



Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

## ФЕДЕРАЦИЯ НА СИНДИКАТИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРИ КНСБ



# АНАЛИЗ СИСТЕМИ И НИВА НА ЗАПЛАЩАНЕ НА РАБОТЕЩИТЕ В СЕКТОР „ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“ В БЪЛГАРИЯ И В СВЕТА

1



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

## 1.ЗДРАВНИТЕ РАЗХОДИ В БЪЛГАРИЯ, ЕВРОПА И СВЕТА

През месец август 2012 г. в анализ на разходите на европейските правителства Евростат отчита, че България е единствената държава-членка на Европейския съюз, в която средствата за здравеопазване като дял от БВП са намалели в периода 2002-2010 г. От приложените данни е видно, че Румъния и Унгария също са намалили разхода си за здраве като дял от БВП, но изчислени на глава от населението средствата там са доста повече.

Евростат отчита, че през 2002 г. страната ни е похарчила 5,3% от БВП за здраве, а през 2010 г. – 4,8% или с 0,5 по-малко. В същото време държавите от ЕС са разходвали средно по 7,5% от БВП за здравеопазване. Най-чувствително са нараснали разходите за здраве в Гърция и Холандия, съответно с 2,5% и 2,8% за периода.

**Таблица №1: Общи разходи за здравеопазване на глава от населението (PPP \$ per inhabitant)**

Държава	2008	2009	2010
САЩ	5 759,70	5 773,80	-
Люксембург	4 285,83	-	-
Норвегия	3 888,21	3 836,13	3 978,49
Швейцария	3 856,79	3 903,67	4 083,49
Нидерландия	3 433,17	3 441,57	3 596,10
Австрия	3 093,78	3 097,35	3 235,08
Дания	3 031,89	3 150,55	3 335,43
Германия	2 992,33	3 049,78	3 221,12
Белгия	2 891,48	2 949,36	3 051,37
Франция	2 817,09	2 870,41	2 967,04
Швеция	2 710,19	2 672,96	2 731,93
Австралия	2 531,69	2 606,92	-
Финландия	2 349,57	2 336,89	2 365,04
Испания	2 239,29	2 265,20	2 276,93
Португалия	1 882,26	1 929,41	2 002,19
Словения	1 782,73	1 749,16	1 764,54
Чешка република	1 398,29	1 537,66	1 414,29
Словакия	1 380,46	1 477,64	1 522,00
Унгария	1 162,34	1 160,49	1 208,18
Естония	1 001,49	995,37	973,19
Литва	973,59	958,77	1 002,18
Полша	905,37	956,56	999,40
Латвия	840,02	750,41	-
България	708,81	-	-
Румъния	634,68	608,44	-

Източник: Eurostat, [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_sha\\_hp&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha_hp&lang=en), 2013.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Общите разходи на България за 2011 г. като дял от БВП са значително по-малки от средноевропейските – 35,2% при средно 49,1% за 27-те държави-членки на ЕС. В тези общи разходи се включват всички средства от централната и местните власти, както и фондовете за социална сигурност, които общо за ЕС са наброявали около 6 200 млрд. евро за 2011 г. или 49,1% от БВП, твърди „Евростат“. По този показател страната ни е на последно място в Евросъюза. В 10 държави-членки размерът на разходите като дял от БВП е бил по-висок от средното за Европа, а сред тях са Дания, Франция, Финландия и Белгия (всички с над 53%). Повече от половината от общите държавни разходи в ЕС са отишли за социална защита (19,9%) и здравеопазване (7,5%), отчита още европейската статистическа служба. В сравнение с 2002 г., от когото датират първите обобщени данни за всички държави-членки, разходите за социална защита, здравеопазване и икономически мерки са нараствали с темпа на БВП, а след 2009 г. и с повече, което може да се обясни с предприети действия в отговор на кризата. „Евростат“ уточнява, че разходите за социална защита включват обезщетенията при заболяване, увреждане и безработица, майчинските и пенсиите, и др. Най-висок е делът на тези разходи в Дания (25,4%), Франция (24,2%) и Финландия (23,9%). У нас те възлизат на 13,4% от БВП.

Здравеопазването е вторият сектор по размер на разходите в Европа със 7,5% от БВП или 14,7% от общите държавни разходи. Делът на харчовете за здравния сектор е най-висок в Дания и Ирландия – 8,5% от БВП. България е на опашката по този показател, а след нас остават само Кипър (3,3%), Латвия (4,3%) и Румъния (3,6%). Страната ни вероятно би била в още по-неизгодно положение, ако се разглеждаха данните за 2011 и 2012 г., когато средствата за здраве като дял от БВП паднаха до около 4%. Както е видно от данните на „Евростат“, тенденцията в Европа е точно обратната.

Ако изобщо има сектор, който може да съперничи на здравеопазването по степен на ощетеност, това е образованието. В 27-те държави от ЕС държавните разходи за образование са нараствали със сходни темпове в периода 2002-2010 г., като са се покачили от 5,2% до 5,5% от БВП, отчита „Евростат“. У нас обаче те са едва 3,8% и запазват дела си от 2002 г. Данните на „Евростат“ дават отговор и на въпроса за какво всъщност харчи парите си България, щом остава встрани от европейската тенденция за ръст на социалните разходи.

3



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Страната ни дава повече от средното за Европа за икономически дейности – 5,1% от БВП при 4,7% за ЕС. За изненаданите „Евростат“ уточнява, че в икономическите дейности се включва и изграждането на транспортни и инфраструктурни обекти.

България дава повече от средното за Европа за отбрана (1,8% от БВП при средно 1,6% за ЕС), както и за обществен ред и сигурност (2,7% при 1,9% за ЕС). „Евростат“ уточнява, че в понятието „отбрана“ включва военна и гражданска защита, а в „обществен ред и сигурност“ – дейността на полицията, пожарните служби, съдилищата и затворите. В това отношение страната ни е на първо място в Евросъюза, наред със Словакия.

Евростат отчита, че през 2002 г. страната ни е похарчила 5,3% от БВП за здраве, а през 2010 г. – 4,8% или с 0,5 по-малко. В същото време държавите от ЕС са разходвали средно по 7,5% от БВП за здравеопазване. Най-чувствително са нараснали разходите за здраве в Гърция и Холандия, съответно с 2,5% и 2,8% за периода.

Общите разходи на България за 2011 г. като дял от БВП са значително по-малки от средноевропейските – 35,2% при средно 49,1% за 27-те държави-членки на ЕС. В тези общи разходи се включват всички средства от централната и местните власти, както и фондовете за социална сигурност, които общо за ЕС са наброявали около 6 200 млрд. евро за 2011 г. или 49,1% от БВП, твърди „Евростат“. По този показател страната ни е на последно място в Евросъюза. В 10 държави-членки размерът на разходите като дял от БВП е бил по-висок от средното за Европа, а сред тях са Дания, Франция, Финландия и Белгия (всички с над 53%). Повече от половината от общите държавни разходи в ЕС са отишли за социална защита (19,9%) и здравеопазване (7,5%), отчита още европейската статистическа служба. В сравнение с 2002 г., от когато датират първите обобщени данни за всички държави-членки, разходите за социална защита, здравеопазване и икономически мерки са нараствали с темпа на БВП, а след 2009 г. и с повече, което може да се обясни с предприети действия в отговор на кризата. „Евростат“ уточнява, че разходите за социална защита включват обезщетенията при заболяване, увреждане и безработица, майчинските и пенсиите, и др. Най-висок е дялът на тези разходи в Дания (25,4%), Франция (24,2%) и Финландия (23,9%). У нас те възлизат на 13,4% от БВП.

Здравеопазването е вторият сектор по размер на разходите в Европа със 7,5% от БВП или 14,7% от общите държавни разходи. Дялът на харчовете за здравния сектор е най-висок в

4



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Дания и Ирландия – 8,5% от БВП. България е на опашката по този показател, а след нас остават само Кипър (3,3%), Латвия (4,3%) и Румъния (3,6%). Страната ни вероятно би била в още по-неизгодно положение, ако се разглеждаха данните за 2011 и 2012 г., когато средствата за здраве като дял от БВП паднаха до около 4%.

В 27-те държави от ЕС държавните разходи за образование са нараствали със сходни темпове в периода 2002-2010 г., като са се покачили от 5,2% до 5,5% от БВП, отчита „Евростат“. У нас обаче те са едва 3,8% и запазват дела си от 2002 г.

Данните на Евростат дават отговор и на въпроса за какво всъщност харчи парите си България, щом остава встрани от европейската тенденция за ръст на социалните разходи. Страната ни дава повече от средното за Европа за икономически дейности – 5,1% от БВП при 4,7% за ЕС. За изненаданите „Евростат“ уточнява, че в икономическите дейности се включва и изграждането на транспортни и инфраструктурни обекти.

България дава повече от средното за Европа за отбрана (1,8% от БВП при средно 1,6% за ЕС), както и за обществен ред и сигурност (2,7% при 1,9% за ЕС). В понятието „отбрана“ се включва военна и гражданска защита, а в „обществен ред и сигурност“ – дейността на полицията, пожарните служби, съдилищата и затворите. В това отношение страната ни е на първо място в Евросъюза, наред със Словакия.

Здравеопазването е една от най-ресурсоемката дейност която, за да функционира оптимално потребява не по-малко от 8% от Брутният вътрешен продукт (БВП). Публичните здравни разходи като част от общите разходи – отразяват дейността на обществените източници на финансиране (от държавен и местни бюджети и социално здравно осигуряване), които гарантират достъпността на здравните услуги; необходимо е те да доминират в общата структура на източниците и да надхвърлят 70 %.

България заделя най-малко финансови средства за здравеопазване като част от БВП (%) и като абсолютен размер (на глава от населението) в посочените европейски държави. В структурата на разходите България е на първо място по относителен дял на частните (непубличните) разходи. Частните плащания са близо 45.5% от всички плащания, а публичните плащания са 54.5%, изчислени според цитираните по-горе данни от Eurostat, Eurostat regional yearbook 2011, Health.





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

## II. ФИНАНСОВИТЕ СРЕДСТВА НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

За 2013 г. финансовата рамка на задължителното здравно осигуряване е утвърдена чрез Закона за бюджета на НЗОК за 2013 г. (ЗБНЗОК) и определя финансовите средства за здравноосигурителните плащания на определени в същия закон медицински и дентални дейности.

Законът за бюджета на НЗОК е финансов план, който се приема от народното събрание и се утвърждава с Указ на Президента на Р България. ЗБНЗОК определя и фиксира средствата за здравеопазване, заплащани от НЗОК през 2013 г.

