали на заплащане за различните специалисти, докато в този за частния сектор (за дружествата с нестопанска цел и за търговските дружества) се дефинират минимални нива на заплащане и условия на труд, които съответните болнични заведения могат и имат правото да надхвърлят.

Публичният сектор (включващ приблизително 800 000 служители) се характеризира с колективно договаряне като процесът на определяне на заплащането се извършва между правителството и синдикатите. Заетите лица в публичния сектор са държавни служители на „твърда“ заплата, като те са обхванати от национални колективни споразумения. Заплащането им варира въз основа на степени (скала на заплащане), които са разработени и договорени на национално ниво. От друга страна, съответните служители могат да получават между 1 и 3% повече в сравнение с националната „база“ в континентална Франция и между 40 и 53% повече в задокеанските департаменти (Френска Гвиана, Гваделупа, Мартиника, остров Реюнион). Националните споразумения могат да бъдат допълнени от местни споразумения (на ниво болница) със синдикатите, но главно повече по

отношение на въпросите, свързани с условията на труд, отколкото по отношение на нивото на заплащане. В определени ситуации съществуват изключения от това правило за специфични позиции, които са дефицитни на пазара на труда (напр. IT специалисти, анестезиологични медицински сестри, анестезиолози и др.), но диапазонът за договаряне на допълнително заплащане е тесен и изключва промени в самите степени на заплащане, постигнати на национално ниво. В публичния сектор заплатите се основават на таблица (или структура) на заплатите, които са изразени в точки („Indices Majorés“), със стойност в евро. Таблицата на заплатите и стойността на Indice majoré се договарят на национално ниво, между синдикатите и правителството. През периода между 2002 г. и 2022 г. стойността на индекса Majoré се увеличава умерено, но тенденцията е за стегнатия в този ръст, в резултат на бюджетните ограничения.

**Таблица № 2: Стойности на Indices Majorés,
спрямо дата на последна промяна**

Дата на промяна	Стойност в евро
1 юли 2022 г.	5 820,04 €
1 февруари 2017 г.	5 623,23 €
1 юли 2016 г.	5 589,69 €
1 юли 2010 г.	5 556,35 €
1 октомври 2009 г.	5 528,71 €
1 юли 2009 г.	5 512,17 €
1 октомври 2008 г.	5 484,75 €
1 март 2008 г.	5 468,34 €
1 февруари 2007 г.	5 441,13 €
1 юли 2006 г.	5 397,95 €
1 ноември 2005 г.	5 371,10 €
1 юли 2005 г.	5 328,47 €
1 февруари 2005 г.	5 301,96 €
1 януари 2004 г.	5 275,58 €

1 декември 2002 г.	5 249,33 €
1 март 2002 г.	5 212,84 €
1 януари 2002 г.	5 181,75 €

Източник: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/connaitre-point-dindice>

Частните болници с нестопанска цел (които обхващат приблизително 300 000 души персонал) също са обект на колективно договаряне, което се осъществява между синдикати и работодатели. Болничните лекари и останалият персонал получават „твърда“ заплата. Националното рамково споразумение определя минималните заплати и аспектите, свързани с условията на труд. Това споразумение се договаря между синдикатите и работодателите на национално ниво и дефинира минимални заплати, като отделните болници могат да заплащат над него.

Частните болници – търговски дружества (които обхващат около 150 000 служители), при които съществува система за заплащане на труда, различна от такса-за-услуга, също са обект на колективно договаряне. За медицинския и немедицинския персонал се определя ниво на заплащане и условия на труд според национално споразумение.

В Германия формирането на работните заплати е отчасти колективно и отчасти – специфично за съответното болнично заведение. Нещо повече, определянето на работните заплати за лекарския персонал се извършва стриктно отделно от това за специалистите по здравни грижи. Основните участници в колективното договаряне се различават на базата на вида собственост на болничното заведение – публична или частна. По отношение на публичните болници Ver.di (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft – специфичен синдикат) представлява специалистите по здравни грижи, докато в същото време лекарският персонал е представен от Ver.di или Marburger Bund (Vertretung der Krankenhausärzte), като посочените синдикати договарят отделни рамкови колективни споразумения. Частните болнични заведения, които са дружества с нестопанска цел, а също така и тези, които са търговски дружества, в повечето слу-

чаи договарят нарочни колективни договори за лекари и специалисти по здравни грижи. В някои случаи, що се отнася до частния сектор, мажоритарните собственици на болничните заведения могат да използват и чисто индивидуално договаряне. Следва да се отбележи, че колективното договаряне и за публичния и за частния сектор варира на регионално ниво, но съществува обща рамка на колективен национален договор. По този начин, може да се заключи, че формирането на работните заплати в процеса на колективното им договаряне – както за лекарите, така и за специалистите по здравни грижи, се различава на регионален принцип и на база на собствеността на лечебното заведение (публична или частна – виж Faioli и колектив, 2014 г.).

Болниците имат няколко възможности по отношение на участието си в колективното договаряне. Те могат да бъдат участват в асоциация на работодатели, преговаряща от тяхно име със синдикатите по отношение на националния колективен договор, обхващащ целия здравен сектор, или да не участват в асоциация на работодатели, но да използват и прилагат договорените колективни споразумения. От друга страна, болничните лечебни заведения могат да изготвят специфичен колективен договор, който да обхваща една или повече болници, притежавани от един и същи собственик, или да преговарят с работническите съвети за колективен договор на ниво болница.

За болници, които са страна по колективен договор, преговорите се провеждат на местно ниво, ако договарянето е специфично за самата болница, или на регионално (Länder) ниво по отношение на колективните договори, които се подписват от асоциации на работодателите и синдикати.

Държавните болници могат да попадат в три категории собственост: общинска, федерална или регионална (Länder). По-голямата част от държавните болници са собственост на общините и техните служители са обект на колективните договори, договорени от асоциацията на общините със съответните синдикати, като така се обхващат всички общински служители. Тези преговори се провеждат съвместно с федералното правителство, като по този начин се създава единен колективен догово-

вор за служителите на федералното правителство и общините (TVÖD). Този договор обхваща и федералните военни болници.

Университетските болници, собственост на правителствата на провинциите, са обхванати от колективен договор, договорен от правителството на провинциите със съответните синдикати и който важи за всички държавни служители в съответната провинция (TVÖD-L).

Частните болници с нестопанска цел се управляват до голяма степен от религиозни социални организации, свързани с Католическата или Протестантската църква. Техните служители получават заплащане в съответствие с колективен договор, страна по който са съответните религиозни организации. Този договор обхваща всички служители, наети от посочените организации – например учители в детски градини, социални работници и медицински персонал. Договарянето се осъществява на национално ниво между религиозните организации и съответните национално представителни синдикати.

Частните болници – търговски дружества договарят свой собствен колективен договор на индивидуално ниво или за група от болници.

Непосредствено след кризата, породена от COVID-19, заплатите в сектор „Здравеопазване“ се увеличиха с 3.33% през 2021 г., в резултат до голяма степен от незасегнатия пазар на труда в Германия. През периода от 2008 г. до 2020 г. се наблюдава увеличение на нивото на заплащане със средно 2.65% годишно.

Таблица № 3: Годишна промяна в заплащането в здравния сектор в Германия 2008 г. – 2021 г. в проценти на годишна база

2008	2.04
2009	3.72
2010	1.73
2011	2.58
2012	3.50
2013	2.49

2014	2.19
2015	2.58
2016	2.49
2017	2.96
2018	2.52
2019	3.44
2020	2.28
2021	3.33

Източник: <https://www.destatis.de>, собствени изчисления

В Нидерландия колективните трудови договори са широко разпространени, като те се осъществяват чрез преговори между синдикатите/професионалните организации на специалистите и работодателите – асоциации на болничните мениджъри или национално представителни работодателски организации. Колективното договаряне в страната е рамкирано от специални закони, като съществуват различни колективни договори за различните подсектори в здравеопазването. Пазарът на труда в страната, който е относително ограничен и недиференциран спрямо условия, е един от основните фактори, които налага последователен и предвидим национален подход, като същият отчита различни проблеми на пазара на труда на национално равнище. В същото време, следва да се отбележи, че пенетрацията на синдикалното членство в страната не е висока – около 40% от работната сила, но въпреки това всички заети лица се ползват от резултатите от постигнатото колективно договаряне. От друга страна, около 90% от работодателите в сектор „Здравеопазване“ са членове на съответните работодателски организации, на което се дължи и консистентният национален подход за колективно договаряне.

В Нова Зеландия колективното договаряне включва мрежа от различни по вид синдикати. Самото договаряне е рамкирано законово чрез Закона за трудовите взаимоотношения от 2000 г. (Employment Relations Act). В този закон са регламентирани правата и задълженията на договарящите партньори – работодателите, от една страна, и синдикатите или професионалните орга-

низации на заетите лица – от друга. Основният законов принцип е „договаряне с грижата на добър търговец“ (bargaining in good faith), като на законово ниво също така са регламентирани процедурните изисквания за самото колективно договаряне. Синдикатите, от своя страна, представляват микс от професионални или съсловни организации (напр. Организация на специалистите по здравни грижи на Нова Зеландия, Асоциация на заетите медицински специалисти, Асоциация на лекарите и т.н.), синдикати на заети лица (напр. Асоциация на заетите в публичния сектор, Синдикат на заетите в сферата на услугите и общественото хранене). Само и единствено организации, регистрирани като синдикати в съответствие с изискванията на Закона за трудовите взаимоотношения, имат правото да представляват заетите лица в процеса на колективно договаряне. Отделните синдикални организации могат да договарят отделни условия за своите членове, но практиката показва, че социалният диалог от страна на синдикатите се води по-често групово. Така например, през 2008 г. и през 2011 г. редица синдикални организации са договорили в консенсус колективни договори, които включват еднакви условия за различни категории заети лица. С времето в страната се наблюдава тенденция на координирани синдикални действия по отношение на колективното договаряне.

В Норвегия определянето на работните заплати в сектор „Здравеопазване“ е на стриктно колективен принцип. Колективното договаряне е част от по-широк и координиран процес на договаряне, който по своята природа е междусекторен. В държавата съществува дълга традиция на колективно договаряне и ефективен социален диалог, като работната сила се характеризира с високо ниво на синдикално членство. Организацията на болничните работодатели води процеса по договаряне и формиране на работните заплати със съответните национално представителни синдикати, като в резултат на това се постига колективен трудов договор, който обхваща всички заети лица в сектора.

По-голямата част от заетите в сектор „Здравеопазване“ получават „твърда“ заплата. Болничните заведения се явяват работодатели, като те са държавна собственост, но самото правител-

ството не се класифицира като работодател. Преди 2002 г. заетите лица в сектора са били държавни или общински служители, но понастоящем са заети лица на трудов договор. Нивото на синдикализиране на работната сила е много високо – приблизително 95% за лекарите и медицинските сестри, като в същото време всяка професия е представена от собствен национален синдикат.

На национално ниво болниците като работодатели са организирани в собствена организация, която ръководи националното договаряне и определянето на нивото на заплащане – SPEKTER (Arbeidsgiverforeningen Spekter). Съществуват колективни трудови договори за всички служители; като всеки национално представителен синдикат има право да договаря отделно споразумение със SPEKTER. Тези национални споразумения обхващат заплащането и други ключови аспекти като пенсионно осигуряване, право на отпуск и др. Този аспект на договарянето представлява „Част А“ от процеса на определяне на заплатите на национално ниво; като „част Б“ се договаря на ниво индивидуално предприятие – в тази част може да се договорят допълнително ставки на заплащане над нивото, определено в националното споразумение, най-често по отношение на дефицитни специалности.

Националните преговори (Част А) включват социалните партньори (Spekter и петте основни синдиката; съответно LO (Норвежката конфедерация на синдикатите), YS (Конфедерацията на професионалните синдикати), Akademikerne (Федерацията на норвежките професионални асоциации), SAN и Unio. На национално ниво Spekter преговаря с някои от съсловните организации (като Норвежката медицинска асоциация, Норвежката асоциация на медицинските сестри и др.). Участието в тези преговори е ограничено до най-големите съсловни организации. Преговорите се отнасят предимно до централно дефинираните нива на заплащане, работното време и др.

Местните заинтересовани страни (ръководството на съответната болница и местните представители на синдикатите) провеждат индивидуални преговори за „част Б“. Тези преговори засягат предимно регионални аспекти на нивата на заплащане и условията на труд. Структурата на колективното споразумение

се базира на принципа на „минимално споразумение“ – това означава, че заинтересованите страни на по-ниско/местно ниво не могат да договорят споразумения, които могат да доведат до по-лоши условия за служителите от тези условия, които са вече са договорени на национално ниво.

Всички основни групи здравни специалисти и повечето други здравни работници получават „твърда“ заплата. Съществува фиксиран цикъл на колективно договаряне на национално ниво, който е с двугодишен хоризонт. В рамките на този хоризонт, на годишна база, се извършват междинни преговори, чрез които се предоговаря нивото на заплащане.

Въпреки определени опити за отпадане на колективното договаряне в Португалия, все още това е основният способ за формиране на работните заплати в сектор „Здравеопазване“ в страната. Правителството, синдикатите и работодателските организации участват в процеса по договаряне на заплащането, който процес се завършва с подписването на законово-обвързващи споразумения.

От 2002 г. е инициирана промяна, ръководена от правителството, чрез която болниците са дефинирани като „публични предприятия“ – по този начин им е предоставена по-голяма автономия, като в същото време са „дистанцирани“ от по-широкия публичен сектор. Като последица от тази реформа, болничните заведения разполагат с по-голяма автономия по финансови и управленски въпроси, включително определяне на заплатите. На практика е осъществен двустепенен модел на определяне на заплатите с двоен фокус на национално и болнично ниво.

Глобалната финансова криза повлия върху подхода за определяне на заплатите в Португалия по няколко начина. Фокусът върху болничното ниво се редуцира и се инициира обратен процес на централизация и определяне на нивата на заплащане на национално ниво. Това отчасти се дължи на необходимостта от ограничаване на финансовите разходи и уеднаквяване на процесите за определяне на заплатите в целия публичен сектор на национално ниво.

Този подход за ограничаване и привеждане в съответствие

на целия публичен сектор беше определен от споразумението по програма за икономическа и финансова помощ и меморандум за разбирателство на Португалия с МВФ и ЕК през 2011 г. Съгласно това споразумение от предприятията в публичния сектор се изисква „замразяване“ на заплащането, което обхваща и отделните болници.

Също така през 2009 г. беше предприета решителна стъпка в процеса на преговори в сектора на здравеопазването с лекари и медицински сестри. Що се отнася до лекарите се създаде нова кариерна структура и скала на заплащане, която влезе в сила през 2012 г. и е обект на наблюдение от специален тристранен комитет (министерствата на здравеопазването и финансите и двата национално представителни синдиката), който е създаден за тази цел. Новата кариерна структура доведе до намаляване на променливите компоненти на общото заплащане на лекарите и увеличи относително сумата, обект на „основно“ заплащане. Същият подход се прилага и за медицинските сестри.

Значителната реформа след финансовата криза от 2008 г. в Португалия е, че болниците по същество изгубиха способността да договарят заплати, като централното правителство пое задълженията за определяне на нивото на заплащане. Въпреки това, представители на болниците, в качеството им на работодатели, участват в националния процес на договаряне.

В Обединеното кралство преговорите, свързани с колективното договаряне, се извършват от правителството, работодателите от Националната здравна служба и национално представителните професионални организации и синдикати. Заетите лица в Националната здравна служба разчитат предимно на „твърда заплата“ и са със сравнително високо синдикално членство. На практика независими органи остойностяват „ценова“ система за заплащане на медицинския персонал, на базата на която се съставя основа за преговорния процес, като самите заплати се договарят колективно между горепосочените участници.

Независимият орган за остойностяване на заплатите на лекарите е създаден през 1971 г. и обхваща повече от 200 000 души

медицински персонал, зъболекари и общопрактикуващи лекари, наети в системата на Националната здравна служба. Независимият орган за остойностяване на заплатите на медицински сестри и другите здравни специалисти в системата на Националната здравна служба е създаден през 1983 г. и обхваща приблизително 1,36 милиона служители. Други органи за остойностяване на заплатите обхващат служители от публичния сектор: учители в училищата, въоръжените сили и служителите в затворите. Обичайно, на годишна база, горепосочените органи събират статистически данни и изготвят препоръки за заплащане, но в резултат на мерките за икономии в публичния сектор през последните години от правителството е наложено „замразяване“ на заплатите в публичния сектор, като по този начин ролята на тези органи е редуцирана и намалена.

Органите за остойностяване на заплатите „ценообразуват“ структура и система на заплащане, която е договорена колективно на национално ниво между правителството, работодателите и синдикатите/професионалните асоциации.

През последните десетилетия широкообхватните планове за реформа на Националната здравна система включват предложения, според които определянето на заплатите следва да се измести на местно ниво, за да се подпомогне автономията и контрола на местното управление. Повишената автономия за болниците, част от Националната здравна система (т.н. „тръстове“), е създадена през 2004 г. и по този начин болниците разполагат с по-голяма свобода да вземат свои собствени решения по отношение на персонала и заплащането.

Последните значителни реформи по отношение на заплащането на персонала в Националната здравна система доведоха до национално колективно договаряне и структури на заплащане за общопрактикуващите лекари, медицинските консултанти и за останалите служители, включително медицински сестри. Основните заявени цели на тези реформи бяха да се подобри набирането и задържането на служители, да се увеличи гъвкавостта в рамките на системата и да се подобри производителността. Независимият преглед на реформираните структури отбелязва

като резултат увеличените заплати на персонала, но не открива достатъчно доказателства за подобряване на производителността (виж Buchan и Evans, 2008 г.).

По отношение на централизацията на колективното договаряне, повечето от разглежданите държави съставят основен модел, в който са включени национални нива на заплащане. Във Франция, Нидерландия, Нова Зеландия, Норвегия, Португалия и Обединеното кралство, специален фокус се поставя на договорените равнища на заплащане на национално ниво или на ниво сектор „Здравеопазване“, като в повечето случаи се прави диференциация по отношение на отделните медицински специалности. Въпреки че работата чрез нарочни национални колективни договори се явява основна за здравната система, във Франция, Норвегия и отчасти – в Обединеното кралство се задават стимули за надграждане на колективното договаряне на регионално ниво. В Нова Зеландия също съществуват отделни регионални или местни колективни трудови договори, които от своя страна се явяват като резултат от исторически модел на децентрализирано определяне на нивата на работното заплащане. Измежду разглежданите държави Канада поставя най-голям акцент на децентрализацията на ниво провинции, като в същото време в Германия се наблюдава по-скоро смесен модел на колективно трудово договаряне на федерално ниво или на ниво собственост на болничните заведения. На пръв поглед това означава тенденция към фрагментизация на договарянето, но в същото време лечебните заведения имат правото да прилагат рамковите колективни трудови договори, които са в сила на национално ниво.

Таблица № 4: Централизация на формирането на работната заплата в избрани страни

Държава	Ниво на централизация
Канада	Провинциално (регионално) ниво и/или секторно ниво, с допълнителни местни споразумения.

Франция	Национално ниво, с местни допълващи и надграждащи споразумения. Договарянето е отделно за трите подсектора (публичен, частен с нестопанска цел и частен – търговски).
Германия	Децентрализирано договаряне на местно или регионално ниво, като се прилагат изключения за националните рамкови споразумения за работещите в публичния сектор.
Нидерландия	Национално ниво, секторно, с различни единици за договаряне за подсектори.
Нова Зеландия	Национално, секторно и подсекторно ниво: определянето на заплащането се извършва основно на национално ниво чрез договарянето на колективни трудови договори между много работодатели (Multi-employer collective agreements – MECA).
Норвегия	Националното секторно колективно споразумение обхваща „национален минимум“, който включва нива на заплащане, право на отпуск и др. Съществува възможност за индивидуално ниво на договаряне на ниво предприятие, което да надгражда нивата на заплащане над националните равнища.
Португалия	Национален бипартитен диалог между правителството и синдикатите, с тенденция към автономия на ниво болнично заведение.
Обединено кралство	Основният фокус е на национално ниво; в рамките на публичния сектор. Съществуват независими органи за остойностяване на заплатите, които формират базата за националните колективни споразумения.

Източник: Собствени проучвания

В Канада провинциите и териториите са основно отговорни за администрирането и предоставянето на здравни услуги и

също така са основен партньор при определяне на работните заплати в сектор „Здравеопазване“. На практика, действителното определяне на работните заплати варира в различните провинции, като участниците в тяхното колективно договаряне са работодателските организации, които могат да представляват асоциации на работодатели, регионални здравни власти или провинциалното правителство като цяло. По този начин, всяка една провинция има свой собствен подход към определянето на заплатите в сектор „Здравеопазване“.

Във Франция основният фокус при определянето на нивата на заплащане в здравния сектор е на национално ниво, като то се осъществява между национално представените синдикати и работодатели (като често се включва и правителството). Чрез националните колективни споразумения се определят минимални нива на заплащане в държавните и частните болници.

В Германия определянето на нивото на заплащане е децентрализирано. По принцип всяка болница отговаря за съставянето на тарифен договор, но за болничните заведения, които са собственост на държавата, могат да изготвят регионални споразумения. Това важи и за болници, общинска собственост, за които се договаря общонационален тарифен договор (TVÖD-K). Частните болници с нестопанска цел, най-често управлявани от организации, свързани с различни църковни деноминации, договарят заплащането чрез национални споразумения.

В Нидерландия определянето на нивото на заплащане се извършва главно на национално ниво, въпреки че самото договаряне се извършва на подсектори. По отношение на лекарския персонал съществуват изключения от посоченото правило. Така например, докато заплатите на повечето специалисти по здравни грижи и на другия болничен персонал се определят на национално ниво, съществуват два различни подхода за лекари, заети в болнични заведения. На някои от тях се заплаща „твърда заплата“, като за тази група важи национален колективен трудов договор. Втората група е класифицирана като „предприемачи“, т.е. самонаети лица, като те имат правото да договарят заплащане на индивидуално ниво с болничните заведения – техни основ-

ни работодатели, като основният способ за заплащане е такса за услуга. Следва да се отбележи, че статистическото разпределение на двете групи лекари в Нидерландия според тези два вида плащане е около 50% на 50%.

В Нова Зеландия за някои основни категории здравни специалисти, като например медицински сестри, има тенденция за изместване от местното договаряне на заплащането към национално (виж Buchan и North, 2008 г.). Договарянето на нивата на заплащане в сектор „Здравеопазване“ се провежда предимно на национално ниво чрез договарянето на колективни договори с множество работодатели (МЕСА), съответните синдикати и 20-те регионални здравни съвета (РЗС). В допълнение към националното ниво на заплащане, на местно ниво се договарят диференцирани нива на заплащане за определени групи персонал.

Определянето на нивата на заплащане в Норвегия е сред примерите за висока централизация, като следва да се отбележи, че съществува възможността за надграждане на местно ниво. Националното отраслово споразумение за здравния сектор обхваща национален минимален пакет за заплащане, пенсионно осигуряване, платен отпуск и други. На неговата основа болничните заведения могат да договорят допълнително заплащане и обезщетения, които да надхвърлят минималните национални договорени нива.

При Португалия икономическата криза от 2008 г. оказва сериозно влияние върху степента на централизация при определянето на заплащането в сектор „Здравеопазване“. Преди икономическата криза съществуваше процес за определяне на нивата на заплащане, но поради необходимостта страната да се справи с въздействието на финансовата криза и да се съобрази с изискванията на споразуменията за финансова подкрепа и меморандума за разбирателство с Международния валутен фонд, Европейската комисия и Европейската централна банка, този процес се видоизмени. До световната финансова криза, заплащането в сектор „Здравеопазване“ в Португалия се основаваше на национален диалог между правителството (Министерствата на здравеопазването и финансите) и синдикатите. След финан-

совата криза, обаче се зароди тенденция към увеличаване на децентрализацията и на управленската отговорност в рамките на здравната система. Въпреки това, световната финансова криза спря тенденцията за договаряне на заплащането на ниво болнично заведение и до известна степен обърна основния фокус при определянето на нивата на заплащане обратно на национално ниво. Това отчасти се дължи на необходимостта от ограничаване на финансовите разходи и уеднаквяване на нивата на заплащане в целия публичен сектор.

В Обединеното кралство заплатите на лекарите, медицинските сестри и на немедицинския персонал, зает в Националната здравна служба, се формират на базата на национално договорени структури на заплащане с нарочна диференциация за лекари, медицински сестри и немедицински персонал. Съществуват системи с ограничен обхват за местно договаряне на допълнително заплащане на персонала, при които определени болнични заведения разполагат с допълнителен финансов ресурс и могат да докажат, че изпитват трудности при наемането и задържането на специфичен персонал. Независимият орган за остойностяване на заплатите изготвя препоръки на национално ниво за размерите на заплащането. В тези органи се включват независими експерти, назначени от правителството, като те разполагат със секретариат, осигурен от Службата по икономика на работната сила. Страните по колективното договаряне вземат окончателно решение за нивата на заплащането въз основа на представените им доказателства от синдикатите, работодателите и правителството, както и от всички допълнителни икономически изследвания, които са налични към момента на договаряне. Следва да се отбележи, че през последните години някои елементи от методиката на независимите органи за остойностяване на заплатите са суспендирани, в резултат от по-строгия контрол върху заплатите в публичния сектор.