Приетият бюджетът на НЗОК през 2013 г. по приходите и трансферите на обща сума 2 710 276 хил. лв., както следва (Таблица №2):

**Таблица №2:** Приходи и трансфери в бюджета на НЗОК за 2012 и 2013 г. (в хил. лв.)

№	Показатели	Сума 2012 г.	Сума 2013 г.
<b>I.</b>	<b>ПРИХОДИ И ТРАНСФЕРИ – ВСИЧКО</b>	<b>2 633 730</b>	<b>2 710 276</b>
1.	Здравноосигурителни приходи	2 614 779	2 690 326
1.1.	Здравноосигурителни вноски	1 673 653	1 749 200
1.2.	Трансфери за здравно осигуряване	941 126	941 126
2.	Приходи и доходи от собственост	20	20
3.	Глоби, санкции и наказателни лихви	13 501	14 500
4.	Други неданъчни приходи	30	30
5.	Получени трансфери от МЗ за финансиране на разходите по чл. 82, ал. 1, т. 2 и ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (+)	3 400	5 400
6.	Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за ваксини по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка за определена популация по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (+)	2 000	-

Приетият бюджетът на НЗОК през 2013 г. по разходите и трансферите на обща сума 2 710 276 хил. лв., както следва (Таблица №3):

6



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

**Таблица №3: Разходи и трансфери в бюджета на НЗОК за 2013 г. (в хил.лв.)**

№ по ред	Показатели	Сума
<b>II.</b>	<b>РАЗХОДИ И ТРАНСФЕРИ – ВСИЧКО</b>	<b>2 710 276</b>
<b>1.</b>	<b>Разходи</b>	<b>2 707 186</b>
<b>1.1.</b>	<b>Текущи разходи</b>	<b>2 431 153</b>
<b>1.1.1.</b>	<b>Разходи за персонал</b>	<b>28 837</b>
<b>1.1.2.</b>	<b>Издържка на административните дейности</b>	<b>18 805</b>
<b>1.1.3.</b>	<b>Здравноосигурителни плащания</b>	<b>2 383 511</b>
<b>1.1.3.1.</b>	<b>здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ</b>	<b>176 000</b>
<b>1.1.3.2.</b>	<b>здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ</b>	<b>178 000</b>
<b>1.1.3.2.1.</b>	<b>в т.ч. амбулаторно проследяване на болни с психични заболявания и амбулаторно проследяване на болни с кожно-венерически заболявания</b>	<b>1 000</b>
<b>1.1.3.3.</b>	<b>здравноосигурителни плащания за дентална помощ</b>	<b>106 500</b>
<b>1.1.3.4.</b>	<b>здравноосигурителни плащания за медико-диагностична дейност</b>	<b>71 500</b>
<b>1.1.3.5.</b>	<b>здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти</b>	<b>534 000</b>
<b>1.1.3.5.1.</b>	<b>в т.ч. лекарствени продукти и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение</b>	<b>497 000</b>
<b>1.1.3.5.2.</b>	<b>в т.ч. ваксини за задължителни имунизации и реимунизации</b>	<b>35 000</b>
<b>1.1.3.5.3.</b>	<b>в т.ч. за финансиране на разходите за ваксини и дейности по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка за определена популация по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето</b>	<b>2 000</b>
<b>1.1.3.6.</b>	<b>здравноосигурителни плащания за медицински изделия</b>	<b>70 000</b>
<b>1.1.3.7.</b>	<b>здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ</b>	<b>1 189 511</b>
<b>1.1.3.7.1.</b>	<b>в т.ч. за акушерска помощ за всички здравно неосигурени жени</b>	<b>3 400</b>
<b>1.1.3.7.2.</b>	<b>в т.ч. за диализа при терминална бъбречна недостатъчност</b>	<b>70 000</b>
<b>1.1.3.7.3.</b>	<b>в т.ч. за диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания</b>	<b>15 000</b>
<b>1.1.3.7.4.</b>	<b>в т.ч. за лекарствена терапия при злокачествени заболявания</b>	<b>90 000</b>
<b>1.1.3.7.5.</b>	<b>в т.ч. за интензивно лечение</b>	<b>40 000</b>
<b>1.1.3.7.6.</b>	<b>в т.ч. за асистирана репродукция</b>	<b>15 000</b>
<b>1.1.3.7.7.</b>	<b>в т.ч. за високоспециализирана диагностика PET/CT и за роботизирана лапароскопска хирургия</b>	<b>9 000</b>
<b>1.1.3.8.</b>	<b>други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ</b>	<b>58 000</b>
<b>1.1.3.8.1.</b>	<b>в т.ч. здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална</b>	<b>58 000</b>

7



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

	сигурност	
1.2.	Придобиване на нефинансови активи	7 000
1.3.	Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи	269 033
2.	Предоставени трансфери на Националната агенция за приходите по чл. 24, т. 6 от ЗЗО и към бюджетни предприятия.	3 090

**Таблица №4:** Сравнение по финансови параметри на здравноосигурителните плащания по видове здравна помощ съгласно ЗБНЗОК за 2010, ЗБНЗОК за 2011, ЗБНЗОК за 2012 г. и ЗБВЗОК за 2013 г. в хил. лв.

Вид здравна помощ	2010	2011	2012	2013
<b>Здравноосигурителни плащания:</b>	<b>1 859 932</b>	<b>1 974 520</b>	<b>2 214 520</b>	<b>2 383 511</b>
за първична извънболнична медицинска помощ	157 000	169 000	169 000	176 000
за специализирана извънболнична медицинска помощ	154 000	171 000	171 000	178 000
в т.ч. амбулаторно проследяване на болни с психически и с кожно-венерически заболявания	-	-	-	1 000
за дентална помощ	91 000	94 000	101 394	106 500
за медико-диагностична дейност	61 000	71 500	71 500	71 500
здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти	347 000	391 000	495 525	534 000
в т.ч. за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели	347 000	391 000	495 525	497 000
в т.ч. за ваксини	-	-	-	35 000
в т.ч. за финансиране на разходите за ваксини по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка	-	-	-	2000
за медицински изделия	-	-	-	70 000
за болнична медицинска помощ	1 016 932	958 020	1 168 876	1 189 511
в т.ч. за акушерска помощ за всички здравно неосигурени жени	4 500	4 500	3 400	3 400
в т.ч. за финансиране на разходите за ваксини по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка	-	-	2 000	-
в т.ч. за диализа при терминална бъбречна недостатъчност	-	-	57 584	70 000
в т.ч. диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания	-	-	40 000	15 000
в т.ч. за лекарствена терапия	-	-	57 584	90 000
в т.ч. за интензивно лечение	-	-	-	40 000
в т.ч. за асистирана репродукция	-	-	-	15 000
в т.ч. за високоспециализирана диагностика РЕТ/СТ и за роботизирана лапароскопска хирургия	-	-	-	9 000
други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ			37 225	58 000
в т.ч. за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност	-	-	37 225	58 000

8



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)







Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Здравноосигурителната вноска за 2012 г. се запазва в размер 8 на сто.

Като цяло е увеличен размера на здравноосигурителните плащания с 7.63% или с близо 169 млн. лв. Средствата за първична и специализирана извънболнична помощ са увеличени с по 4%. Медико-диагностичната дейност ще разчита на същите средства, както и миналата година, а при денталната дейност увеличението е с малко над 5%. При заплащане на лекарствени продукти е предвидена сумата от 534 млн. лева, но в нея са включени и ваксини, които до 2013 г. се заплащаха от МЗ, а също и медицински изделия, прилагани в болничната помощ. Сумата за домашно лечение с лекарства, и диетични храни за специални медицински цели е намалена с около 1.5 млн. лева, но медицинските изделия, ползвани в домашни условия са извадени от тази група и са включени заедно с тези прилагани в болнични условия с общата сума 70 млн. лв.

За болнична медицинска помощ финансовите средства са увеличени общо с 20.63 млн. или общо с 1.77%, но в общата сума за този вид помощ се включват нови дейности, които досега са заплащани от МЗ - интензивно лечение, асистирана репродукция, роботизирана лапароскопска хирургия и високоспециализирана нуклеарна диагностика с PET/CT. Сумата, предвидена за новите за НЗОК болнични дейности възлиза на 64 млн. лв., от което следва, че всъщност се формира занижаване на средствата в областта на болничните дейности, заплащани досега от НЗОК в размер на 43.37 млн. лв.

### **III. УПРАВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВИТЕ СРЕДСТВА В СИСТЕМИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ЕВРОПА И СВЕТА**

#### **Финансиране. Определение**

**Финансирането на здравната помощ не е само процедура на заплащане, а би следвало да се разглежда като обществено организирана, нормативно утвърдена и държавно и обществено контролирана система, която включва:**

1. набиране на средства,
2. разпределение,
3. заплащане на доставчици на услуги





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

**Неотменим и задължителен елемент на тази система е необходимо да бъде и публичното отчитане и анализ на здравния ефект от разходвания ресурс.**

## 1. Набиране на средства

В Европа има два основни модела на финансиране. Първият от тях е осигурителният модел (публично задължителен), а вторият е базиран на приходи от данъци. И при двата модела съществуват разпоредби за различни нива на доброволно осигуряване.

Една от системите за класифициране на моделите на финансиране на здравеопазването може да се намери в публикация на ОИСР, в които се прави разлика между няколко модела:

- доброволен с кешови заплащания, out-of-pocket;
- доброволен с възстановяване;
- обществен модел на възстановяване на разходите;
- доброволен с договаряне;
- публичен с договаряне;
- доброволен интегриран;
- публичен интегриран модел.

Източник: OECD: The Reform of Health Care. A comparative, Analysis of seven OECD Countries, pp. 19-29, Paris, 1992.

## 2. Методите на финансиране се обобщават в три групи:

- **ретроспективни** – осигурителите компенсират доставчиците за всички извършени извършени разходи;
- **проспективни** – тук се отнасят няколко метода, общото между е, че финансирането на болничните заведения се базира на предварително изготвени разчети – глобални бюджети, плащане на услуга, плащане на леглоден, плащане на случай, комбинация от капитация и глобални бюджети.
- **смесени**





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

### 3. Модели на системи за финансиране

В света няма система, която да е изградена на основата само на един начин на финансиране, както и няма страна, в която да съществува пълна удовлетвореност от страна на пациентите от механизмите на заплащане за медицинска и дентална помощ. В ЕС и в други страни обаче постоянно се анализират и публикуват данни каква е ползата от съответното финансиране и как то влияе върху здравния статус на населението.

**Моделите за финансиране** на здравеопазната система в **теоритичен план** представят възможните механизми за покриване на разходите. В **практически план** те трябва се разглеждат като част от инструментариума на дадено общество да покрива разходите в зависимост от ресурса, който е заделен за здравеопазване и същевременно да бъдат и пътеводител на здравните политики и експертите за развитие на системата.

#### 3.1. Според финансирането на обема на предоставените дейности системите биват:

- **Отворена система** - финансовите приходи са в пряка зависимост от обема (количеството) на видовете извършени дейности. Тези системи стимулират висока продуктивност и ефективност, но не възможно да се контролират здравните разходи, което води до диспропорции в общественото финансиране. Нещо повече тези системи стимулират изпълнителите на услуги изкуствено да завишават предлагането им, чрез генериране на нови потребности на гражданите - предписват се медицински продукти, изпращат се за изследвания и т.н. В здравеопазването съществува деформация в търсенето, породена от дефицит и асиметрия на информацията. Пациентът не е добре информиран за своето състояние и не знае точно какви здравни услуги са му необходими т.е. за него здравната помощ е източник на информация.

Едновременно с това тази система на финансиране на болниците дава възможност за получаване на приходи в болничната помощ за всеки един пациент, преминал през стационара, независимо от тежестта на състоянието при хоспитализация и резултите от лечението. Принципът „повече пациенти - повече приходи“ изключва качеството и резултата като основни фактори за здравна и икономическа ефективност.