По отношение на координацията и участието на правителството, при всички разглеждани държави се наблюдава известна координация при определянето на заплатите в сектор „Здравеопазване“, респективно в болничния сектор, или в подсектори на

здравеопазването. Съществуват национални рамкови споразумения (напр. във Франция, Нидерландия, Норвегия, Португалия, Обединеното кралство) или на ниво на провинция (в Канада) или също така рамкови споразумения на местно ниво (в Германия). Междусекторната координация в рамките на по-широк публичен сектор е специфична за Нова Зеландия, докато в Норвегия се залага на дори още по-широк междусекторен координиран подход, който е базиран на водещи индустрии в икономиката, които определят еталон за нива на работното заплащане. Отразявайки високото ниво на финансиране в публичния сектор, повечето разглеждани държави разчитат на пряко или непряко правителствено участие при определянето на нивата на заплащане. Така например, в Португалия и в Обединеното кралство съществува ситуация, в която правителството е основният финансиращ орган и/или сам по себе си представлява основен работодател в здравеопазването и в болничния сектор. Цикълът на колективното договаряне на заплащането в сектор „Здравеопазване“ във Франция, Португалия и Обединеното кралство е ежегоден; докато в Норвегия е двугодишен. За останалите разглеждани държави цикълът за определяне на заплащането варира между 18 месеца и 3 години.

Таблица № 5: Координация на формирането на работната заплата в избрани страни

Държава	Координация и ниво на правителствена намеса
Канада	Обичайно колективните споразумения са с хоризонт от две до три години. Правителствена намеса се проявява на ниво провинция или директно.
Франция	Правителството на Франция участва пряко в договорния процес. Фокусът е върху национално колективно договорени нива на заплащането в рамките на установена национална рамка.

Германия	Не съществува пряка правителствена намеса, освен в случаите, в които държавата се явява като работодател в публичния сектор и договаря нива на заплащане със социалните партньори.
Нидерландия	На национално ниво, колективното договаряне се основава на специални закони. Националните колективни споразумения обикновено обхващат периоди, по-дълги от една година.
Нова Зеландия	Пряко участие на правителството в договорния процес и в координацията на публичния сектор. Колективните договори са за период от 18 до 24 или 36 месеца.
Норвегия	Съществува координирано определяне на нивото на заплащане в индустрията и останалите сектори на икономиката. Правителството задава нормативната рамка за социалното сътрудничество, като съществува фиксиран годишен или двугодишен цикъл на национално договаряне.
Португалия	Правителствената намеса е в посока ограничаване на разходите, респективно на нивото на заплащане. Централното правителство ръководи процесите на определяне на нивата на заплащане.
Обединено кралство	Правителството на Обединеното кралство участва в социалния диалог чрез Министерството на здравеопазването, като се разчита на договаряне на националната рамка за заплащане за различните професии в Националната здравна служба. Обикновено определянето на нивата на заплащане е ежегодно.

Източник: Собствени проучвания

В Канада обичайно колективните споразумения са двугодишни или тригодишни споразумения, като тяхното времетра-

ене варира според съответната провинция. В някои провинции има пряко участие на правителството в преговорите за определяне на нивото на заплащане или индиректно участие на правителството като работодател посредством работодателски асоциации.

Във Франция правителството участва пряко в определянето на заплатите в болничния сектор, като фокусът пада върху националното колективно договаряне на нивата на заплащане в рамките на установена национална законова рамка.

В Германия правителството не участва в определянето на нивата на заплащане, въпреки че местните и регионалните власти играят ролята на работодатели. От друга страна, правителството е въвело минимална заплата в сектора на дългосрочните грижи (който сам по себе си се явява отделен сектор по отношение на определянето на заплатите, а договарянето на заплащането в него е независимо от сектора на здравеопазването), която се отнася главно за болничния персонал, предоставящ неосновни и немедицински услуги. Продължителността на колективните споразумения в Германия варира в значителна степен.

В Нидерландия определянето на нивата на заплащане е регламентирано от правна рамка за колективно договаряне. Сравнително малкият размер и недиференцираните условия на пазара на труда в цялата страна са основен фактор за поддържане на съгласуван национален подход относно колективното договаряне, като в същото време това позволява да се вземат предвид различни проблеми на пазара на труда на национално ниво. Периодът, за който се сключват националните колективни споразумения за заплащането в сектор „Здравеопазване“, варира. Продължителността на конкретното споразумение зависи от редица фактори, които се проявяват при сключването му, като следва да се има предвид, че обичайно националните споразумения са за период по-дълъг от една календарна година.

Договарянето на заплатите в публичния сектор на здравните услуги в Нова Зеландия е добре координирано. Здравните организации – договорни партньори в публичния сектор са 20 районни здравни съвета (РЗС), които заседават ежегодно, за да

съгласуват национална стратегия за заетостта, да идентифицират общи интереси, да оценят колективното финансово състояние и др. Съществува Стратегическа група за трудови отношения (СГТО), която представлява 20-те РЗС и включва като членове мениджъри от РЗС. СГТО разчита на подкрепа от експерти от националната агенция за „споделени услуги“ на РЗС. СГТО отговаря за разработването и имплементирането на национална стратегия за колективно договаряне, която се съгласува с управлението на 20-те РЗС. РЗС – на свой ред – разработват своя специфична стратегия за договаряне за всеки колективен договор. Както беше отбелязано по-рано, съществуват отделни национални споразумения с множество работодатели, които обхващат различни професии. Регионалните стратегии за колективно договаряне са съобразени с националната стратегия за договаряне и – както се изисква съгласно Закона за общественото здраве и уврежданията на Нова Зеландия от 2000 г. – се съгласува с министъра на здравеопазването, като по този начин се интегрира правителствената политика по заплащане и условията на труд в публичния сектор. Допълнително местно и/или регионално колективно договаряне се осъществява от местните ръководители на РЗС. Съгласно националната нормативна уредба колективните трудови договори не могат да се сключват за срок, по-дълъг от 3 години. През последните години се наблюдава тенденция за замяна на 18-месечните към 24- или 36-месечни споразумения, което отразява променящата се финансова ситуация, свързана с фискална и финансова несигурност. Налице е тенденция към по-обхватно регионално сътрудничество между болниците и РЗС за предоставяне и извършване на медицински услуги, което има косвени ефекти към определянето на нивото на заплащане на местно ниво.

Политиката по заплащането в Норвегия се характеризира с високо ниво на координация. Съществува годишен цикъл на определяне на заплащането в секторите на икономиката, включително здравеопазването. Правителството определя референтни нива на заплащане в бюджетната процедура за следващата година и това на свой ред се превръща в репер за договаряне на

заплатите (напр. чрез бюджетната процедура се сигнализира, че увеличението на заплатите в публичния сектор ще бъде с определен осреднен процент). Подходът към преговорите за заплатите се основава на принципа, че растежът на заплатите следва да бъде на ниво, което отраслите на икономиката, изложени на международна конкуренция, могат да толерират и приемат. Основната цел е да се координира определянето на заплатите между отраслите и секторите и по този начин да се допринесе за умерена инфлация и за реален растеж на заплатите. Правителството набляга на продължаващото сътрудничество със социалните партньори по политиката на доходите и един от елементите на това сътрудничество е да се гарантира, че социалните партньори и властите имат, доколкото е възможно, споделено разбиране за ситуацията в норвежката икономика и за относимите статистически данни, които са в основата на преговорите. Тези статистически данни се съставят и предоставят от Норвежкия технически изчислителен комитет за остойностяване на заплатите, за който Министерството на труда и социалните въпроси носи административна отговорност.

В Португалия изискванията за формиране на заплащането в публичния сектор, посочени в меморандума за разбирателство с Европейската комисия, Европейската централна банка и Международния валутен фонд, осигуряват основа за координиран процес на определяне на заплатите в сектора, включително в здравеопазването.

В Обединеното кралство правителството участва в определянето на заплащането като водещ финансиращ орган по отношение на обучението на здравни специалисти и по отношение на заетостта в сектора. По-голямата част от здравните грижи в Обединеното кралство се предоставят от Националната здравна служба, която е част от публичния сектор. Нормирането на заплащането за лекари, медицински сестри, както и за други специалисти, работещи в системата на Националната здравна служба, се базира на национално договорени нива на заплащане, като колективните споразумения в сектора са отделни за лекари, медицински сестри и за другия медицински и немедицински

персонал.

По отношение на последните тенденции в подхода за определянето на заплащането в сектор „Здравеопазване“, влиянието на фискалния натиск е от съществено значение в редица държави. Както беше вече отбелязано, Франция, Португалия и Обединеното кралство идентифицират значителни промени в подхода за определяне на заплатите на болничния персонал, които са породени от икономическата и финансова криза и последиците от нея.

В Португалия се наблюдава стагнация на нивата на заплащане от Световната икономическа криза до кризата, породена от COVID-19, като в повечето случаи се ограничават и определени социални придобивки на медицинския персонал.

В Обединеното кралство и Франция също се наблюдава определено „замразяване“ на увеличенията на заплатите. За тези държави това се осъществява отчасти чрез рецентрализация на фокуса при определянето на заплащането в сектор „Здравеопазване“. Следва да се отбележи, че тези действия могат да бъдат характеризирани като временни и като цяло са част от по-широкия спектър от мерки, свързан с контролирането на разходите в публичния сектор в резултат от икономическата криза в момента.

За разлика от разгледаните по-горе случаи, Нова Зеландия, Нидерландия и Норвегия имат константен подход при определянето на заплатите, но икономическите условия при тях в динамика също ще се окажат от съществена важност за определяне на нивата на заплащане.

В Германия се отчита известна тенденция към по-голяма фрагментация по отношение на колективното договаряне, което е в резултат на редица фактори, между които приватизация на лечебни заведения и договаряне на второстепенни, немедицински услуги на външни изпълнители, което на свой ред води до увеличаване на броя и вида на договарящите работодатели. В същото време въвеждането на минимална заплата в страната е контрапункт на тази тенденция, въпреки че то се отнася за по-нискоквалифицираните професии в сектор „Здравеопазване“. Резултатите от прегледа на тенденциите при определянето

на работните заплати за разглежданите държави са представени в таблицата по-долу.

Таблица № 6: Тенденции при определянето на работните заплати в избрани страни

Държава	Тенденция
Канада	Силен натиск за ограничаване на публичните разходи.
Франция	Силен натиск за ограничаване на разходите – чрез стагнация на увеличението на заплатите в сектора.
Германия	Фрагментация, предизвикана от приватизация на лечебни заведения и/или възлагане на дейности на външни (за лечебните заведения) изпълнители. Балансиране на фрагментацията чрез въвеждането на минимална заплата.
Нидерландия	Без ясно наблюдавани тенденции.
Нова Зеландия	Тенденция към по-широка координация на колективните споразумения и преминаване от 18-месечни към 24-месечни или 36-месечни споразумения.
Норвегия	Без ясно наблюдавани тенденции.
Португалия	Стагнация при увеличаването и индексирането на заплащането.
Обединено кралство	Стагнация при увеличаването и индексирането на заплащането. Договарят се известни социални придобивки на местно ниво.

Източник: Собствени проучвания

Механизмите, процесите и способите за определяне на заплатите винаги са от централно значение за здравния сектор. Поради тази причина, в условия на финансова криза, породена от COVID-19, и ясни тенденции за ограничаване на разходите в публичния сектор, колективното договаряне се нуждае от адап-

тиран подход, така че здравният сектор да не бъде жертван и да не поема пряко икономическите шокове от страна на публичните финанси, породени от текущата финансова криза.

Чрез изследването на колективното договаряне в избрани страни се установи, че:

- Колективното договаряне е специфично за сектор „Здравеопазване“, като при него се залага на по-централизиран подход спрямо други сфери на икономиката. В същото време на регионално или на местно ниво съществува известна гъвкавост, която да надгражда националните колективни споразумения.

- Определянето на нивото на заплащане в публичния сектор на разглежданите държави, при които правителството под една или друга форма е и финансиращ орган и основен работодател, са до голяма степен централизирани, но подборът на персонал е децентрализиран за съответните лечебни заведения.

- В краткосрочен план централизацията, свързана с колективното договаряне на заплащането, способства за мотивация на персонала и за запазването на заетостта и капацитета за обслужване в сектора. В дългосрочен план колективното договаряне следва да съобрази структурните реформи в сектор „Здравеопазване“, като се акцентира върху ролята на регионализацията и на диференцирането по вид лечебни заведения, и по-специално нивото на компетентност на клиниките, отделенията и медико-диагностичните лаборатории на лечебните заведения за болнична помощ.

7. Директива (ЕС) 2022/2041 и ролята ѝ за минималното заплащане

За дълъг период от време, значима част от политическия дискурс в ЕС представляваше подсигуряването на гаранции, че заетите лица имат правото да получават адекватни минимални заплати. Тук от съществено значение е и гарантирането на адекватни условия на труд и живот, както и изграждането на справедливи и устойчиви икономики и общества, както е посочено конкретно в принцип 6 от Европейския стълб на социалните права (Моралийска, 2021 г.).

Следва да се отбележи, че през последните десетилетия нивото на заплащане в ЕС не нараства с равномерни и съпоставими темпове по отношение на различните държави членки, като по този начин се задълбоча бедността сред работещите, неравенството в заплащането и способността на нископлатените работници да се справят с икономическите затруднения.

В този общ контекст минималната работна заплата играе особено важна роля. Защитата на минималната работна заплата може да бъде осигурена чрез социален диалог (по въпросите за социалния диалог виж Detchev, 2003 г.; Дечев, 2006 г.; Дечев, 2007 г.; Дечев, 2007 б г.; Detchev, Gladicheva, Ilkov 2005 г. и Стойчева, Илков, Дечев 2005 б г.) или чрез национални минимални работни заплати, предвидени в законодателството. Когато са определени адекватни равнища на заплащане на труда, те осигуряват достоен живот на заетите лица, подпомагат вътрешното търсене, засилват стимулите за работа и намаляват бедността сред работещите и най-вече – неравенството сред най-нископлатените заети лица. Адекватните равнища на заплащане също така насърчават равенството между половете, тъй като жените в по-голяма степен са изправени пред риска да получават възнаграждения на равнището на минималната работна заплата или около нея в сравнение с мъжете.

Понастоящем може да се отбележи, че множество заети лица в ЕС не са пряко защитени чрез адекватни минимални работни заплати. В повечето държави членки с национални зако-

ноустановени минимални работни заплати те са твърде ниски в сравнение с останалите заплати, за да могат да осигурят достоен живот. Това може да бъде илюстрирано въз основа на обичайно използвани референтни стойности, а именно – в почти всички държави членки националните законоустановени минимални работни заплати възлизат на по-малко от 60% от медианната работна заплата или на по-малко от 50% от средната работна заплата. Освен това някои специфични групи заети лица са изключени от защитата на националната законоустановена минимална работна заплата. В държавите членки, които разчитат на колективно договаряне, някои заети лица не са обхванати от защитата на минималната работна заплата, която се предоставя чрез колективните трудови договори.

Някои от причините за този проблем са общи и за двете системи, а именно: тенденциите на ограничаване на колективното договаряне и неспазването на съществуващите национални разпоредби. Освен това някои причини са специфични за системите за определяне на минималната работна заплата по законодателен ред, а именно: липсата на ясни и стабилни критерии за определяне и актуализиране на минималните работни заплати, недостатъчното участие на социалните партньори, използването на по-ниски ставки за специфични групи и др.

В светлината на изложената проблематика Европейският парламент и Съвета приеха Директива (ЕС) 2022/2041 относно адекватни минимални заплати на 19.10.2022 г. Директивата има за цел да създаде рамка за подобряване на адекватността на минималните заплати и да увеличи достъпа на заетите лица до социалната защита, която се предоставя от минималната заплата.

Директивата има също така за цел да насърчи колективното договаряне на заплатите и да подобри прилагането и мониторинга по отношение на методите за формиране на минималната работна заплата, установена във всяка държава членка. Чрез нея се въвежда механизъм на годишно докладване – от страна на държавите членки – на набор от данни за минималната заплата, който следва да се представя на Европейската комисия (ЕК).

Директивата напълно зачита принципа на субсидиарност,

като е предвидена рамка, включваща минимални стандарти, зачитаща и отразяваща компетенциите на държавите членки и автономията и договорната свобода на социалните партньори в областта на заплащането на труда. От друга страна, по отношение на държавите-членки, при които има широко приложение на колективни трудови договори, не се съдържа задължение за въвеждане на законоустановени минимални заплати.

Прилагането на принципите, залегнали в разглежданата директива, ще доведе до подобряване на условията на труд, като в същото време се гарантира, че заетите лица в ЕС вече ще имат достъп до социалната защита, която се предоставя от минималната работна заплата, без значение дали тя е законоустановена, или постигната чрез колективни трудови договори. При постигането на тази социална защита следва същевременно да се отчита отражението върху създаването на нови работни места и конкурентоспособността, включително за малките и средни предприятия (МСП). В същото време чрез Директивата не се засяга свободата на държавите членки както да определят законоустановени минимални работни заплати, така и да насърчават сключването на колективни трудови договори, в съответствие с традициите и особеностите на всяка държава и нейните индивидуални специфики, при пълното зачитане на националната компетентност и свободата на договаряне на социалните партньори. За да се гарантира индивидуалната свобода на държавите членки да изберат между административното определяне и колективното договаряне, на ниво ЕС се задават единствено специфичните цели за подобряване на адекватността на минималните работни заплати и за разширяване на техния обхват.

Действията на ЕС на супранационално ниво следва да придадат необходимия импулс за реформиране на системите на държавите членки за определяне на минималната работна заплата. Въпреки че определянето на минималните работни заплати е национална компетентност, създаването на уредба на ЕС де факто гарантира, равномерен и целенасочен процес на социално сближаване във възходяща посока, което е от полза за икономиката на ЕС като цяло.

Действащите инструменти на ЕС, по-специално европейският семестър, се характеризират с определени дефицити по отношение на преодоляването на съществуващите недостатъци в националните системи за определяне на минималната работна заплата. Поради тази причина, с приемането на Директива (ЕС) 2022/2041 действията на равнище ЕС ще се концентрират към хармонизация на процесите, свързани с определянето на минимални работни заплати на национално ниво.

Сериозно предизвикателство за супранационалната хармонизация на процесите е един възможен риск отделните държави членки да не са склонни да подобрят начина на определяне на минималната работна заплата поради схващането, че това може да се отрази негативно на тяхната конкурентоспособност чрез повишение на разходите за труд. Действията на ЕС следва да бъдат насочени към осигуряването на равнопоставеност между работодателите и служителите, към равнопоставеност на единния пазар чрез подкрепа и създаване на условия за лоялна конкуренция, основана на иновации и производителност, а също така и към съблюдаването за спазване на адекватни социални стандарти.

Паралелно с прилагането на Директива (ЕС) 2022/2041 от ЕК се разглеждат три пакета от политики (т.н. пакети А, Б и В), всеки от които съчетава мерки в пет области.

Колективното договаряне при определянето на работните заплати, както и правоприлагането и мониторингът, засягат както държавите, които разчитат на колективно договаряне за осигуряване на защита на минималната работна заплата, така и тези държави със системи за определяне на минималната работна заплата по законодателен ред. Разглежданите пакети от политики се различават по отношение на ролята на социалните партньори в управлението на системата за определяне на минималната работна заплата, а в конкретния случай на държави членки с национални законоустановени минимални работни заплати — по отношение на степента на свобода на действие на правителствата при определяне и актуализиране на минималните работни заплати.

Пакет А изисква от всички държави членки активно да под-

крепят колективното договаряне относно определянето на работните заплати с цел засилване на ролята на социалните партньори, включително чрез административно разширяване на обхвата на колективните трудови договори. За държавите членки с национални законоустановени минимални работни заплати в него се предвижда силно участие на социалните партньори в определянето на минималните работни заплати. Адекватността на законоустановените минимални работни заплати ще бъде оценявана спрямо национална мярка за стандарт за достоен живот.

Пакет Б изисква от всички държави членки да подкрепят колективното договаряне при определянето на работните заплати особено когато обхватът на колективното договаряне е тесен. Освен това, за държавите членки с национални законоустановени минимални работни заплати, в него се предвижда националното законодателство да включва изрични критерии за адекватност на минималната работна заплата и ориентировъчни референтни стойности, като например 60% от brutната медианна работна заплата или 50% от brutната средна работна заплата, съчетано със засилено участие на социалните партньори.

Пакет В също изисква от всички държави членки да подкрепят колективното договаряне относно определянето на работните заплати особено когато обхватът на колективното договаряне е тесен. Освен това, за да бъдат постигнати целите, поставени от ЕК, е предвидено държавите членки с национални законоустановени минимални работни заплати да включат в националното си законодателство автоматично индексирание, наред с използването на референтни стойности.

Всички пакети включват съответните разпоредби относно прилагането и мониторинга на Директива (ЕС) 2022/2041, но правят разграничение между двата вида системи: укрепване на прилагането на клаузите за работните заплати в колективните трудови договори и укрепване на прилагането на законоустановените минимални работни заплати, когато такива съществуват, гарантиране на спазването при обществените поръчки на колективно договорените работни заплати и законоустановените минимални заплати и укрепване на механизмите за мониторинг и

събиране на данни.

Предпочитаният пакет от заинтересованите страни за момента е Б, тъй като зачита установените национални договорености и оставя свобода на преценка на държавите членки и социалните партньори. Зачитането на националните традиции, автономността на социалните партньори и зачитането на колективното договаряне са също водещи за предпочитанията към пакет Б.

Очаква се предпочитаният пакет да доведе до по-високи минимални работни заплати в около половината от държавите членки. Около 25 милиона работници биха могли да се ползват от по-високо заплащане, ако държавите членки със законоустановени минимални работни заплати ги приравнят на 60% от медианната работна заплата или на 50% от средната работна заплата. По този начин увеличението на законоустановените минимални работни заплати може да надхвърли 20% в редица държави членки. В същото време увеличението на минималната работна заплата би довело до намаляване на неравенството в заплащането и бедността сред работещите с 10% и намаляване на разликата в заплащането между жените и мъжете средно с около 5%, ако държавите членки със законоустановени минимални работни заплати ги увеличат на 60% от медианната работна заплата или на 50% от средната работна заплата.

Укрепването на прилагането и мониторинга на минималните работни заплати ще спомогне да се гарантира, че заетите лица имат действителен достъп до социалната защита на минималната работна заплата и че получават заплащането, на което имат право. В държавите членки, които разчитат на колективно договаряне, подкрепата за колективното договаряне при определянето на работните заплати ще увеличи броя на защитените работници и ще подобри адекватността на заплащането там, където тя не е достатъчна. В държавите със законоустановени минимални работни заплати използването на ясни и стабилни критерии за определяне и актуализиране на минималните работни заплати, както и по-силната роля на социалните партньори, ще подобрят адекватността на минималните работни заплати и на

бизнес средата.

По-добрите условия на труд и живот, включително чрез адекватни минимални заплати, са от полза както за работниците, така и за предприятията в ЕС. Адекватните минимални заплати допринасят за осигуряване на лоялна конкуренция, за стимулиране подобряването на производителността и за насърчаване на икономическия и социален прогрес. Ролята на минималните заплати става още по-важна по време на икономически спадове. Осигуряването на достоен живот за заетите лица и намаляването на бедността сред работещите е важно по време на криза и също така от съществено значение за устойчиво и приобщаващо икономическо възстановяване.

В държавите членки със законоустановени минимални заплати Директива (ЕС) 2022/2041 ще:

- създаде условия законоустановените минимални заплати да бъдат определени на адекватни нива: чрез ясни и стабилни критерии за определяне на минималната работна заплата, чрез индикативни референтни стойности, които да ръководят оценката на адекватността, чрез редовно и навременно актуализиране на минималните заплати и чрез създаването на консултативни органи, които да информират компетентните органи за динамиката на посочените параметри.
- осигури ефективното участие на социалните партньори в законоустановеното определяне и актуализиране на минималната работна заплата.

Целите на Директивата са да се гарантират адекватни минимални заплати, позволяващи достоен стандарт на живот, като по този начин ще се редуцира бедността сред работещите и ще се намалят неравенството и диспропорциите в заплащането. В член 5, параграф 2 от Директива (ЕС) 2022/2041 са определени критериите, които държавите членки трябва да вземат предвид при определяне на законоустановените минимални заплати:

- покупателната способност на законоустановените минимални работни заплати, като се взема предвид издръжката на живота;
- общото равнище на работните заплати и тяхното разпре-

деление;

- темпа на растеж на работните заплати;
- дългосрочните равнища и развитието на националната производителност на труда.

При анализа на покупателна способност следва да се вземат предвид разходите за живот. Общото равнище на заплатите и тяхното разпределение обхваща аспекти като регионално разпределение на равнищата на заплащане, както и аспекти като самото икономическо развитие на регионално ниво и разликите между отделните региони в разходите за живот.