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

- **Затворена система** - нарастването на обема дейност не носи допълнително финансиране. Разновидност на тази система е „падащото“ (прогресивно намаляващото) като размер заплащане за всеки следващ допълнителен случай над договореното.

**3.2. Според времевия момент на определяне на размера на финансирането се различават:**

- **Ретроспективни системи** - размерите на финансирането (конкретните суми) се определя след приключване на лечебния процес. Тези системи носят несигурност за самия изпълнител, тъй като практически е невъзможно да се контролират направените разходи и да се планират предварително.
- **Проспективни системи** - заплащането за определен вид обслужване е предварително фиксиран. При тези системи предварително са фиксирани цени, вноски, приходи и се въвеждат ограничения в обема на извършваната дейност.
- **Смесени** – съдържат компоненти от двете предишни.

#### **4. Заплащане на здравните услуги в различните нива на здравната помощ**

##### **4.1. Методи на финансиране на извънболничната медицинска помощ**

Финансирането на първичната помощ по отношение на медицинските специалисти, работещи в нея се извършва по няколко метода, основните от които са:

- **Капитационно плащане:** плащане на определена предварително сума на записан в списъка на лекаря пациент;
- **Такса за услуга:** плащане за определена предварително дефинирана медицинска дейност (услуга), предоставена на пациента;
- **Заплата:** плащане на определена сума на определен период от време - месец /седмица на медицинските специалисти, които са наети по договор към дадена структура (най-често към държавата);
- В много ограничени случаи се прилага глобален бюджет за финансиране на извънболничната помощ – предимно, когато дейността е организирана в групова практика или центрове;

12



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

- В повечето страни по света се наблюдава комбинация от различни методи (смесен модел на финансиране) при заплащането на лекарите в извънболничната помощ. По този начин в максимална степен се използват различните стимули за дейността на медицинския персонал.

#### 4.2. Финансово участие на осигурените лица при потребление на здравни услуги в извънболничната помощ

Таблица № 5: Участие на здравноосигурените лица при заплащането на здравни услуги

	ОПЛ	Специалисти	Освобождаване, отстъпки или лимитиране
<b>Германия</b>	Такса от 10 € на тримесечие при първата консултация (считано от 2004 година)		Безплатно за децата и за лица, включени в програми за здравна превенция. Ограничаване до 1% от доходите за хронично болните и 2% за останалите здравно осигурени лица (от 2004 година)
<b>Австралия</b>	15% на консултация	25% на външна консултация в болница	Ограничен размер на доплащането
<b>Австрия</b>	Такса от 3,6 € за първата консултация през тримесечието и 20% на консултация Такса от 4,25 € за всеки медицински документ		Безплатно за децата, пенсионерите, лицата с ниски доходи и хронично болните
<b>Белгия</b>	30% на консултация и 35% на посещение	46% на консултация	10% за социално слабите («преференциален режим») Лимитиране на остатъка за доплащане в рамките на «максимум за фактуриране» (между 450 € et 2.500 € в зависимост от доходите)
<b>Канада</b>	Няма участие.		
<b>Дания</b>	Няма участие при консултация от личния лекар (médecin référent). Участие на пациентите от категория 2, които свободно избират своя лекар.		
<b>Испания</b>	Няма участие.		
<b>САЩ</b> Медицезър	Франшиз от 100 \$ (покриваща ОПЛ и специалистите) и още 20% на консултация (50% за психиатрична помощ)		
Предпочитан изпълнител на медпомощ	Франшиз от 150 \$ (покриваща ОПЛ и специалистите) и още 10% на консултация		
<b>Финландия</b>	В медицинските центрове на всеки 12 месеца (по избор на общините) : 11 € на консултация за първите три консултации и безплатно за повече от три (Участието се отнася също и за био-медицинските изследвания, както и за рентгенологията.)		Горен лимит на доплащането до 589 € в публичния сектор Безплатно за деца до 15 години и за превантивната помощ

13



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

	В болниците: 22 € за външна консултация Частни лекари: 40% на консултация (13 € на консултация, дейност или назначено изследване и 25% над този дял)		
<b>Франция</b>	30% на консултация или посещение	30% на консултация или посещение	Безплатно за пациенти в ALD и социално слаби (CMUC)
<b>Гърция</b>	Никакво участие.		
<b>Исландия</b>	14 € на консултация и 21 € на посещение	18 € на консултация и 40% добавка, до максимум 63 €	Лимит върху остатъка за доплащане до 150 € на едно лице (75 € за децата от едно семейство и 38 € за пенсионерите)
<b>Италия</b>	Никакво участие.	До 36 € на консултация (Същото участие се отнася за дейността на масажистите кинезитерапевти, за балнеотерапията и за биомедицинските изследвания.)	Безплатно за деца до 6 години, възрастни над 65 год., безработни с ниски доходи, пенсионери с минимална пенсия и социална пенсия, инвалиди трудоустроени, лица страдащи от много тежки заболявания.
<b>Япония</b>	Между 20% (за зетите) и 30% (за пенсионерите и независимите?) на консултация		
<b>Люксембург</b>	В течение на 28 дни: 20% за първата консултация и 5% за следващите		
<b>Норвегия</b>	13 € на консултация	22 € на консултация	Лимит върху разликата за доплащане до 175 € годишно за един осигурен (безплатно за деца до 7 години и включване на децата между 7 и 16 години в лимита на единия от двамата родители)
<b>Нова Зеландия</b>	Между 7,75 и 17 € на консултация в зависимост от възрастта и доходите на осигуреното лице	Никакво (болница)	
<b>Холандия</b>	Никакво за осигурените в публичните каси (70% от осигурените). Осигурените в частните каси (30%) могат да избират размера на своето пряко участие (осигурителен договор).		
<b>Великобритания</b>	Никакво участие.		
<b>Швеция</b>	Между 11 и 16 € на консултация	Между 17 и 28 € на външна	Безплатно за деца до 18 год., ползвачи

14



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

		консултация в болница.	бърза медицинска помощ. Лимит на остатъка за доплащане до 99 € на година.
<b>Швейцария</b>	Франшиз от 156 € до 1020 € по избор на осигурените и 10% допълнително на консултация	Безплатно за деца под 18 год. Лимит на 10%-ното дялово участие до 408 €.	

**Източник :** Европейската комисия, Европейската обсерватория за системите на здравеопазване, ОИСР, Националните режими на здравно осигуряване, 2007 г.

#### 4.3. Болнична помощ. Методи на финансиране на болничната медицинска помощ

Според единицата мярка, на основание на която се заплаща основните системи за заплащане на болнична помощ, прилагани в различните страни са следните:

**Заплащане за вид услуга/манипулация/процедура** - заплаща се по цени за всеки отделен вид извършена услуга - например за преглед, лечение на определено заболяване, инструментално изследване и всяка единица дейност. При тази система се прилага списък с процедури и съответните цени. Видът и броят процедури обикновено се договарят.

- **Заплащане за леглоден** - широко прилагана за стационарни звена, които получават определена сума за цялостно обслужване на база всеки леглоден на преминалите болни. Финансирането зависи от продължителността на престоя.

- **Заплащане на глава от населението (капитация)** - болниците получават фиксирана сума или капитация за комплексен пакет със здравни услуги за всеки обслужван или записан жител или брой население от съответния регион. Този метод се използва и за определяне на регионални бюджети или за определяне на бюджетите на посреднически финансиращи организации. Разпределението на финансовия риск зависи от начина на определяне и критериите за размера на капитационната сума. В случаите, когато не зависи от здравословното състояние, възрастта и пола на пациентите рискът се поема от доставчика на услуги, а в случаите на диференцирани цени или различно ниво на капитацията – от осигурителя

- **Заплащане за случай или единица прием** - лечебните заведения получава финансиране по фиксирани или фактически цени за цялостното лечение и болничен престой на пациента.





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Системата е много по-адекватна и прецизна като покриване на разходи, защото се базира на постоянни изчисления и комплексна оценка на реално извършена болнична дейност.

Системата „заплащане за случай“ притежава някои предимства пред предходните системи - стимулира по-ефективно използване на ресурсите и режим на икономии.

„Кейс-микс“ подходът и Диагностично-свързаните групи (ДСГ), които са част от системата на заплащане на случай се използват в следните направления:

- За финансиране на здравни заведения по фиксирани цени за всяка отделна ДСГ или за заплащането от НЗОК на лечебните заведения за болнична помощ фиксирани суми за лечение на болни за 298 клинични пътеки.

- За разпределение на лимитирани обществени ресурси между здравните заведения въз основа на индивидуални за всяка болница и национални кейс-микс индекси – ДСГ.

- За подобряване на управлението на лечебните заведения – планиране на ресурси, контрол на разходите, дейността и здравните резултати.

- За разработване на стандарти за качество на здравното обслужване

- **Общ бюджет** - при тази система лечебните заведения (всяко лечебно заведение за болнична помощ) получават определени (лимитирани) финансови средства за задоволяване на всички свои нужди за даден период. Предимствата на тази система са свързани с простотата ѝ и с възможността за контрол на здравните разходи. Едновременно с това притежава редица недостатъци – недофинансиране или нереално финансиране; липсва мотивация за по-висока продуктивност и качество и пр.

- **Заплащане по бюджетни параграфи** – методът беше широко прилаган в страните от бившия социалистически блок. Определя се бюджет по отделни параграфи (счетоводни пера) – медикаменти, консумативи, персонал, храна, енергоносители и др. Разпределението на бюджета се извършва на базата на този от предишната година, коригиран с официалната инфлация, между групите разходи има ограничено преразпределение или липсва такова, разходите за заплати, лекарства и храната се покриват приоритетно пред другите разходи.

**Заплащане по клинична пътека** е разновидност на финансиране на преминал случай. По същество заплащането по клинична пътека е заплащане за болничен случай







Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

(пациент, преминал през стационара на лечебното заведение), при който е изпълнен диагностично-лечебния алгоритъм на точно определена пътека. Единствената страна, за която има информация, че се прилага този модел е България.

В България клинични пътеки с включени в тях диагностично-лечебни алгоритми се разработиха през 2000 – 2001 година със съдействието на австралийски консултант – Дон Хиндъл. За първи път клинични пътеки са договорени и включени в Национален рамков договор за 2001 година.

#### 4.4.Преглед на финансирането на болничната помощ в ЕС и света

Разходите, направени за болнични услуги е исторически е един от най-големите дялове от общите здравни разходи за по-голямата част от страните в Европа и в други страни. Според OECD (ОИСР), болнични разходи представляват средно около една трета от общите разходи за здравни грижи в европейските страни от ОИСР през 2008г., вариращи от 26.7% в Словакия до 46,9% в Швеция (Cylus J. and R. Irwin, The challenges of hospital payment systems, Euro Observer, V. 12, N. 3, Autumn, 2010, European Observatory on Health Systems and Policies). В някои страни от европейския регион-напр. България, Румъния и др., както и особено в страните от ОНД, болничните разходи като дял от общите разходи са много над 70%.