Посочените критерии по същество отразяват текущата индивидуална национална практика и държавите членки са свободни да решават относителната тежест, която следва да им се отдаде. Това се обуславя от може би най-важната разпоредба в Директива (ЕС) 2022/2041 – в член 5, параграф 4, който гласи, че държавите членки *„ориентировъчни референтни стойности, от които да се ръководят при своята оценка на адекватността на законоустановените минимални работни заплати. За тази цел те могат да използват ориентировъчни референтни стойности, които обикновено се използват на международно равнище, например 60% от brutната медианна работна заплата и 50% от brutната средна работна заплата, и/или ориентировъчни референтни стойности, използвани на национално равнище.“*

По този начин Директивата установява де факто двоен праг на определението „достоеен стандарт на живот“ чрез пропорции спрямо средната медианна и средната заплата. Пропорциите са различни за медианната и за средната стойност, тъй като по-високите заплати влияят за повишението на втората, но не и на първата. Въпреки че не е правно обвързващ, така изчисленият „достоеен стандарт на живот“ представлява силен нормативен показател за определяне на минимални заплати на национално ниво и дори на регионално ниво. На практика споменатите прагове вече въздействат върху определянето на минималните работни заплати в различни държави членки.

В Германия, например, още преди формалното приемане на Директивата законоустановената минимална заплата се увеличи

до 12 евро от октомври 2022 г. – около 60 процента от средната брутна заплата (виж Lübker и Schulten, 2022 г.). Ирландското правителство също обяви, че съществуващата законова минимална работна заплата ще бъде премахната до 2026 г. и ще бъде заменена от нова жизнена заплата, която ще бъде определена на 60 процента от медианната (виж. Doris и колектив, 2022 г.).

Тъй като никоя от държавите членки със законоустановена минимална работна заплата понастоящем не изпълнява двойния праг на определението „достоеен стандарт на живот“, увеличаването на минималните заплати до това ниво би имало дългосрочни последици. Такова увеличение в минималните нива на заплащане, което може да бъде характеризирано като структурно, е особено ефективно в условия на висока инфлация. Освен това, тъй като жените традиционно са свръхпредставени сред получаващите минимална работна заплата, минималните заплати, изчислени съгласно дефиницията за „достоеен стандарт на живот“, биха помогнали за намаляване на разликата в заплащането между половете.

Друга важна иновация, въведена чрез Директива (ЕС) 2022/2041, е признаването на значението на колективното договаряне за осигуряване на адекватни минимални заплати. Сред различните разпоредби, които имат за цел да засилят ролята на бипартитния и трипартитния диалог, се откроява изричното потвърждение в член 3, параграф 3 от Директивата, че колективното договаряне е техен прерогатив, както и член 4, параграф 1, който гарантира правото на колективно договаряне и защитава от дискриминация заетите лица, които участват (или желаят да участват) в него.

Член 4, параграф 2 допълнително задължава държавите членки с по-малко от 80 процента покритие на колективното договаряне да предприемат мерки за увеличаването му. Това включва национални планове за действие, които съдържат ясен график и конкретни мерки за постепенно увеличаване на степента на покритие. Тези планове трябва да бъдат разработени в сътрудничество със социалните партньори, редовно преразглеждани и актуализирани поне на всеки пет години. Следователно

прагът от 80 процента може да се разглежда като косвен призив за насърчаване на секторното договаряне.

Целите на Директивата за осигуряване на адекватни минимални заплати, които осигуряват достоен стандарт на живот, и за укрепване на колективното договаряне представляват цялостна промяна на парадигмата от гледната точка на европейските институции по отношение на заплащането и на колективното договаряне в сравнение с политиките, прилагани по време на финансовата криза от 2008 г. Точно преди десет години Генерална дирекция по икономически и финансови въпроси (DG ECFIN) препоръча намаляването на законоустановените минимални заплати, а също така и намаляването на покритието на колективното договаряне, съчетано с цялостно намаляване на правомощията на синдикатите за определяне на заплатите, като тези действия бяха определени като „щадящи заетостта“ реформи. Приемането на Директива (ЕС) 2022/2041 илюстрира дълбоката промяна в действията на ЕК.

Адекватните минимални заплати и силното колективно договаряне вече не се разглеждат като част от проблема, а като част от решението. Директивата за минималната работна заплата осигурява защита срещу всякакви по-нататъшни опити за премахване на националните системи за договаряне, каквито процеси се наблюдаваха както на европейско, така и на национално ниво след Голямата рецесия от 2008 г.

Директива (ЕС) 2022/2041 сама по себе си вече представлява крайъгълен камък в социалната политика на ЕС и показва, че Европейският стълб на социалните права може да предостави ориентир за правни инициативи, които подобряват живота на милиони граждани.

Все пак, следва да се отбележи, че Директивата не е сребърен куршум за разрешаване на бедността сред работещите и неравенството в заплащането. Чрез нея, обаче, се дефинират процедурни правила, които налагат тяхното прилагане и усъвършенстване да бъдат изцяло в ръцете на държавите членки. Сега повече от всякога този процес зависи от участниците в националната политика, които на свой ред следва да предприемат

необходимите политически инициативи за остойностяването на минималните заплати и за укрепване на обхвата на колективното договаряне.

Директивата за адекватни минимални заплати в ЕС в момента представлява основният политически проект, който има за цел да засили социалното измерение на европейската интеграция чрез фундаменталната преориентация на европейската трудова политика. Поради тази причина в бъдещото приложение на Директивата могат да бъдат набелязани най-малко три разломни линии.

Първата разломна линия е класическият конфликт между капитала и труда. През последните десетилетия доминиращият способ за европейска интеграция, движен от засилването на ролята на пазарите и тяхната либерализация, допринесе за значителна промяна в съотношението на силите в полза на капитала. Директивата представлява политически проект, който има за цел до известна степен да промени баланса на тези сили в полза на работната сила.

Различните позиции в европейските синдикални организации и асоциациите на работодателите сочат втора линия на разминаване между представителите на различните национални рамки за определяне на нивото на заплащане. Най-остро този проблем се наблюдава в Дания и в Швеция, където почти всички социални партньори от правителството до работодателите, синдикатите и всички основни политически партии от дясно до ляво отхвърлят прякото приложение на Директивата и я определят като заплаха за „Северния модел“, в който минималните заплати се определят изключително от колективни трудови договори. За разлика от тях има и държави като Финландия или Италия, в които няма законово установена минимална заплата, но чиито правителства и синдикатите подкрепят изцяло Директивата. По-голямата част от държавите членки на ЕС със законоустановени минимални заплати не виждат систематичен проблем с приложението на Директивата и пряко свързан с техните собствени режими за определяне на нивото на заплащане. Някои от тях, като Франция, са сред най-силните пропоненти на Директивата,

тъй като предложената рамка може да се тълкува като европейско затвърждаване на техния собствен национален режим за определяне на заплатите, който обвързва относително високата законова минимална заплата с голямо покритие на колективното договаряне.

И накрая, има трета разломна линия по прилагането на Директивата – правното основание. Критиците на Директивата твърдят, че Европейският съюз няма никакви регулаторни правомощия по въпросите на политиката за заплатите. Те обосновават становището си с позоваване на член 153, параграф 5 от Договора за функционирането на ЕС (ДФЕС), който изрично изключва определянето на заплащането от регулаторните компетенции на ЕС в областта на социалната политика. Съответно е изказано становище, че Директивата е в противоречие с този член.

Европейската комисия счете, че Директивата е изцяло обхваната от член 153, параграф 1б, който дава на ЕК регулаторни правомощия в областта на „условията на труд“. Тъй като Директивата не изисква от държавите членки да определят законоустановена минимална работна заплата на определено ниво, нито да въведат специфична система за определяне на минимални заплати, изключването на правомощията в член 153, параграф 5 от ДФЕС не се прилага в този случай. Европейските разпоредби, които само косвено засягат развитието на заплатите, са разрешени от европейското законодателство и също така са обхванати от съдебната практика на Европейския съд (виж например *Di Federico*, G. 2020 г., стр. 107-111).

Като се има предвид доминиращият път на икономическата и социална политика на ЕС през последните десетилетия, Директивата за адекватни минимални заплати представлява промяна на парадигмата към по-социална Европа. Чрез прилагането на Директивата структурната асиметрия на европейската интеграция вече не се явява естествен път на развитие, напротив – този проблем вече може да бъде преодолян в определени ситуации чрез ефективния социален диалог. Пандемията от Covid-19 насърчи един вид „прагматизъм при извънредни ситуации“ в ЕС, който улесни много политически мерки, особено в областта на

икономическата политика, които се смятаха за немислими, част от които е и разглежданата директива.

Директива (ЕС) 2022/2041 създаде ефективна рамка за определяне на минимално заплащане, но следва да се подчертае, че все пак окончателните решения и прилагането ѝ ще се извършват на индивидуално национално ниво. Мощният инструментариум, който е залегнал в тази директива, ще бъде използван в девета глава, като той ще е основният способ за калкулиране на минимални възнаграждения на национално и на регионално ниво по отношение на заплащането на лекарите.

8. Актуално състояние на лекарските възнаграждения

Проведената реформа в сферата на здравеопазването през 1998 г. – 1999 г., а също така и влизането в сила на Закона за лечебните заведения и въвеждането на здравноосигурителен модел на финансиране на лечебната здравна помощ, радикално изменят системата на заплащане на труда в публичния болничен сектор в следните посоки:

- установяване на наемни отношения и на упражняване на аутсорсинг за немедицинските дейности;
- разрастване на индивидуалния модел (до известна степен в зависимост от болничната администрация) на определяне на трудовите възнаграждения;
- изграждане на квазипазарни форми на определяне на трудовите възнаграждения;
- множественост на източниците и формите на заплащане на труда;
- плурализъм в системите на заплащане на труда.

В здравните и лечебни заведения на бюджетна издръжка започна да се прилага системата за отработено време или „твърда заплата“. Работната заплата в публичните болнични заведения има следната базисна структура:

- основно трудово възнаграждение,
- допълнителни трудови възнаграждения (за прослужено време, нощен труд, работа при вредни и други специфични условия, за по-висока лична квалификация),
- възнаграждения за извънреден труд,
- възнаграждения, договорени с колективния трудов договор, и други.

В здравните заведения, които са с търговски статут и с над 50% собственост на държавата или общините, очевидно се прилагат комбинирани системи на заплащане – съчетание от заплата за отработено време и за извършена дейност. Това представлява многофакторна повременно-сделна система. Възнаграждението се състои от три части: основно, допълнително и за извършена

дейност. В последната част се включват средства за извършени услуги по договор с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) или директни плащания от страна на пациентите и други източници (напр. допълнително здравно осигуряване/застраховане и др.).

Болничните лечебни заведения, които работят по договор с НЗОК могат да разпределят не по-малко от 60% от получените приходи за персонал (§ 71 ал. 4 от Договор № РД-НС-01-4-13 от 29 април 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г.). От началото на 2004 г., наред с промените във финансирането на болничните заведения на база преминал болен от Министерството на здравеопазването, се предвижда възможност за допълнителни средства за работна заплата на работещите в болници, които имат положителни резултати, но все още не съществува ясен национален регламент за разпределението на тези средства.

Към момента, лечебните заведения сами определят броя на длъжностите (и на квалификационните степени), както и начините за диференциране на началните основни работни заплати в зависимост от сложността, отговорността, вида и нивото на образованието, професионалният опит и други специфични изисквания.

Работниците и служителите могат да получават допълнителни възнаграждения с постоянен характер и допълнителни възнаграждения с непостоянен характер, като допълнителните възнаграждения с постоянен характер представляват индивидуални суми за допълнително стимулиране на персонала. По експертно мнение на автора на този труд разходите на национално ниво за допълнително финансиране на персонала са средно около 10% от определения фонд за работна заплата на съответното болнично лечебно заведение.

По отношение на положения извънреден труд в лечебните заведения се заплащат допълнителни суми по реда на чл. 262 от Кодекса на труда (КТ). Те се изчисляват на базата на основната работна заплата и на база на допълнителните трудови въз-

награждения с постоянен характер на работника или служителя съгласно индивидуалния трудов договор, освен ако не е изрично договорено друго и са както следва:

- 50% – за работа през работните дни;
- 75% – за работа през почивните дни;
- 100% – за работа през дните на официалните празници.
- 50% – за работа при сумирано изчисляване на работното време.

Съгласно Наредба № 11 от 21.12.2005 г. за определяне условията и реда за осигуряване на безплатна храна и/или добавки към нея се осигурява безплатна храна или добавки към нея в съответните лечебни заведения на лекари, които оперират, анестезиолози, акушерки, операционни и анестезиологични сестри – в дните, когато извършват операции, както и на санитарите в операционните зали и на служителите, полагащи дванадесетчасови дежурства.

За времето, през което даден медицински специалист е на разположение на работодателя си, когато се намира извън територията на лечебното заведение, но на предварително определено и уговорено между тях място, се заплаща допълнително трудово възнаграждение, като при повикване по време на даваното разположение се заплаща допълнително трудово възнаграждение за положен труд по спешност в обичаен размер, както следва:

- 50% за работа в работни дни;
- 75% за работа през почивни дни;
- 100% през официални празници.

Повечето лечебни заведения разполагат и с индивидуални методики, с които се определя реда за разпределение на средствата за допълнителни възнаграждения над основното от клинични пътеки и амбулаторни процедури (ДВНО-КП, АПр). Обичайно, в тези методики за разпределение се поставя акцент върху стационарните отделения – преки изпълнители на дейност по КП и АПр, които са изработили определения им от съответния управител месечен лимит, като за тях се заделят средно 80% от общата сума за допълнително материално стимулиране.

Параклиничните звена (например Клинична лаборатория, Микробиологична лаборатория, Отделение по образна диагностика, Клинична патология), както и съответната болнична аптека, получават около 10% от сумата за допълнително материално стимулиране. Останалите 10% обичайно се разпределят между ръководството и административно-стопанския блок.

Често определените средства за ДВНО-КП, както и разпределението им по стационарни отделения подлежат на изрично одобрение от управителя на съответното лечебно заведение, като след това началниците на съответните отделения извършват персонално разпределение. В общия случай начисляването на едва 50% от изчислените суми за съответното отделение са гарантирани за персонала. Останалите 50% се разпределят с цел оперативна самостоятелност от ръководителя на отделениято и по негова преценка се разпределят спрямо приноса на служителите в съответното звено. Следва да се отбележи, че преценката за приноса се обективизира главно по субективни критерии, което често създава напрежение сред персонала. След определянето на окончателните суми за индивидуалното разпределение на ДВНО-КП, същото се одобрява от управителя на съответното лечебно заведение.

Не на последно място на членовете на изпълнителните и контролните органи на публичните предприятия, каквито могат да бъдат и определени болнични заведения, се заплаща на базата на възнаграждение за изпълнение (виж глава 5) по реда на чл. 56 от Правилника за прилагане на закона за публичните предприятия и на Приложение № 2 от същия правилник. За определянето на съответното възнаграждение се използва бална оценка, която взема предвид показателите стойност на активите на дружеството, средносписъчния брой на персонала, изменението на рентабилността на приходите от дейността, изменението на финансовия резултат, изменението на добавената стойност на един зает и динамиката на задълженията на дружеството.

По отношение на някои лечебни заведения в сектор „Здравеопазване“, при определянето на нивата на заплащане може да се сключи и колективен трудов договор. Колективният трудов

договор (КТД) е уреден в глава четвърта на Кодекса на труда (КТ). В неговия предмет се включват разпоредби, свързани с трудовите и осигурителните отношения на работниците и служителите, които не са уредени с императивни разпоредби на закона. Колективен трудов договор може да бъде сключен на три равнища – предприятие, бранш и отрасъл. На всяко едно от тези равнища може да се сключи само един колективен трудов договор.

КТД може да се сключва и по общини. На общинско ниво могат да се сключват повече от един КТД за дейности, финансирани от общинския бюджет.

В сферата на здравеопазването, както и при всяка една икономическа област, се сключват колективни трудови договори на различни равнища. Обичайно, всяка година се сключва колективен трудов договор между Министерството на здравеопазването, работодателите и национално представените синдикати, чрез който се регламентират минималните нива на заплащане на работещите в здравеопазването. През текущата 2022 г. такъв беше подписан на 12 април, като следва да се отбележи, че от страна на работодателските организации той бе парафиран единствено от Националната браншова стопанска камара на търговците – дистрибутори на едро на лекарствени средства, медико-санитарни и билкови препарати и Българската асоциация на търговците на едро с лекарства към КРИБ.

Колективният трудов договор се сключва в писмена форма в три екземпляра – по един за всяка от страните и един за съответната Инспекция по труда. Колективният трудов договор се вписва в специален регистър на Инспекцията по труда. Колективните трудови договори с отраслово и национално значение се вписват в Изпълнителната агенция „Главна инспекция по труда“ (ИА ГИТ). Вписването се извършва въз основа на писмено заявление на всяка от страните, към което се прилагат подписан от страните екземпляр от договора и електронен образ на документа.

9. Предложение за модел на определяне на минимални заплати на лекарите в болничната помощ

Моделът за определяне на минимални заплати на лекарите в болничната помощ е разработен изцяло в духа на предложената от Директива (ЕС) 2022/2041 методика (а именно чрез прилагането на ефективен и оптимален социален диалог или чрез законово дефиниране на минимални работни заплати, които отговарят на праговете за „достоеен стандарт на живот“), като определени аспекти от определянето на длъжности и рангове, специфични за тях, са адаптирани от немския модел на кариерен класификатор, посочен в бипартитното споразумение, отнасящо се за болниците, които са публична собственост, и за лицата, заети в сферата на обществените услуги (TV-Ärzte VKA, 2021). С цел да се отразят историческите и културните особености на конкретната ситуация и българските условия като цяло, в определянето на класификатор е взета предвид терминологията от Класификатора на длъжностите в администрацията (изм. ДВ, бр. 70 от 2022 г., в сила от 31.08.2022 г.) (КДА).

Предложеният класификатор на длъжностите на лекарите е, както следва:

Таблица № 7: Предложение за класификатор на длъжностите на лекарите с включени рангове с изискване за стаж и професионален опит

Длъжност	Ранг					
	1	2	3	4	5	6
Ординатор/ Специализант	При заемане на длъжност	1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	5 г.
Лекар – специалист	При заемане на длъжност	3 г.	6 г.	8 г.	10 г.	12 г.

Старши лекар	При заемане на длъжност	3 г.	6 г.	-
Главен лекар	При заемане на длъжност	3 г.	6 г.	-

Източник: Адаптирано от КДА и TV-Ärzte VKA.

Заемането на съответните рангове за длъжностите следва да бъде основано на две условия – съответния професионален опит в предходния ранг, както е показано в таблицата, и на натрупани CPD точки за професионална квалификация. Продължаващото професионално развитие (т.н. „учене през целия живот“), измерено чрез присъждането на CPD точки, е често използван термин за описване на дейности, които се стандартизират чрез присъждането на точки за количествено определяне на времето и качеството на дейностите за продължително обучение и развитие. Българският лекарски съюз (БЛС), съвместно с професионалните асоциации на отделните лекарски специалности и центровете за следдипломна квалификация към медицинските университети, следва да разработят единна методология за присъждане на CPD точки на базата на стандартни обучения за повишаване на квалификацията. За целта към БЛС следва да се създаде публично достъпен регистър по УИН номер, който да послужи като основа за преминаването от ранг в ранг на посочените длъжности. Това предложение е и в унисон с Препоръка 2006/962/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 18 декември 2006 година относно ключовите компетентности за учене през целия живот (ОВ L 394, 30.12.2006 г.). От друга страна, при едно бъдещо възприемане на така направеното предложение, представената по-горе таблица следва да залегне и в Националната класификация на професиите и длъжностите, водена от Националния статистически институт.

За базовото скалиране на нивата на заплащане спрямо предложените длъжности и рангове е възприет постигнатият диапазон, заложен в TV-Ärzte VKA. Получените резултати са предста-

вени по-долу:

Таблица № 8: Предложение за диференциал на заплащане в класификатора на длъжностите на лекарите

Длъжност	Ранг					
	1	2	3	4	5	6
Ординатор/ Специализант	100%	106%	110%	117%	125%	129%
Лекар – специалист	132%	143%	153%	158%	164%	170%
Старши лекар	165%	175%	189%	-		
Главен лекар	189%	194%	208%	-		

Източник: Адаптирано от TV-Ärzte VKA.

За по-нататъшното развитие на предложението е взет предвид диференциалът на заплащането на различните лекарски специалности. За този диференциал съществуват редица преки и косвени доказателства. В свое интервю, публикувано на електронната страница на БЛС, председателят му – д-р Иван Маджаров твърди:

„в една и съща болница специалисти с еднакъв стаж, но с различни специалности, ... имат 10-20 пъти разлика в заплатите. Например педиатър в детско отделение да е със заплата 1500-2000 лева най-много, а негов колега с друга специалност и същия стаж, без да е началник, да получава 15-20 000 лева. Това доведе до обезкървяване на цели специалности в здравеопазването.“⁶

В същия дух е изказването на проф. д-р Асена Сербезова, в качеството ѝ на министър на здравеопазването за предаването „Неделя 150“ на Българското национално радио:

„... на места в много болнични лечебни заведения има дейст-

⁶ Цитирано от https://blsbg.com/bg/d-r-madzharov-povecheto-bolnitsi-velichikhazaplatite-ostanalite-shche-gubiat-kadri_p11272.html, достъпен на 29.10.2022 г.

вители големи разлики между отделните медицински специалисти като заплащания, отделни клиники, което разбира се, създава предпоставка за демотивация.⁷“

Причините за съществените разлики в заплащането на лекарите по специалности са многопластови и включват компоненти, сред които следва да бъдат посочени надценяването или подценяването на реимбурсната стойност на клиничните пътеки, регионалните икономически различия, типа и специализацията на лечебните заведения, в които съответните лекари са заети, обема и сложността на различните дейности в различните специалности, но не на последно място и пазарни фактори на търсене и предлагане на определени лекарски специалности. Всичко това води до заключението, че съгласно предложения модел за определяне на минимални заплати на лекарите в болничната помощ, **следва да се изготвят диференцирани минимални заплати в класификатора на длъжностите на лекарите за всяка една лекарска специалност съгласно Приложение № 1 към чл. 1, ал. 2 на Наредба № 1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.**

Друг сериозен дисбаланс, който следва да бъде отчетен, са регионалните различия в производителността на труда, в заплащането и в покупателната способност. Представени са данни от Евростат за регионален брутен вътрешен продукт (по стандарт на покупателната способност на жител) по региони NUTS 2, които илюстрират значителните разлики в производителността на труда по оста център-периферия.

⁷ Цитирано от <https://www.mh.government.bg/bg/novini/intervyuta/prof-ase-na-serbezova-ministr-na-zdrave-01-05-2022/>, достъпен на 29.10.2022 г.

**Таблица № 9: Регионален брутен вътрешен продукт
(по стандарт на покупателната способност на жител)
по региони NUTS 2 за 2019 г. и 2020 г. в Р. България**

Година	2019 г.	2020 г.
Регион по NUTS 2		
Северозападен	10 200	10 700
Северен централен	11 100	11 100
Североизточен	12 900	12 400
Югоизточен	12 600	11 600
Югозападен	28 000	27 500
Южен централен	11 700	11 900

Източник: Евростат, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/>

Стандартът на покупателната способност, съкратено PPS, е изкуствена валутна единица. Теоретично един PPS може да закупи същото количество стоки и услуги във всяка държава от ЕС, или респективно във всеки регион на ниво NUTS 2. Разликите в стойностите означават, че са необходими различни количества национални валутни единици за едни и същи стоки и услуги в зависимост от региона. PPS се извлича чрез разделяне на всеки икономически агрегат на дадена държава в национална валута на съответния ѝ паритет на покупателна способност.

PPS е техническият термин, използван от Евростат за общата валута, в която се изразяват агрегатите на националните сметки, коригирани за разликите в ценовите равнища с помощта на паритета на покупателната способност. По този начин PPS може да се тълкува като обменният курс на PPS спрямо еврото.

По-долу са представени и данни за регионалните различия по отношение на разполагаемия доход на домакинствата в Р. България по региони NUTS 2 по стандарт на покупателната способност.

**Таблица № 10: Разполагам доход на домакинствата
(по стандарт на покупателната способност на жител)
по региони NUTS 2 за 2019 г. в Р. България**

Година	2019 г.
Регион по NUTS 2	
Северозападен	7 100
Северен централен	7 700
Североизточен	7 400
Югоизточен	7 500
Югозападен	13 700
Южен централен	7 700

Източник: Евростат, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/>

Посочените различия налагат заключението, че докато Северозападният, Северният централен, Североизточният, Югоизточният и Южният централен регион са съпоставими по доходи и производителност на труда, то Югозападният регион е значително по-развит. Всичко това налага схващането, че поради съществуващите регионални различия минималните нива на заплащане следва да бъдат диференцирани и на регионално ниво.

Анализът следва да обхване и друг съществен „разлом“, пораждащ диспропорции, а именно – различните разходи на ниво клинична пътека или на ниво преминал пациент, разликите в разходите между отделните нива на компетентност на клиниките, отделенията и медико-диагностичните лаборатории на лечебните заведения за болнична помощ по смисъла на Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи или между различните типове болнични лечебни заведения – университетски, областни, общински и др.

Макар и с дванадесетгодишна давност, показателен в това отношение е анализът на Министерството на финансите от 2010 г.