Предвид факта, че болниците продължават да се консумират значителен дял от ресурсите за здраве е очевидно, че здравната политика трябва да се фокусира върху нови стратегии за заплащане и да се гарантира, че здравните грижи се предоставят с необходимото качество и ефективност.

**Таблица №6:** Болнични разходи в някои европейски страни и механизми на заплащане

Държава	Болнични разходи като % от общите разходи за здраве	Болнични разходи на глава от населението в US \$	Система на заплащане на болнична помощ с публични средства
Австрия	38.8	1393	Заплащане на случай – DRG (47%) + ретроспективно реимбурсиране на разходи (48%)
Белгия	31.2	1147	Заплащане на случай (45%) + заплащане за процедура (41%) + заплащане за лекарства (14%)
Чешка Република	45.8	796	Проспективен глобален бюджет (75%) + заплащане на случай (15%) + заплащане на

17



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

			процедура (8%)
Дания	46.2	1567	Проспективен глобален бюджет (80%) + заплащане на случай – DRG (20%)
Естония	46.5	563	Заплащане, базирано на случай
Финландия	35.3	1010	Заплащане на случай – DRG
Франция	35.0	1259	Заплащане на случай – DRG
Германия	29.4	1061	Глобален бюджет и заплащане на случай – DRG
Унгария	33.1	463	Заплащане на случай – DRG
Исландия	40.6	1363	Проспективен глобален бюджет
Люксембург	33.4	1322	Проспективен глобален бюджет
Нидерландия	37.0	1378	Регулиран глобален бюджет (80%) + заплащане на случай – DRG (20%)
Норвегия	38.2	1613	Проспективен глобален бюджет (60%) + заплащане за процедура (40%)
Полша	34.5	391	Заплащане на случай – DRG
Португалия	37.5	796	Проспективен глобален бюджет
Словакия	26.7	442	Заплащане на случай – DRG
Словения	41.6	918	Глобални бюджети и заплащане на случай
Испания	39.8	117	По бюджетни параграфи (Line-item budget)
Швеция	46.9	1545	Заплащане на случай – DRG (55%) + глобален бюджет
Швейцария	35.1	1567	Заплащане на случай – DRG (2/3 от кантоните) + глобален бюджет
Великобритания	n/a	n/a	Заплащане на случай – DRG (70%) + глобален бюджет (30%)

Източници: OECD Health Data 2010; Paris V, Devaux M, Wei L. OECD Health Working Papers No. 50, *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. Paris, 2010; Thomson S, Foubister T, Mossialos, E. *Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

В недалечното минало в повечето европейски страни са практикувани системи като глобални фиксирани бюджети, за прием на пациенти на база брой хоспитализирани случаи или заплащане за леглоден, които насърчава различни подходи към предоставяната болнична помощ. Опитът при различните системи показва, че заплащането на брой хоспитализирани увеличава приема в болниците, докато фиксираните плащания стимулират удължаване на престоя. При едновременното прилагане на двете системи болниците стават по-печеливши от увеличаване на своя капацитет и намаляване на количеството ресурси на един пациент. Глобалните фиксирани бюджети могат да мотивират предоставянето на болнични услуги, но те могат да стимулират доставчиците на тези услуги към по-ефективна обслужване с цел недопускане на загуба на фиксирани ресурси. От друга страна в някои държави, в които средствата за болниците са разпределени несъразмерно в сравнение с останалите структурни

18



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

сектори на предоставяне на здравни услуги са наблюдавани тенденции, като хоспитализиране на пациенти без необходимите индикации за болнично лечение.

Посочените системи не отразяват различната консумация на ресурси, свързана с диагностиката и лечението на различни видове пациенти. По тази причина, както и за ограничаване на ескалацията на разходите и предоставянето на услуги с необходимото качество и ефективност в повечето страни в Европа са въведени системи за заплащания на база преминал случай.

Различните системи влияят по различен начин върху процеса на предоставяне на здравни услуги.

**Таблица №7:** Сравнителен анализ на параметрите, предимствата и недостатъците при различните форми на заплащане

Система на заплащане	Производителност и брой на услугите	Удовлетворяване на пациентски потребности	Качество на процеса	Качество на резултатите	Простота на администрирането и финансова устойчивост
Глобален бюджет	-	-	-	0	+
На леглоден	+	0	0	-	+/-
На услуга	+	+	-	-	-
На диагноза	+/-	-	-	-/0	-/0

Източник: ABC of DRGs – the European Experience, Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH, A Pan-Canadian Dialogue, November, 2010.

За да се справят с високите разходи за растеж, през 1983 г. в САЩ са разработена проспективна система на заплащания (Prospective Payment System, PPS) на база болнични случаи, при които платежните системи са ориентирани към категоризиране на болнични интервенции в съответствие с тяхната интензивност, клинични и някои други характеристики на пациентите, които попадат в тези групи. Всеки епизод на грижи са групирани в това, което обикновено се нарича диагностично-свързани група/и (ДСГ).

Системата е създадена от Робърт Баркли Fetter и Джон Томпсън в Йейлския университет с материалната подкрепа на бившия център за финансиране на здравеопазването HCFA, който вече се нарича „Центрове за Medicare и Medicaid услуги“ (CMS). DRGs за първи път са приложени в Ню Джърси през 1980 г. с малък брой болници разделени в три групи в зависимост от бюджетните им позиции - излишък, праговете и дефицит.

17



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Като цяло, ДСГ системите (The challenges of hospital payment systems, Jonathan Cylus and Rachel Irwin, Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Autumn 2010, V. 12, N. 3) за заплащане на болниците се състои от две основни елемента: (1) класификационна система на пациента (т.е. системата на ДСГ), и (2) заплащане - нов ценови механизъм, който определя разходите по тежести или цените на ДСГ. Чрез свързаното с клиничните характеристики на пациентите потребление на ресурси ДСГ осигуряват мярка за болничната дейност, или с други думи, те определят болничните продукти.

#### 4.5. Споделено участие на населението в кешови заплащания на болнични разходи

**Таблица №8:** Участието на пациентите в покриване на болничните разходи в някои държави

<b>Австрия</b>	Такси не повече от 10 € / ден
<b>Белгия</b>	12.30 € / ден (за обща болнична стая)
<b>България</b>	Такса 2% от минималната работна заплата и не повече от 10 дни на година
<b>Кипър</b>	Размерът на таксите за болничен престой зависи от професионалната категория. Военни и медицински персонал са освободени от такси.
<b>Чешка Република</b>	Няма
<b>Дания</b>	Няма
<b>Естония</b>	1.60 € / на ден за период не повече от 10 дни. Няма участие за интензивни грижи, при бременност и раждане и за лечение на деца.
<b>Финландия</b>	26 € / дневно. При дългосрочни грижи – продължително лечение повече от 3 месеца се заплаща, но не повече от 80% от нетния месечен приход на пациента
<b>Франция</b>	Участие в разходите за всяко осигурено лице: 20% от разходите за престоя и фиксирана такса болница от 16 € / ден.
<b>Германия</b>	10 € / дневно за максимално 28 дни (за обща болнична стая)
<b>Гърция</b>	Няма участие
<b>Унгария</b>	През 2008 таксата от 4.80 € / дневно е премахната
<b>Ирландия</b>	Категория I (пълно допустимост): няма участие. Категория II (ограничена допустимост на разходите) участие от 60 € / нощ за не повече от 600 € за 12 последователни месеца. Хоспитализацията чрез службите за спешна помощ, без официално уведомяване се заплаща с до € 60 участие.
<b>Италия</b>	Няма участие
<b>Латвия</b>	Пациентското участие зависи от категорията на болницата: - местни общоболнична помощ: 4.31 € на ден; - регионално общоболнична помощ: 7.18 € на ден; - специализирана болнична помощ: 5.75 € / ден.

20



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Литва	Няма участие за осигурени пациенти
Люксембург	11.74 € / ден за не повече от 30 дни
Малта	Няма участие
Холандия	Няма участие за болничен престой в стандартни стаи
Полша	Няма участие
Португалия	Няма участие
Румъния	Няма участие
Словакия	1.32 € / дневно за не повече от 21 дни. При хронични заболявания няма ограничения в престоя
Словения	До 25% от болничните разходи
Испания	Няма участие
Швеция	8.51 € /дневно
United Kingdom	Няма участие

## IV. УПРАВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

### 1. Вътрешни източници на финансови средства

**1.1. Основен източник** за финансиране на болничната помощ е **населението (гражданите)** в Р България, което на основание на обществено приети и нормативно утвърдени механизми заплаща за своето здраве.

**1.2. Работодатели** - по правила и механизми утвърдени в нормативната уредба.

**1.3. Български неправителствени и правителствени организации; институции; фирми и корпоративни организации**, които извършват дарения.

**1.4. Български институции, фирми и корпоративни организации и чуждестранни, работещи в България**, които заделят средства, за частично или пълно заплащане на профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация в болничната помощ на техни работници и служители, в случай на необходимост.

### 2. Външни (трансгранични) източници

**2.1. Световни международни и европейски правителствени и неправителствени организации и институции** (вкл. и банки), които заплащат здравни проекти под формата на заеми или ко-финансиране;





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

**2.2.** Правителствени и неправителствени хуманитарни помощи, съгласно Женевската конвенция при бедствени ситуации;

**2.3.** Чуждестранни неправителствени и правителствени организации, побратимени градове, болници и физически лица, които извършват дарения – стоки и услуги (напр. помощи от апаратура, консумативи и лекарства, както и безвъзмездни прегледи и оперативни процедури)

### **3. Механизми за набиране на средства**

Те включват данъчно облагане, набиране на вноски за задължително и доброволно здравно осигуряване, застрахователни премии, директни кешови плащания, дарения

**Данъците** биват директни и индиректни. При първия вид се облагат физически и юридически лица – граждани, фирми и корпоративни организации, а при втория вид се облагат стоки и транзакции. Индиректните данъци могат да бъдат общи (напр. ДДС) или прилагани при определена стока (напр. алкохол и цигари).

**Вноски от задължително здравно осигуряване.** При социалното здравно осигуряване, което се прилага в България вноските за осигурените лица, съгласно чл.40 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) се определят върху дохода и се внасят по реда и условията на Закона в определени съотношения от осигурения и работодателя.

#### **Вноски от доброволно здравно застраховане.**

Съгласно чл. 82, ал.2 от ЗЗО чрез доброволното здравно осигуряване обезпечава предоставянето на здравни услуги и стоки извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Чрез доброволното здравно застраховане може да се обезпечават и здравни услуги и стоки, които са в обхвата на задължителното здравно осигуряване.

**Здравно застрахователните премии** обикновено се определят на база индивидуалния риск и включват преценката и изчисляването на фактори като възраст, пол, професия и здравно състояние на застрахования; могат да се определят на базата на индивидуалната преценка от здравни услуги; в някои случаи се определят на основа на оценката за рисковете за работниците и служителите в една фирма; могат да се определят според разчети на обществото или на базата на оценка на рисковете на географски обособено население.





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Утвърдените **потребителски такси**, които се заплащат съгласно реда и условията на чл. 37 от ЗЗО имат за цел не само събиране на допълнителни ресурси, но и съдържане на разходите, както и по-висока съпричастност на пациентите в разходите за здраве.