(виж Министерство на финансите, 2010 г.). В него са маркирани два основни момента. На първо място, това е диференциалът на разходите на болничните лечебни заведения по тип спрямо реимбурсната стойност на среднопретеглената клинична пътека.

**Таблица № 11: Реимбурсни цени, заплащани от НЗОК
за периода 2007 – 2010 г. и реализирани разходи
на болничните лечебни заведения**

	Реимбурсна цена (среднопретеглена) в лева	Претеглени средни разходи в лева			
		Общо	Университетски ЛЗ	Областни ЛЗ	Общински ЛЗ
2007 г.	583	589	916	494	427
2008 г.	706	717	1 117	589	465
2009 г.	766	792	1 238	618	472
2010 г. (до 30 април)	716	759	1 072	583	464

Източник: Министерство на финансите (2010 г.), стр.7.

Съществуват редица причини за съществуването на посочените диспропорции, които не са обект на този анализ, но между тях не можем да не споменем различната тежест на заболяването на преминалите пациенти и различната структура на разходите на лечебните заведения.

На второ място, основен принос на посочения анализ е и интегрираното мнение на националните консултанти, като нито един от тях не възразява на диференциацията по тип болнично лечебно заведение или по ниво на специализацията, по отношение на имплементирането на диференцирани реимбурсни нива на тази база, с оглед различната разходна структура на лечебните заведения.

**Таблица № 12: Отношение на националните консултанти
към диференциране на реимбурсните нива
за лечебните заведения**

За диференциация по ВИД ЛЗ	За диференциация на НИВО ЛЗ	Без коментар
Ендокринна хирургия	Детска ревматология	Нервни болести
Гръдна хирургия	Неонатология	Клинична хематология
Лицево-челюстна хирургия	Детска пневмология	Нефрология
Клинична алергология	Очни болести	Кардиология
Гастроентерология	Лъчелечение	Детска кардиология
Ортопедия и травматология	Акушерство и гинекология	Съдова хирургия
Анестезиология и интензивно лечение		Урология
		Ревматология
		Пневмология
		Инфекциозни болести
		УНГ
		Клинична токсикология
		Кардиохирургия
		Термична травма
		Физикална и рехабилитационна медицина
		Кожни болести

Източник: Министерство на финансите (2010 г.), стр.83.

Още едно доказателство, че е необходима диференциация по видове или нива на компетентност на лечебните заведения, показват и последните публично достъпни данни за разходите на преминал пациент, публикувани от Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА).

Таблица № 13: Среден разход на един преминал болен в лева по вид болнично лечебно заведение за 2020 г.

Вид ЛЗ	Среден разход на един преминал болен в лв.
УНБАЛ	2 036
Областни МБАЛ	1 137
Общински МБАЛ	930
СБАЛББ	1 292

Източник: Адаптирано от НЦОЗА (2021 г.)

Така представеният анализ, потвърждава заключението, че е нужна диференциация на минималното заплащане съгласно нивото на компетентност или съгласно типа на болнично лечебно заведение. Тъй като нивото на компетентност на клиниките, отделенията и медико-диагностичните лаборатории на лечебните заведения за болнична помощ по смисъла на Наредба № 49 дава по-добра и точна апроксимация на качеството и на обема на предоставяните медицински услуги, авторът на тази монография, счита тази диференциация за по-ефикасна и оптимална.

Спрямо горепосоченото, за възприемането на така направеното предложение за определяне на минималното заплащане на болничните лекари са необходими и достатъчни следните стъпки:

1. Българският лекарски съюз да съвместно с професионалните асоциации на отделните лекарски специалности и центровете за следдипломна квалификация към медицинските университети, да разработят единна методология за присъждане на CPD точки на базата на стандартни обучения за повишаване на квалификацията.

2. На базата на Закона за достъп до обществена информация да се изиска от Националната агенция за приходите деперсонифицирана информация за основните заплати на лекарите-специалисти по съответните специалности по смисъла на Наредба № 1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването с разбивка по ниво на компетентност на лечебните заведения и на региони на ниво NUTS 2.

Следващата стъпка е за всяка от посочените разбивки да се изчисли максимизационната функция – max (50% от средната работна заплата; 60% от стойността на медианната работна заплата; минимална работна заплата за страната), а в последствие така изчислените стойности да залегнат като база за минимална работна заплата в ранг 1 на лекарите-специалисти от Таблица № 7 по-горе. Останалите длъжности и рангове се изчисляват резултативно, на базата на заложените пропорции в Таблица № 8. При посочените стъпки ще се постигне изложената по-горе диференциация на базата на лекарска специалност, регион и лечебно заведение.

Определянето на минимални равнища на лекарското заплащане в болничната помощ ще спомогне те да бъдат интегрирани като екзогенен фактор в едно последващо „реално“ остойностяване и актуализиране на реимбурсните стойности на клиничните пътеки. Това на свой ред ще позволи автоматичното ежегодно индексирание на минималните заплати, в изпълнение на изискванията на Директива (ЕС) 2022/2041. Едно елегантно и бюджетно неутрално решение е това автоматично индексирание да се извършва по примера на чл. 100 от Кодекса за социално осигуряване, а именно – „Швейцарското правило“. В случая с минималните равнища на заплащане, се предлага ежегодната индексация да бъде с 50% от ръста на среднопретеглените реимбурсни нива на клиничните пътеки за текущата година и 50% от ръста на хармонизирания индекс на потребителските цени през предходната календарна година.

Не на последно място, следва да се подчертае, че здравната система и нейният персонал в частност е неразривна и основна част от националната сигурност на страната. В този ред на ми-

сли е нужно провеждането на целенасочена и последователна политика от страна на държавата за развитие и мотивация на медицинския и немедицинския персонал. Липсата на интегриран подход в тази насока, беше ясно изразен по време на пандемията, провокирана от COVID-19, което на свой ред застраши функционирането на здравната и социалната системи.

В този ред на мисли е нужно да се обмисли целенасочена държавна политика по отношение на общините, респективно по отношение на общинските болнични лечебни заведения, които функционират в неблагоприятни икономически условия. За да се идентифицират посочените общини, се предлага приложението на методологията, съгласно чл. 183, ал. 1, във връзка с чл. 184, т. 1, б. „а“ от Закона за корпоративното подоходно облагане. За общинските болнични заведения в посочените общини следва в резултат на държавната политика да се договори фиксирана добавка за медицинския и немедицинския персонал, подобна на ковид-добавките, която на свой ред може да бъде финансирана от бюджета на НЗОК или от съответните общински бюджети.

Постоянно нарастващите разходи за болнична помощ предизвикват сериозна загриженост у всички заинтересовани страни, в сферата на здравеопазването и в обществото като цяло. Оттук изниква нуждата за едно по-добро осъзнаване на вътрешното функциониране на здравните системи и за признаването на ключовата роля на болничните лекари в управлението на разходите, икономическа ефективност и социална равнопоставеност.

Основните аспекти, които засягат системите за формиране на възнаграждения за болничните лекари, бяха разгледани и дискутирани, като се направиха няколко важни заключения. Първото от тях засяга практическите трудности, пред които се изправят отговорните лица за здравните политики, за да се постигне първо най-добро решение (*first-best solution*), когато се решава дилемата, състояща се от проблема възложител-изпълнител (проблемът на възлагането). По-нататък се изказа предположение, че проблемът с моралния риск може да се редуцира чувствително, но неговото присъствие може да бъде трайно и практически вечно, без значение какви са системите за формиране на възнаграждение на лекарите. Следващият извод засяга факта, че двукомпонентното заплащане на труда, което да включва фиксирани и променливи компоненти, е може би най-оптималният способ за формиране на система за възнаграждение на болничните лекари. Последва анализ на практическите и фактически системи за формиране на фиксираните и променливите компоненти на заплащането, като се изведоха на преден план техните силни и слаби страни (според автора на тази монография). Обърна се специално внимание на приоритетизирането в сферата на здравеопазването и на възможните компромиси между поставените цели и задачи в сектора по отношение на системите за възнаграждение, като се изведе идеята, че системите за възнаграждение се изграждат на базата на приоритетите, а не обратното. Разгледа се инструментариумът, предложен от Директива (ЕС) 2022/2041 и се предложи модел за дефиниране

на минимални работни заплати за болничните лекари.

В заключение, системите за формиране на работната заплата на болничните лекари са едни от най-силните и ефикасни инструменти при решаването на проблемите на здравните системи и при оптималното уеднаквяване на стимулите на заинтересованите в сектора страни може да се постигне не само икономическа ефективност, но може и да се насърчава едно устойчиво бъдещо развитие.

Дечев, Т.(2006), „Гъвкави форми на работа“ и (пост)индустриални отношения в Централна и Източна Европа, Фондация „Фридрих Еберт“, С., ISBN-10: 954-9431-06-1 ; ISBN-13: 978-954-9431-06-3

Дечев, Т.(2007), Индустриалните отношения в страните от Централна и Източна Европа: възстановяване на трипартизма и съвременна еволюция. Дисертационен труд за присъждане на образователната и научна степен „доктор“ по специалност „социология“, шифър: 05. 11. 01, С.

Дечев, Т.(2007 b), Индустриалните отношения в страните от Централна и Източна Европа – равносметка на развитието им през преходния период, В: Сборник “Социална компетентност”, втора част, Университетско издателство “Паисий Хилендарски”, П., стр. 137 – 157, ISBN 978-954-423-399-0

Стойчева, Б., В. Илков, Т. Дечев (по азбучен ред), (2005 b), Иновации в колективното договаряне. Европейски и български аспекти, под общата научна редакция на проф. Нансен Бехар и Теодор Дечев, Фондация „Фридрих Еберт“, С., ISBN 954-9431-02-9.

Министерство на финансите (2010), Анализ на прогнозните обеми, цени и методики за остойностяване и заплащане на дейностите и услугите в болничната помощ (интегриращ становищата на националните консултанти).

Моралийска, М. (2021), Европейският стълб на социалните права като инструмент за социално сближаване в съюза и постигане на догонващо икономическо развитие на България, София, ISBN: 978-619-232-521-3.

Национален център по общественото здраве и анализи (2021), Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Р България за периода 2010-2020 г., София, ISSN 1313-7727.

Препоръка 2006/962/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 18 декември 2006 година относно ключовите компетентности за учене през целия живот (ОВ L 394, 30.12.2006 г., стр. 10—18), достъпна на: <https://eur-lex.europa.eu/BG/legal-content/>

summary/lifelong-learning-key-competences.html

Alchian, A./Demsetz, H.(1972), Production,. Information Costs and Economic Organization, в: The American Economic Review 62, 557-95.

Arrow, K. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, в: The American Economic Review 53/5, 141- 9.

Artells-Herrero, J. (1981), Effectiveness and Decision-Making in a Health Planning Context: The Ease of Outpatient Ante-Natal Care, thesis, University of Oxford, Oxford.

Barnum, H./Kutzin, J/Saxenian, H. (1995), Incentives and Provider Payment Methods, в: International Journal of Health Planning and Management 10, 23- 45.

Bartlett, R. (1990), Trends in quality management, в: Arch Pathol Lab Med 114:1126-1130

Baumol, W. (1959), Business Behavior Value and Growth, Macmillan, New York.

Berle, A. и Means, G. (1932), The Modern Corporation and the Private Property, Xlacrnillan, New York.

Berwick, D. и кол. (2003), Paying for Performance: Medicare should Lead, in: Health Affairs 22, 8-10.

Bopp, K. (1990), How Patients Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters: A Marketing Perspective, в: Journal of Health Care Marketing 10/1, 6-15.

Buchan J./North, N. (2008), Pay Jolt: The impact of the 2004/5 New Zealand Nurses Agreement. University of Technology, Sydney.

Buchan, J./Evans, D. (2008), Assessing the impact of a new health sector pay system upon NHS staff in England. Human Resources for Health 2008, 6:12

Burns, L./Chilingerian, J./Wholey, D. (1994), The Effect of Physician Practice Organization on Efficient Utilization of Hospital Resources, в: Health Services Research 29/5, 583- 603.

Camerer, C. (1997), Progress in Behavioral Game Theory, в: Journal of Economic Perspectives 11/4, 167-88.

Carrin, G./Hanvoravongchai, P. (2003), Provider Payments and Patient Charges as Policy Tools for Cost-Containment: How Successful are They in High-Income Countries, в: Human Resources

for Health 1/6, 1- 10.

Cascio, W. (2006), *Managing Human Resources: Productivity, Quality of Work Life, Profits*, 7th edition, McGraw-Hill Irwin, New York.

Choi, K. et al (2004), The Relationships among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study, *Journal of Business Research* 57, 913- 921.

Couturier, C. et al (2000), Effects of Financial Incentives on Medical Practice: Results from a Systematic Review of the Literature and Methodological Issues, *International Journal for Quality in Health Care* 12/2, 133- 42.