**Доплащания (съвместни плащания или ко-плащания) в България** се въведоха от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и се прилагат по ред и условия, посочени в Националния рамков договор (НРД) и Решенията на УС на НЗОК. От 2003 г. в НРД съществува текст, който уточнява, че в цената на заплащаните от Касата образни изследвания не влиза стойността на контрастната материя, от НРД 2004 година е въведена такса за вземане на биологичен материал в медико-диагностичните лаборатории, а от 2006 година в клиничните пътеки са посочени консумативи, инструментариум за еднократна употреба и импланти, за които НЗОК не заплаща. Доплащането от осигурени лица за извънболнична и болнична помощ не е регламентирано в закон.

#### **4. Заплащане на здравната помощ, финансови механизми и институции**

##### **4.1. Бюджетни субсидии - от републиканския и общински бюджети (държава и общини, извън обхвата на здравното осигуряване)**

**4.1.1.** За финансиране на здравни дейности, съгласно чл.82 от Закона за здравето (ЗЗ) и извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на:

- медицинска помощ при спешни състояния;
- профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразрешение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
- стационарна психиатрична помощ;
- осигуряване на кръв и кръвни продукти;
- трансплантация на органи, тъкани и клетки;
- задължително лечение и/или задължителна изолация;
- експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност;
- заплащане на лечение за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването;
- медицински транспорт по ред, определен от министъра на здравеопазването;





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

- ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им;
- пълен обем от противоепидемични дейности;
- достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми;
- медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване за децата до 16-годишна възраст;
- медико-социални грижи за децата, настанени в лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения;

Като източник на заплащане на горепосочените здравни дейности в ЗЗ (чл.82, ал.5) са посочени републиканския бюджет и от общинските бюджети, които се ползват при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването.

**4.1.2.** Лечение на деца, чрез „Фонд за лечение на деца“ при МЗ, Правилник за изменение и допълнение на правилника за дейността и организацията на работа на център "фонд за лечение на деца", обн. ДВ, бр. 37 от 2010 г.

**4.1.3.** Съгласно Методика за субсидиране на лечебните заведения през 2013 г., утвърдена със заповед на министъра на здравеопазването № РД-28-27/15.02.2013, видоизменена със заповед №РД-28-70/12.03.2013, МЗ заплаща със средства от републиканския бюджет на лечебните заведения в страната при:

- оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение;
- осигуряване на лекарствени продукти при: животозастрашаващи кръвоизливи; спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии в лечебни заведения; парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение;
- стационарно лечение на пациенти с психични заболявания;

24



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)







Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

- амбулаторно проследяване (диспансеризация) и активно лечение на пациенти с активна туберкулоза;
- продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания;
- лечение на пациенти с инфекциозни заболявания за: амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН, както и диагностика и стационарно лечение на пациенти с инфекциозни заболявания за предотвратяване на епидемиологичния риск;
- медицински дейности за ветерани от войните;
- отдиш, профилактика и рехабилитация на военноинвалиди и военнопострадали един път годишно;
- медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК;
- дейността на Националния раков регистър;
- дневни психорехабилитационни програми;
- субституиращи и поддържащи програми с метадон;
- дейности по осигуряване на лечение и преходни грижи за новородени деца до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;

**4.1.4.** Съгласно Закона за трансплантацията на органи, тъкани и клетки, изм. ДВ, бр.9 от 28 Януари 2011г. със средства от държавния бюджет министерството на здравеопазването възстановява направените разходи от лечебните заведения за дейностите по трансплантация на:

- органи и всички свързани с това разходи, включително за донора и реципиента, както и разходите за диагностика и лечение на реципиента в следтрансплантационния период;
- тъкани и клетки за лечение на заболявания, определени с наредба на министъра на здравеопазването.

Министерството на здравеопазването финансира и:

- създаването на информационни системи за интеграция, регистрация и контрол на трансплантационния процес;

25



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

- медицински научни проекти в областта на трансплантацията;
- национални здравни програми в областта на трансплантацията.

**4.1.5.** Наредба № 12 от 22 декември 2011 г. за условията и реда за заплащане на лечение на български граждани в чужбина по чл. 82, ал. 1, т. 8 от Закона за здравето (заплащане на лечение за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването), обн. ДВ. бр.1 от 3 Януари 2012г. По реда на наредбата се заплаща със средства от държавния бюджет:

- трансплантация на органи и клетки в лечебно заведение на територията на държава - членка на Европейския съюз, и Европейското икономическо пространство и Швейцария и в страни, с които Република България има сключени договори за това;
- лечение в чужбина, извън посоченото в т. 1, чрез необходим за конкретния пациент метод, който не е приложим в Република България, когато същият се прилага в чужбина и е с доказана ефективност на лечението в световната медицинска практика;
- участие на чуждестранни медицински специалисти в диагностични и лечебни процедури в Република България в случаите, когато няма български медицински специалисти в съответната област и/или това е необходимо за лечебния процес.

**4.1.6.** Медицински изделия по списък, съгласно чл.30А от Закона за медицинските изделия, регламентиран в Наредба на МЗ, обн. ДВ, бр.194 от 27.12.2011 г., като в нея се посочват четири групи изделия, според източника на финансиране:

- от бюджета на Националната здравноосигурителна каса;
- от републиканския бюджет извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;
- от републиканския бюджет чрез бюджета на Министерството на труда и социалната политика (МТСП);
- от бюджета на лечебните заведения по чл. 5 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), както и със средства на лечебните заведения с държавно и/или общинско участие по чл. 9 и 10 ЗЛЗ.





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

## 4.2. Здравноосигурителни плащания, осъществявани от НЗОК

Финансиране на здравни дейности в обхвата на задължителното здравно осигуряване, утвърдени като вид в Наредба №40/2004 на МЗ за определяне на основния пакет здравни дейности и определени като размер в Закон за бюджета на НЗОК.

**4.2.1. Заплащането на общопрактикуващите лекари за оказване на първична извънболнична помощ (ПИМП)** се формира от следните компоненти: с постоянен характер - за брой записани задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) и заплащане за дейност; с непостоянен характер - инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони.

### А. Капитацията има 3 компонента:

Дефиниране на пакета от услуги, заплащани чрез базова капитационна стойност - пакетът услуги отразява текущите потенциални възможности на изпълнителите на първична медицинска помощ, както и интеграцията на дейностите по вид и обем в обхвата на пакета, съгласно определените в наредбата по чл. 45, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване и Наредба №40 на МЗ за определяне на основния пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;

**Базова капитационна стойност** (определяне размера на средствата и на базова капитационна стойност - base per capita rate) – изчислява се от оценката на средствата, които финансиращата институция има в наличност за една година, за да заплати за предлаганите първични извънболнични услуги на всички изпълнители, включени в системата за заплащане - първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП), разделени на общия брой регистрирани при общопрактикуващ лекар лица;

**Механизъм за определяне на броя лица, регистрирани при всеки изпълнител** - капитационното заплащане се основава на регистрацията на лицата при определен изпълнител за фиксиран период от време. Броят на регистрираните лица е един от определящите фактори за общия размер финансови средства, които изпълнителят ще получи. Здравноосигурените лица имат възможност (и задължението) за свободен избор на изпълнител на медицинска помощ за фиксиран период. Базата данни със записаните при общопрактикуващ лекар лица се актуализира след приключването на всеки отчетен период,

27



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

всеки месец. Въз основа на актуалните и точни данни капитационното заплащане може да бъде променяно и адаптирано в съответствие със свободния избор на пациентите.

При изчисляване на капитацията, съгласно действащата за 2012 г. Методика за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване, Постановление №366 на МС, обн., ДВ, бр. 105 от 29.12.2011 г., в сила от 1.01.2012 г. се въвежда изчисляване на **изравняващи риска коефициенти**. За да се гарантира, че системата на капитационно заплащане осигурява подходящи стимули и компенсира доставчиците за обслужване на населението с различни здравни нужди, се използват коефициенти за изравняване на финансовия риск. По този начин не се допуска изпълнители на ПИМП да привличат по-здрави пациенти, по-млади пациенти и да избягват регистрацията на скъпоструващите пациенти - възрастни или хронично болни. Калкулира се корекцията на риска спрямо възраст (пол, здравен статус и др.), като за целта се изчисляват коефициенти за корекция. С тях се коригира надолу или нагоре базовата капитационна стойност и се създават диференцирани капитационни плащания за отделните възрастови групи. Едновременно с диференцираните заплащания за възраст се прилага и допълнително заплащане за работа при неблагоприятни условия, които се определят на базата на съчетание от географски фактори за съответните практики за първична извънболнична помощ.

**Б. Заплащането за извършена дейност** се базира на системата такса за услуга, при която изпълнителят на медицинска помощ е реимбурсиран за предоставянето на всяка индивидуална услуга по списък (програма) от дейности, включващ:

- Дейност по програма "Детско здравеопазване";
- Дейност по програма "Майчино здравеопазване";
- Дейност по диспансерно наблюдение;
- Профилактични прегледи на лица над 18 години;
- Имунизации на лица над 18 години;





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКОВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

## В. Инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони.

Структурата на заплащането за ПИМП е следната:

1. Капитационно плащане:
  - 1.1. за лица от 0 до 18 години;
  - 1.2. за лица от 18 до 65 години;
  - 1.3. за лица над 65 години;
  - 1.4. за всички лица - за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗЗОЛ, в съответствие с Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК
2. Заплащане за дейност:
  - 2.1. Дейност по програма "Детско здравеопазване":
    - а) профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година;
    - б) профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години;
    - в) профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години;
    - г) профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години;
    - д) имунизации на лица от 0 до 18 години.
  - 2.2. Дейност по програма "Майчино здравеопазване";
  - 2.3. Дейност по диспансерно наблюдение;
  - 2.4. Профилактични прегледи на лица над 18 години;
  - 2.6. Имунизации на лица над 18 години;
  - 2.7. Неблагоприятни условия
3. Инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони;

### 4.2.2. Заплащането на лекарите – специалисти за оказване на специализирана извънболнична помощ (СИМП).

В специализираната извънболнична медицинска помощ се заплаща на базата на агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи, по пакети специалности, включващи първични и вторични посещения, профилактика на лица до 18 години; профилактика на лица над 18 години с рисков профил; дейност по програма „Майчино здравеопазване“; диспансерно наблюдение; дейности, свързани с лечебноконсултативните комисии (ЛКК); високоспециализирани медицински дейности в извънболничната специализирана помощ (ВСД); физиотерапия и рехабилитация.

Средствата за специализирана медицинска помощ се определят като процент от общия бюджет на НЗОК. Разходите се основават на фактическите разходи през предходната година или са екстраполирани на базата на исторически разходи, обем дейности и натовареност. Разпределението може да бъде коригирано при промяна на обхвата от услуги

29



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

или при включването на допълнителни дейности.

Първоначално изчислението се прави от- долу нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност от обхвата на основния пакет за съответната специалност. Разходите се определят като преки и непреки и се извършва процентно разпределение по видовете здравни услуги, предлагани от специалистите. След това този минимум може да бъде повишен чрез разпределение в низходяща посока на ресурсите за специализираната извънболнична помощ.

Разпределението е, както следва:

- Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности;
- Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи;
- Разпределение на разходите за заплати.

#### 4.2.3. Заплащане за медико-диагностична дейност

НЗОК заплаща за медико-диагностичната дейност по т.9 от предходната т.1.1.2., назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, Наредба № 40 от 2004 г., включително за интерпретацията на резултатите. В заплащането не се включват стойността на контрастната материя и цената за вземане на биологичен материал.

Съгласно ЗБНЗОК всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ НЗОК определя броя на назначаваните специализирани медицински и медико-диагностични дейности, както и тяхната стойност за всеки конкретен изпълнител. НС на НЗОК утвърждава реда за това разпределение.

#### 4.2.4. Заплащане за болнична помощ

НЗОК заплаща договорената и извършената дейност от изпълнителите на болнична медицинска помощ (БМП) съгласно Наредба № 40 от 2004 г. и действащите към нея приложения, както следва:

- За дейностите в болничната медицинска помощ по клинични пътеки (КП) - по приложение № 5 към Наредба № 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), които включват:

а) медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими

30



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;

б) медицински дейности по КП, лекарствена терапия и услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;

г) до два контролни прегледа в лечебно заведение - изпълнител на БМП, при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване, задължително записани в епикризата.

- За високоспециализирани медицински дейности (ВСМД);
- За медицински изделия от утвърдения на основание § 34, ал. 2 от преходните и заключителните разпоредби на ЗЗО (ДВ, бр. 60 от 2012 г.) от Надзорния съвет на НЗОК;
- За клинични процедури;
- За процедурата за интензивно лечение „Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане със или без прилагане на сурфактант“;
- За процедурите, посочени в приложение „Процедури за интензивно лечение извън случаите на новородено“;
- За процедурите, посочени в приложение „Процедури по асистирана репродукция“ към Наредба № 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО, които включват съвкупност от медицински дейности, свързани с хормонална контролирана овариална (яйчникова) хиперстимулация (КОХС);
- За процедурите, посочени в приложение „Процедури по нуклеарномедицинско компютър-томографско образно изследване“;

Към настоящия момент **болничната помощ в страната се финансира по смесена система - заплащане на болничен случай, отчетен по алгоритъма на определена клинична пътека**. Бюджетът (прогнозна стойност) се разработва и определя за всяко едно лечебно заведение за болнична помощ в страната на основание Закона за бюджета на НЗОК. Прогнозните стойности се утвърждават от Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса.





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

#### 4.3. Застрахователни здравни дружества (ЗЗД)

Финансиране на здравни дейности **извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.**

Здравното застраховане е допълнително и се осъществява от акционерни дружества, регистрирани по Търговския закон и получили лиценз при условията и по реда на ЗЗО.

Финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, се осъществява от лицензираните по ЗЗО здравнозастрахователни дружества срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на здравноосигурителни договори.

Всеки фонд предлага разработени от него здравнозастрахователни пакети, които включват определени по вид и обем дейности и цени. Пакетите се лицензират от Комисията по финансов надзор (КФН).

#### 5. Граждани, извършващи кешови (директни) плащания за болнична помощ

Те включват:

**5.1.** Потребителска такса;

**5.2.** Здравни услуги, лекарства и консумативи извън осигурителния пакет медицински дейности;

**5.3.** Заплащания от пациента по официално обявени тарифи на лечебното заведение – за медицински дейности и немедицински услуги, свързани с болничното обслужване (транспорт, хранене и др.);

#### 6. Нерегламентирани в нормативната уредба плащания

Съществува и **друга форма на плащания от пациента**, за които няма официално обявена тарифа, обикновено те се изискват от непосредствения изпълнител на здравната услуга или лечебното заведение, за тях не се издава финансов документ, респективно не подлежат на контрол и попадат в голямата категория на неформални (нерегламентирани) финансови отношения пациент – лекар. Това са т.нар. неформални плащания в системата на здравеопазването” при което налице е злоупотреба с доверения ресурс – предоставяне на публична услуга, за която не се издава финансов документ („**Неформални плащания в системата на здравеопазването**”, Доклад, Институт „Отворено общество”, 2008 г.,

32



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)







Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма  
„Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България  
по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

София). В същия доклад се посочва, че тези неформални плащания през 2006 г. възлизат на 75,464 млн. лв.

## 7. Средства от дарителство

**7.1.** Целево безвъзмездно предоставяне на **финансови средства** и/или **стоки** - лекарства, консумативи, апаратура, медицински и немедицински изделия от правителствени и неправителствени организации, от юридически и физически лица, като обикновено се декларира волята на дарителя за условията, при които помощта се получава, разпределя и отчита. В тази точка се включват и хуманитарните помощи при бедствия и аварии.

**7.2.** Особена форма на дарителство са **безвъзмездно предоставени здравни услуги** в лечебното заведение от чуждестранни специалисти (напр. демонстративни хирургични интервенции, извършени от чужди специалисти на пациенти в български болници или консултации от водещи специалисти на проблемни пациенти).

## 8. Други финансови средства

**8.1.** **Финансови средства, получени от правителствени и неправителствени външни организации, вкл. и банкови институции за осъществяването на одобрени световни, европейски здравни проекти и заеми.** Те са насочени към опкирваен на инвестиционни разходи.

**8.2.** **Финансови средства, заплатени при прилагане на изискванията на ЗЗБУТ** за някои консултативни и диагностични здравни услуги, извършени от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ. Липсва информация за обхвата и обема на осъществената здравна дейност при прилагането на този закон.

**8.3.** **Финансови средства, заплатени от институции, фирми и корпоративни организации за заплащане на здравни дейности за техни работници и служители** извън обхвата на задължителното и доброволно осигуряване, както и извън плащанията за прилагане на ЗЗБУТ.

**Фигура №2:** Система на финансиране на медицинската помощ в България





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“

АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

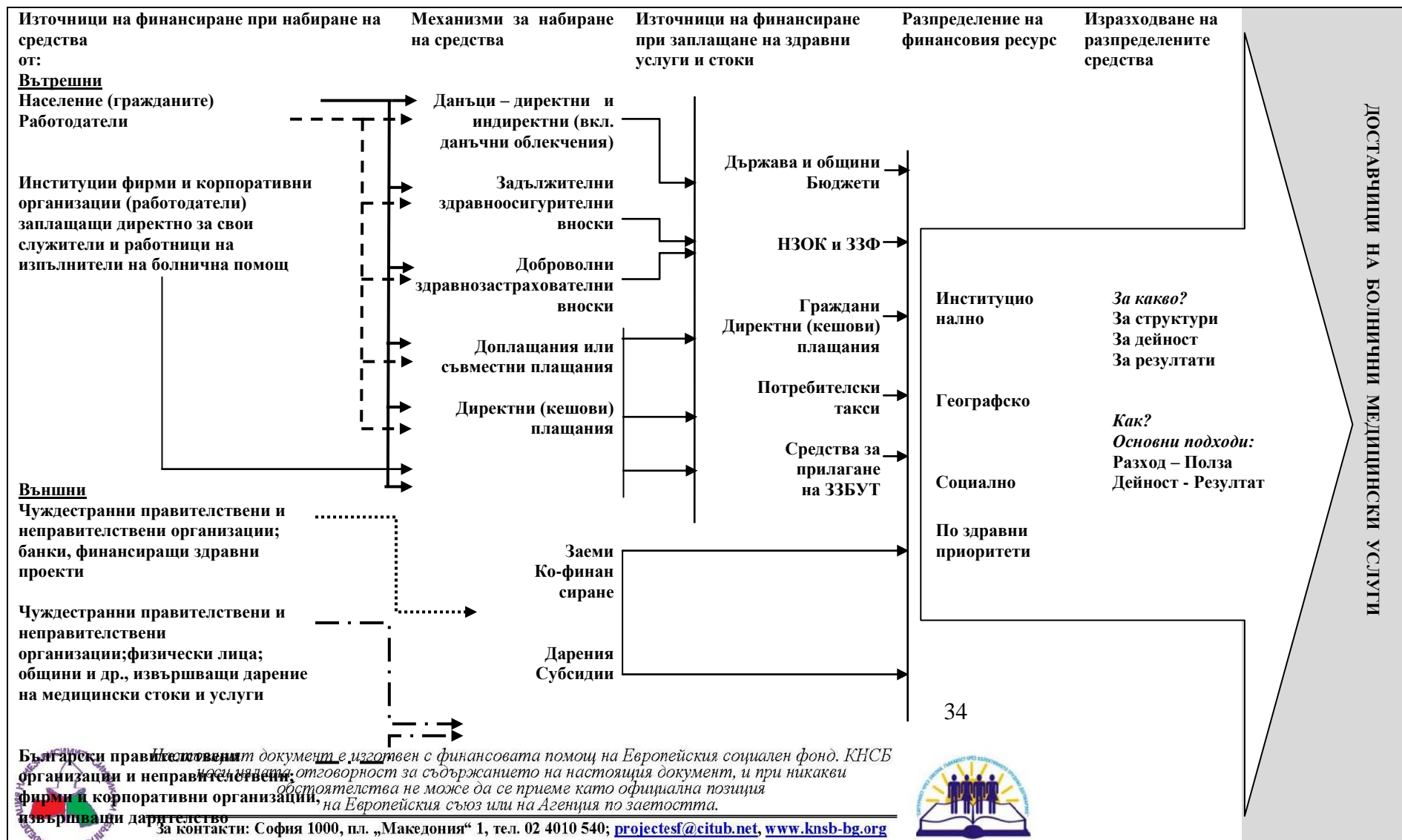
Инвестира във вашето бъдеще!

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪБКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Ивестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

## V. СИСТЕМИ И НИВА НА ЗАПЛАЩАНЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ

Заплащането на медицинския персонал се възприема като ключов фактор, влияещ върху удовлетворението от работата, стабилността на здравната система и миграцията на медицински специалисти в рамките на и в отделните страни. Заплатите са основен компонент на разходите за труд, което от своя страна определя регионални и локални решения, касаещи статуса на работната сила.

Системите и нивата на заплащане и тяхното влияние върху работната сила са свързани в различна степен за различните страни с начина на финансиране на конкретната здравна система и размерът на финансовите средства, които всяка нация заделя за здраве.

Сравнителният анализ на работните заплати в сектор „Здравеопазване“ за различните страни е доста труден поради наличието на няколко фактора: голямо разнообразие на медицински професии и професионални позиции; липса на универсална, достъпна и лесна за употреба класификация; липса на приети единни информационни стандарти и др.

Удобни за ползване са ресурсните центрове с домейни [www.wageindicator.org](http://www.wageindicator.org) и [www.healthcare-salaries.com](http://www.healthcare-salaries.com), които съдържат и предоставят безплатно данни за заплатите в сектор „Здравеопазване“ в много страни. На базата на тези данни е проведено проучването „Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries“ (Kea Tijdens\*, Daniel H de Vries and Stephanie Steinmetz, [www.human-resources-health.com/content/11/35/11](http://www.human-resources-health.com/content/11/35/11)). Разгледани са нивата на заплащане на двадесет страни - Аржентина, Беларус, Белгия, Бразилия, Чили, Колумбия, Чехия, Финландия, Германия, Индия, Мексико, Холандия, Полша, Русия, Република Южна Африка (ЮАР), Испания, Швеция, Украйна, Великобритания (UK), и Съединените американски щати (САЩ). Основната цел е да се провери до каква степен заплатите класацията, стандартизираните равнища на заплащане и дисперсията на работната заплата са сходни между 16 професионални групи и в избраните страни и какви фактори може да се докаже, че са свързани с различията, които се появяват.