Covalesky, M./Dirsmith, M./Michelman, J. (1993), An Institutional Theory Perspective on the DRG Framework, Case-Mix Accounting Systems and Health-Care Organizations, *Accounting, Organizations and Society* 18/1, 65- 80.

Crew, M. (1969), Coinsurance and the Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review* 59/5, 906-8.

Culyer, A. (1988), Inequality of Health Services is, in General, Desirable, *Green, D. (1988): Acceptable Inequalities*, IEA, London.

Culyer, A. (1989), The Normative Economics of Health Care Finance and Provision, *Oxford Review of Economic Policy* 5, 34- 58.

Culyer, A. (1991), The Normative Economics of Health Care Finance and Provision, *McGuire, A./ Fenn, P./ Mayhew, K. (1991): The Economics of Alternative systems of Finance and Delivery*, Oxford University Press, Oxford.

Cyert, R., and March, J. (1963), *A Behavioral Theory of the Firm*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. N.J.

Detchev, T.(2003), *Evolution of the Model of Industrial Relations in Bulgaria (1989 - 2002)*. "South - East Europe Review for Labor and Social Affairs (SEER)" - Quarterly of the Hans Bockler Stiftung, The European Trade Union Institute and Nomos Verlagsgesellschaft, Baden - Baden № 1/2, ISSN 1435-2869

Detchev T., R. Gladicheva, V. Ilkov (2005), *The Evolving Structure of Collective Bargaining in Europe 1990 – 2004*. National Report. Bulgaria. In: Project Report "The Evolving Structure of Collective Bargaining in Europe 1990 – 2004. A Comparative Analysis Based on

National Reports in the Countries of the European Union”, Research Project Co-financed by the European Commission and the University of Florence (VS/2003/0219-SI2.359910), University of Florence–EC, 2005; Detchev T., Part 3. Levels of Collective Bargaining in Bulgaria, p. 32 – 35; Detchev T., Part 5. Main Content of the Collective Labour Agreements, p. 40-50

Di Federico, G. (2020), The Minimum Wages Directive Proposal and External Limits to Article 153 TFEU, in Italian Labour Law E-Journal, 13 (2), 107-111.

Diekema, D./Pfaller, M. (2003), Infection Control Epidemiology and Microbiology Laboratory. в: Murray, P., „Manual of Clinical Microbiology”, 8th ed. ASM Press, Washington, DC, 129-138.

Doris, A. и колектив (2022), The Introduction of a Living Wage in Ireland (No. n316-22. pdf). Department of Economics, National University of Ireland-Maynooth.

Ellis, R./ McGuire, T. (1996), Hospital Response to Prospective Payment: Moral Hazard, Selection, and Practice-Style Effects, в: Journal of Health Economics 15, 257- 77.

Ellis, R./Miller, M. (2007), Provider Payment Methods and Incentives, в: Heggenhougen, K., Encyclopedia of Public Health.

European Observatory on Health Care Systems (2000), Health Care Systems in transition: Belgium, Copenhagen, <http://www.euro.who.int/document/e71203.pdf> .

Evans, R. (1974), Supplier-induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications, в: Perlman, M. (1974), The Economics of Health and Medical Care, North-Holland, Amsterdam.

Evans, R. (1984), Strained Mercy: The Economics of Canadian Medical Care, Butterworth, Toronto.

Evans, R./Elwin, G./Edwards, A. (2004), Review of Instruments for Peer Assessment of Physicians, в: British Medical Journal 328, 1- 5.

Faioli, M. и колектив (2014), Decentralized collective bargaining в: France, Germany and Italy: industrial relations and SMEs interactions for economic growth, Project Handbook.

Fama, E. (1980), Agency Problems and the Theory of the Firm, в: The Journal of Political Economy, 88/2, 288-307.

Folland, S./Goodman, A./Stano, M. (1997), The Economics of Health and Health Care, 2nd edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J.

French, H. (1979), Market Power in Health Insurance, Effects on Insurance and Medical Markets, в: Journal of Industrial Economics 28/1, 55- 72.

Fullerton, K./Crawford, V. (1999), The Winter Bed Crisis - Quantifying Seasonal Effects on Hospital Bed Usage, в: Quarterly Journal of Medicine 92, 199-206.

Gabel, J./ Jensen, G. (1989), The Price of State Mandated Benefits, в: Inquiry 26, 419- 432.

Gaynor, M. (1994), Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services, Working Paper, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Gaynor, M./Wilson, D./Vogt, W. (1998), Are the Invisible Hands Good Hands? Moral Hazard, Competition, and the Second Best in Health Care Markets, Working Paper, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Godsen, T./Pedersen, L./Torgerson, D. (1999), How Should We Pay the Doctors? A Systematic Review of Salary Payments and their Effect on Doctor Behavior, in: The Quarterly Journal of Medicine 92, 47- 55.

Hickson, G./Altemeier, W./Perrin, J. (1987), Physician Reimbursement by Salary of Fee-for-Service: Effect on Physician Practice Behavior in a Randomized Prospective Study, в: Pediatrics 80/3, 344-50.

Jegers, M. et al (2002), A Typology for Provider Payment Systems in Health Care, в: Health Policy 60/3, 255- 273.

Jensen, M./Meckling, W.(1976), Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure, в: Journal of Financial Economics 3, 305-60.

Kao, A. et al (2001), Physician Incentives and Disclosure of Payment Methods to Patients, в: Journal of General Internal Medicine 16, 181- 8.

Koepke, J. Klee, G. (1990), The process of quality assurance, в: Arch Pathol Lab Med 114:1136-1139.

Lazear, E. (1998), *Personnel Economics for Managers*, Wiley, New York.

Lee, P./Grumbach, K./Jameson, W. (1990), Physician Payment in the 1990s: Factors that Will Shape the Future, в: *Annual Reviews of Public Health* 11, 297- 318.

Lübker, M., и Schulten, T. (2022), WSI minimum wage policy in Germany and Europe: Towards a new minimum wage policy in Germany and Europe (No. 71e). WSI Report.

Ma, C./McGuire, T. (1997), Optimal Health Insurance and Provider Payment, в: *American Economic Review* 87, 685- 704.

Ma, C./Riordan, M. (2002), Health Insurance, Moral Hazard, and Managed Care, в: *Journal of Economics & Management Strategy* 11/1, 81- 107.

Maher, L. (1994), Total quality management: in its prime or past its peak? в: *Med Lab Observer* 26:22-32.

Maynard, A. (2007), Is Doctor's Self Interest Undermining the NHS?, в: *British Medical Journal* 334, 234.

Mooney, G. (1992), *Economics, Medicine and Health Care*, 2nd edition, Harvester Wheatsheaf, Hertfordshire.

Mooney, G. (1994), *Key issues in Health Economics*, Harvester Wheatsheaf, Hertfordshire.

Pauly, M. (1995), Paying Physicians as Agents: Fee-For-Service, Capitation or Hybrids?, в: *Abbot, T. (1995), Health Care Policy and Regulation*, Kluwer Academic Publishers, Norwell, Massachusetts.

Petersen, L. et al (2006), Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? в: *Annals of Internal Medicine* 145, 265-72.

Plowman, R. et al (2000), *The Socio-Economic Burden of Hospital Acquired Infection, Executive Summary*, PHLS, London, <http://doh.gov.uk/haicosts.htm> .

Potter, T./Palmer, R. (2003), 360- Degree Assessment in a Multidisciplinary Team Setting, в: *Rheumatology* 42, 1404- 7.

Reinhardt, U. (1985), The Theory of Physician-Induced Demand Reflections after a Decade, в: *Journal of Health Economics* 4, 187- 193.

Rice, N./Smith, P. (2000), Capitation and Risk Adjustment in Health Care, в: *Health Care Management Science* 3, 73-5.

Robinson, J. (2001), *Theory and Practice in the Design of Physician*

Payment Incentives, в: The Milkbank Quarterly 79/2, 149- 77.

Rosenthal, М. и кол. (2004), Paying for Quality: Provider's Incentives for Quality Improvement, в: Health Affairs 23, 127- 141.

Rosenthal, М. и кол. (2005), Early Experience with Pay-for-Performance: From Concept to Practice, в: The Journal of the American Medical Association 294/12, 1788- 93.

Schlackman, N. (1993), Evolution of a Quality-based Compensation Model: The Third Generation, в: American Journal of Medical Quality 8/2, 103-10.

Simon, H. (1959), Theories of Decision Making in Economics and Behavioral Science, в: American Economic Review 49, 253-83.

Sloan, F. (1983), Rate Regulation as a Strategy for Hospital Cost Control: Evidence from the Last Decade, в: Milkbank Memorial Fund Quarterly 61, 195- 221.

Snyder, L./Neubauer R. (2007), Pay-for-Performance Principles that Ensure the Promotion of Patient Centered Care - An Ethics Manifesto, Position Paper, American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee, Philadelphia.

Taheri, P. и кол. (2000), Physician Impact on the Total Cost of Care, в: Annals of Surgery 231/3, 432-35.

Telser, L. (1980); A Theory of Self-Enforcing Agreements, в: The Journal of Business 53/1, 27-44.

Tufano, J. et al. (2001), Effects of Compensation Method on Physician Behaviors, в: The American Journal of Managed Care 7/4, 363-73.

Vislie, J. (2001), Incentive Contracts for Public Health Care Provision under Adverse Selection and Moral Hazard, HERO Working Paper 6, Health Economics Research programme at the University of Oslo.

Williams, A. (1988), Economics of Coronary Artery Bypass Grafting, в: British Medical Journal 291, 326- 9.

Williamson, O. (1964) The Economics of Discretionary Behavior: Managerial Objectives in a Theory of the Firm, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. N.J.

Wolf, B. (1998), Incentive-Compatible Change Management, in: Raub, W./Wessie, J./Bruins, J.: The Management of Durable

Relations: Theoretical and Empirical Models for Households and Organizations, Thela Thesis, Amsterdam.

Yosifov, Y. (2007), A Call for Radical Reform: An Analysis of the Bulgarian Health Care System and its Management, *В: South East Europe Review* 2, 109- 117.

Zeckhauser, R. (1970), Medical Insurance: A Case Study of the Trade-off between Risk Spreading and Appropriate Incentives, *В: Journal of Economic Theory* 2, 10- 26.

Книгата не се продава и се разпространява безплатно.

Мотивационно възнаграждение на лекарския персонал

*Българска
Първо издание
Научна монография*

Автор: д-р Йосиф Йосифов Йосифов

Тираж: 300 броя

Формат: 150 / 210 милиметра

Редактор: доц. д-р Дария Крачунова Николиева

Коректор: Камелия Алексиева

Предпечат: „Свят. Наука“

Корица: „Свят. Наука“

Издава: Издателски комплекс „ВУСИ“

(Висше училище по сигурност и икономика)



Д-р Йосиф Йосифов е роден на 10 март 1987 г. Има бакалавърска степен по икономика и мениджмънт от Университет „Ото фон Гьорике“ в Магдебург, Германия (2008 г.) и магистърска степен по бизнес администрация от Международното висше бизнес училище (2010 г.).

През януари 2014 г. защитава дисертация на тема: „Социално-икономически фактори, влияещи върху детската смъртност в балканските страни“ в Медицинския университет в София и получава докторска степен по социална медицина.

Професионалната му кариера започва в Пенсионно-осигурително дружество „Бъдеще“ през 2009 г., където се занимава с анализ на пенсионно-осигурителния пазар. През август 2010 г. е назначен за експерт в Министерството на финансите на РБ, където отново се занимава с анализ на пенсионната, здравната и социалната сфера. През 2014 г. става началник отдел в Министерството на финансите, където работи над анализи на данъчната политика в страната.

В периода декември 2015 – юли 2016 г., работи в Обединеното кралство в SIV Fire Protection Ltd., Лондон, където се занимава със статистически анализ на големи данни от изпитвания и изготвяне на документация за обществени поръчки.

От ноември 2016 г. досега работи като актюер в Комисията за финансов надзор (КФН), където последователно се занимава с анализи на дейността на застрахователния пазар (достатъчност на техническите резерви на (пре)застрахователните дружества и анализ на достатъчността на застрахователните премии) и на осигурителния пазар, в това число с анализ на достатъчността на специализираните резерви на пенсионноосигурителните дружества.

От ноември 2019 г. е главен асистент в Медицинския университет в София, където преподава и води упражнения по лекарствена политика, мениджмънт на информационната и документалната дейност, маркетинг и организация на здравните системи.

Автор е на редица публикации в сферата на социалната медицина, индустриалните отношения, икономиката и сигурността, между които и колективната монография „За корпоративната социална отговорност в сферата на здравеопазването“ (2019 г.).

Владее немски,
испански и английски език.