Заплащанията в национални валути са стандартизирани в долари.

Паритет на покупателната способност (ППС) представляват съотношения на реални цени в национални валути за един и същ продукт в различните страни партньори, които се агрегират до макроикономическо ниво (БВП) и се използват за превръщане на стойностните показатели от национална в единна валута. Чрез ППС се елиминира влиянието на различните



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

ценови равнища в националните икономики и се приравнява покупателната сила на националните валути към дадена единна валута. Най-популярната концепция за единна валута е международният долар (International dollar или PPP dollar), който се изчислява от Световната банка.

В горепосоченото проучване са разгледани заплащанията в 16 професионални групи в сектор здравеопазване в 20 държави. Заплатите са стандартизирани в долари и приведени в ППС и индексирани за 2011г. Шестнадесетте професионални групи са класифицирани от най-ниската до най-високата стойност на заплати, като 1 е с най-ниската стойност.

**Таблица №9:** Стойност на средните почасови национални възнаграждения на 16 професионални групи в сектор здравеопазване, стандартно отклонение, минимум и максимум заплатите (в стандартизиран USD, индексирани с ниво 2011) и макс/мин съотношение.

	Средно почасово възнаграждение (СПВ)	Стандартно отклонение (SD)	Min. СПВ	Max. СПВ	Съотношение max/min СПВ
Нидерландия	25.91	12.27	17.65	64.90	3.68
Великобритания	25.53	10.62	12.93	54.95	4.25
САЩ	25.06	16.71	10.54	71.01	6.74
Белгия	22.03	14.79	12.17	72.85	5.98
Германия	19.53	5.25	12.14	29.85	2.46
Швеция	18.86	4.13	15.26	29.97	1.96
Испания	16.19	5.98	8.01	32.59	4.07
Финландия	14.59	4.66	10.77	28.66	2.66
Чешка реп.	10.64	2.42	7.03	14.41	2.05
Беларус	7.54	2.86	2.73	13.31	4.80
Полша	4.93	1.34	2.77	7.68	9.66
Руска фед.	4.12	1.72	1.90	7.17	3.79
Украйна	3.25	0.90	1.83	4.67	2.55

**Източник:** „Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries“, Kea Tijdens\*, Daniel H de Vries and Stephanie Steinmetz, 2013г.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

**Таблица №10:** Стойност на средните почасови трудови възнаграждения в 20-те страни, и стандартно отклонение, минимум и максимум на заплатите (в стандартизиран USD, индексирани с ниво 2011).

	Стандартизирани почасови възнаграждения в USD			
	Средно почасово възнаграждение	Стандартно отклонение (SD)	Min. СПВ	Max. СПВ
Медицински лекари	26.02	17.64	3.55	71.01
Дентални лекари	25.80	24.65	2.95	72.85
Фармацевти	19.99	14.61	2.45	48.58
Здравни изследвания и преподаватели	16.76	8.47	4.67	35.85
Здравни мениджъри	15.86	6.85	3.76	28.92
Здравни специалисти по околна среда	14.02	7.86	2.74	27.67
Акушерки	13.06	7.84	2.20	24.47
Физиотерапевти	12.47	6.88	3.84	25.63
Други здравни професионалисти	12.15	6.12	3.62	22.64
Специалисти по здравна информатика	11.77	6.07	4.01	24.70
Здравни работници в общността	11.57	6.51	2.02	23.47
Медицински сестри	11.41	7.58	1.90	23.42
Медицински и фармацевтични техници	11.37	5.42	3.84	20.37
Други асоциирани здравни специалисти	10.39	5.31	2.82	19.00
Здравна администрация	9.94	5.18	2.90	19.02
Хигиенисти в здравните услуги	7.82	4.79	1.83	17.65

**Източник:** „Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries“, Kea Tijdens\*, Daniel H de Vries and Stephanie Steinmetz, 2013г.

**Таблица №11:** Зависимост между средното почасово възнаграждение и общите разходи за здраве на глава от населението (PPS \$).

	Средно почасово възнаграждение (СПВ)	Общи разходи за здравеопазване на глава от населението (PPS \$)	
		2008	2009
Нидерландия	25.91	3 433.17	3 596.10
Великобритания	25.53	-	-
САЩ	25.06	5 759.70	-
Белгия	22.03	2 891.48	3 051.37
Германия	19.53	2 992.33	3 221.12
Швеция	18.86	2 710.19	2 731.93
Испания	16.19	2 239.29	2 276.93
Финландия	14.59	2 349.57	2 365.04
Чешка реп.	10.64	1 398.29	1 414.29



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Беларус	7.54	-	-
Полша	4.93	905.37	999.40
Руска фед.	4.12	-	-
Украйна	3.25	-	-
България	-	708.81	-

**Източник:** „Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries“, Kea Tijdens\*, Daniel H de Vries and Stephanie Steinmetz, 2013г. и Eurostat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/>, 2013г.

**Таблица №12:** Средна брутна годишна заплата в някои европейски страни в сектор „Здравеопазване“ и социални дейности (PPP \$).

	2008	2009	2010	2011
Нидерландия	37 258	36 934	39 086	39 405
Белгия	31 952	32 225	33 756	34 679
Австрия	32 000	32 612	33 322	34 371
Франция	24 853	24 138	24 866	-
Словакия	11 636	12 004	13 252	13 272
Естония	12 833	12 665	12 465	12 635
България	7 179	8 049	8 138	8 604
Румъния	8 836	8 818	8 045	7 713

**Източник:** Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/>, 2013г.

### 1. Сравнителен преглед на нивата на заплащане в някои европейски страни

В Таблица №12 са показани осем европейски страни, чиито общи разходи за здравеопазване се намират в средната към високата част на размера на тези разходи, като са подбрани четири страни, членки на ЕС преди 2004г. и четири членки на ЕС след 2004 година – държави от бившия социалистически блок (България и Румъния са приети през 2007г.), които се намират в позициите с нисък размер на общите разходи за здравеопазване (Виж Таблица №1).

От първата група страни Нидерландия се намира начело в таблицата за заплащане на здравния персонал с най-висок размер на финансовите средства – 39 405. Следват Австрия, Белгия и Франция, които помежду си са със сходни размери на заплащането за 2011г. в границите между 34 371 и 24 866 (Франция за 2010) PPP \$. По общи разходи през 2008г. (PPP \$) за здравеопазване страните се класират така: Нидерландия с 3 433.17, Австрия с 3 097.35, следвана от Белгия с 2 891.48 и Франция с 2 817.09.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Във втората група страни Словакия е с 1 380.46, Естония с 1 001.49, България с 708.1, следвана от Румъния с 634.68. В базата данни на Евростат липсва информация за общите здравни разходи на България и Румъния за 2009 и 2010г. Информацията за всички страни обхваща 2010г. включително, като за 2011 и 2012 няма данни.

От представените в Таблици №1 и №12 данни става очевидно е, че размерът на заплащанията на работещите в сектор „Здравеопазване“ корелира с общите разходи за здравеопазване на всяка държава и се намира в право-пропорционална зависимост.

Нарастването на средната годишна брутна заплата в сектор „Здравеопазване“ става по различен начин в представените осем страни за четиригодишния период 2008 – 2011г, като изключение правят Естония и Румъния, при която се наблюдава спадане на нивото на заплащане.

При Нидерландия нарастването възлиза на 5.7% през 2011 спрямо 2008г., при Белгия този процент е 8.5%, при Австрия нарастването е 7.4% през 2011 спрямо 2008г., а при Франция нарастването е 0.05% през 2010 спрямо 2008г.

При Словакия нарастването на средната годишна брутна заплата през 2011 спрямо 2008г. е 14.05%, при Естония се отбелязва намаляване на нивото на заплащане с – 1.55%, при България се наблюдава увеличение с 19.84%, а при Румъния се отбелязва намаление на нивото на заплащане с - 12.71%.

Средната стойност на средната годишна брутна заплата на база 2010 г. при първата група държави – Нидерландия, Белгия, Австрия и Франция е 32 757.5 PPP \$, а във втората група Словакия, Естония, България и Румъния е 10 475 PPP \$, като съотношението между средните стойности на двете групи държави е 3.12 в полза на първата група. Съотношението между средните годишни брутни заплати в държавата с най-високо заплащане – Нидерландия и с най-ниско – Румъния за 2010г. е 4.85.

В България се наблюдават огромни различия в заплащането на един и същ или сходен лекарски труд в болничната медицинска помощ. Това се дължи на:

- Собствеността на болницата – в частните болници като общ принцип трудовите възнаграждения са по-високи в сравнение с тези в държавните и общинските болници;
- Цената на договорените клинични пътеки – колкото пътеките, изпълнявани от една болница са с по-висока цена, толкова повече средства се заделят от получените



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Ивестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

приходи за заплати. Например специалистите по инвазивна кардиология получават заплати, чиито среден размер е около 10 000 – 15 000 лв., а някои водещи специалисти и над 30 000 лв.

- Липсата на единни правила или методика за заплащане, съобразно относителния дял на вложения труд по специалности и качество за държавните и общинските лечебни заведения.

- НЗОК няма законовите правомощия да поставя изискване, какъв процент от общия размер на здравноосигурителните плащания, които са публичните средства да се заделят за труд (заплати, извънреден труд, социално и здравно осигуряване, социални разходи) и какъв процент за преки „производствени“ разходи.

Интересен концептуален въпрос е какво представлява медицинската, вкл. болничната дейност – производство на продукт или предоставяне на медицински услуги.

Всяка една болница извършва дейности, които по дефинициите на икономиката на здравеопазването са услуги, но тези услуги предоставят на обществото полезно качество на производство и възпроизводство на населението - по-добро здраве.

Продуктът притежава физическа осезаема същност и има характеристики като маса, тегло, размери, дизайн, качество, безопасност. Превърнатият в стока продукт е материално благо, произведено с цел задоволяване на определени нужди, потребности на хората в зависимост от техните вкусове и предпочитания, и което може да бъде продадено на пазара.

Цената на стоките се определя от различни фактори, като един от най-важните е балансът между търсенето и предлагането на пазара. Стоките могат да бъдат предназначени за консумация, оборудване, обзавеждане, или експлоатация.

Услугата има осезаема същност с различни от продукта характеристики - качество, достъпност, своевременност, равнопоставеност, безопасност, сигурност, надеждност, но не и физическа осезаемост.

В икономиката услугите се считат за нематериалния еквивалент на стоките. Резултатът от предоставянето на услуга не е притежание на нещо ново, за разлика от създаването на продукти/стоки. Услугите водят до промяна на потребителите, на предметите притежавани от тях или на някаква нематериална ценност.

Продуктът е резултатът от производствената дейност и това, което се получава на изхода на организацията. Услугата е особен вид продукт, който е разположен на изхода на



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)







Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

организацията, но няма материален характер и е по-скоро действие, което се осъществява, защото някой има нужда от него.

В разбирането за същността на медицинската дейност трябва да се има предвид, че здравето има определени физически/физиологични характеристики и тяхното отсъствие е признак за липса на здраве. Едновременно с това е необходимо да се съобрази и очевидният факт, че болният човек не произвежда обществено полезен продукт или не може да предоставя услуги. Тоест само здравият индивид е в състояние да създава обществено полезно благо.

Когато един болен човек подобри своето здраве в резултат на въздействие от системата на здравеопазване това е получаване на продукт с осезаеми физически характеристики, ново качество и възможност за творческа активност при създаване на обществени блага.

Следователно системата на здравеопазване и в това число болничната помощ като съдържание на дейността създава продукт – по-добро здраве, което намира своите очертания със своите обществени и социални характеристики.

## 2. Преглед на заплащането в някои други държави

Публикацията на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, ОИСР) – „Government at a Glance, Compensation in Selected Public Sector Occupations, 2011г.“, 9789264096615 (HTML) и 9789264096578 (print) ([www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org)) представя следните данни за заплащанията на работещите в сектор „Здравеопазване“ в страните от Организацията:

Фокусът на публикацията са работещите на заплата в държавния сектор.

Средната заплата на медицинските сестри и общопрактикуващи лекари е най-ниска в страните от Източна Европа, Мексико и Турция, и най-висока в Люксембург. През 2008 г. работната заплата на медицинските специалисти е най-висока в Ирландия, въпреки че възнаграждението на самостоятелно заетите (частният сектор) специалисти - в някои други европейски страни като Холандия и Люксембург е по-висока. Лекарите и медицинските сестри в Унгария имат най-ниско възнаграждение, въпреки че съобщените нива не включват широко използване на неформални кешови плащания.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



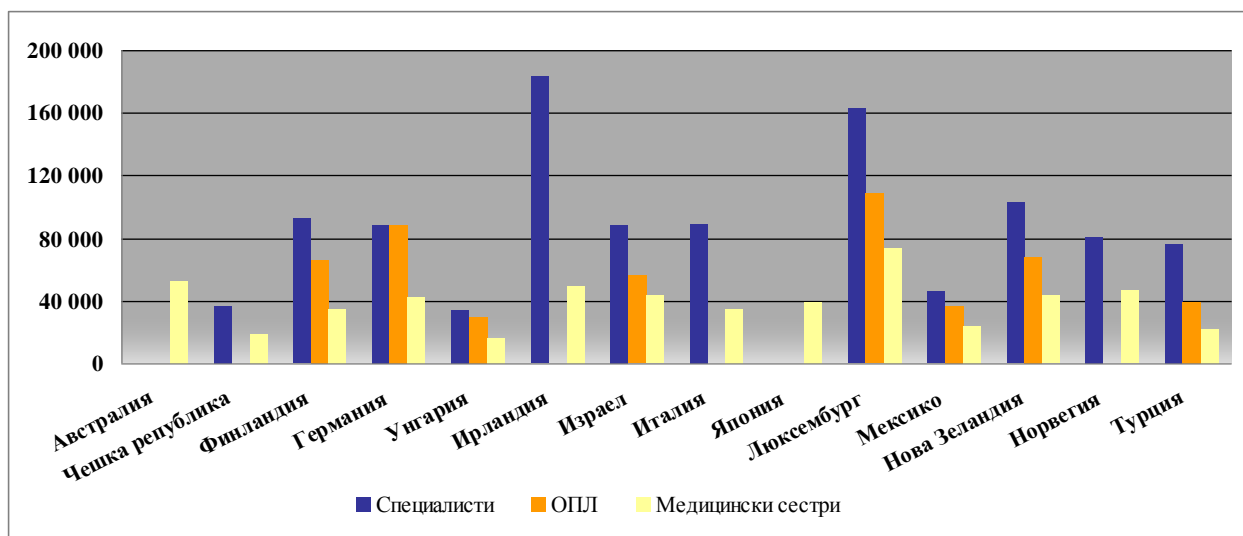
Европейски социален фонд

Във всички страни, специалистите спечелят най-много, следвани от общопрактикуващите лекари и от медицински сестри. Това частично отразява различни умения, на трите професионални групи, както и времето, необходимо за да бъдат напълно подготвени и обучени. Данните посочени в публикацията се отнасят до средния годишен брутен доход, включително социални осигуровки и данъчни задължения от работника или служител за 2008г. Тя обикновено следва да включва всички допълнителни формални плащания, като например бонуси и плащания за нощни смени, работа на повикване и за извънреден труд. Заплати се превръщат в US \$, като се ползва ППП.

Изключение са плащанията на извънреден труд и социални осигуровки за наетите специалисти в Мексико и Холандия, както и за общопрактикуващите лекари и специалисти в Нова Зеландия и Швейцария.

В данните за медицински сестри в Ирландия и Мексико, не се включват плащанията за извънреден труд. Данните за Австралия и Норвегия, се отнасят само за регистрирани медицински сестри.

**Фигура №1:** Средна годишна брутна заплата в PPP \$ в някои страни от ОИСР.



Източник: OECD Health Data, 2010 г.

**Фигура №2:** Съотношение в заплащанията на специалисти, ОПЛ и медицински сестри в някои страни от ОИСР.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“

АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

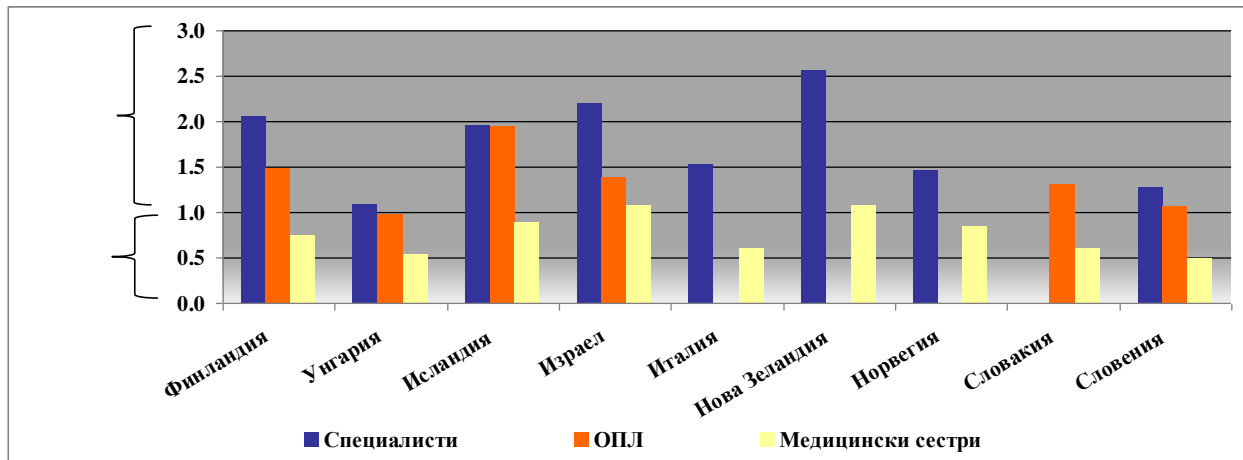
*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд



Източник: OECD Health Data, 2010 г.

## САЩ

Средната лекарска заплата в САЩ е различна за различните специалности\*. Средният годишен доход за семеен лекар в САЩ е около 145 273 \$ има предвид, че средно годишният бонус е около 5 137 \$. Интернист или специалист по вътрешни болести получава средна годишна заплата от около 149 680 \$ и годишен бонус от около 8 000 \$.

Средната лекарска заплата за работа в спешното отделение (ER) е около 192 999 \$ на година като има предвид, че средният годишен бонус достига до около 9 909 \$.

Среден годишен доход за общопрактикуващ лекар е около 120 592 \$ и годишен бонус около 5 012\$.

Невролог – 161 660 \$ хиляди и 9 790 \$ бонус.

Акушер или гинеколог (ОВ /гинеколог) печели средно годишна заплата от около 181 626 щатски долара годишно.

Един специалист по онкология получава средно годишен приход от около 197 621 щатски долара и годишен бонус от около 10 337 \$. Средната годишна работна заплата за пластичен хирург в САЩ е около 221 000 \$ годишно и годишен бонус е около 10 219 \$.

След 1 до 4 години сърдечно-съдовите хирурзи могат да очакват средна годишна работна заплата от около 62 511 \$ от между 408 053 \$. Максималното заплащане за сърдечно-съдовата хирургия е между 99 666 - 529 391 щатски долара.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКОВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Средната годишна заплата за неврохирург в САЩ е около 219 770 \$, докато средно почасово заплащане е около 90 \$ на час. В допълнение, неврохирург с добър професионален опит получава заплата варира от между 500 000 \$ - 700 000 \$ годишно.

Според американското Бюро за трудова статистика, средното почасово заплащане и средна годишна заплата спечелени от регистрираните медицински сестри е около 31.10 \$ на час и съответно 64 690 щатски долара годишно.

Годишната заплата на 10% от регистрирани медицински сестри е повече от 95 130 \$ на година, а на 10% е по ниска от 44 190 \$ на година. Въз основа на вида на работата, настройка, средната часова ставка и годишна заплата за регистрирани медицински сестри, е както следва: Регистрирани медицински сестри, работещи в дома услуги здравни получават средно почасово заплащане и годишна заплата от около 31.51 \$ и 65 690 \$ съответно; работещите в офисите на лекари печелят около 29.86 \$ и 62 120 \$ съответно тези, които работят в медицински и хирургически болници печелят около 33.41 \$ и 69 490 \$, а тези, заети в съоръжения за сестрински грижи печелят около 29.43 \$ и 61 220 \$, както и заетите в амбулаторни центрове печелят около 34.23 \$ и 71 200 \$.

За да стане медицинска сестра, кандидатът трябва първо да завърши образование входно ниво на GED или завършено средно образование. Човек трябва след това да довърши една от следните програми: диплома за медицинска сестра в болница, която продължава около 3 години; степен Associate в кърменето (ADN), което продължава около две-три години, или на четири години бакалавърска степен по кърмене (BSN). От гледна точка на кариерата си, трябва да се запишат в степен 4 години бакалавър по кърмене. Човек трябва да завърши курсова работа в предмети като химия, психология и храненето, микробиология, анатомия и физиология, включително други курсове медицински сестри. След това, кандидатът трябва да завърши на поднадзорно клинична програма за обучение, работа с пациенти и да получат практически опит в одобрено здравни заведения, като дом за възрастни хора или в болницата. Човек може да преследва степен магистърска програма след тяхната степен бакалавър. При успешно завършване и завършване на обучението кандидатът отговаря на изискванията за цялостен национален изпит медицински сестри, на Националния съвет лицензирането Изпитът (NCLEX-RN) официално се провежда от Националния съвет на държавните съвети на Nursing (NCSBN). Кандидатът може да се превърне в медицинска сестра и получи лиценз само след приключване на тези изпити.



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

**Източник:** Healthcare salaries, [www.healthcare-salaries.com](http://www.healthcare-salaries.com), 2013г.

## Канада

В Канада\*, средна заплата за лекар, работещ в общата практика е около 99 873 C\$ C\$ на година, а на средният годишен бонус достига до около 4 483 C\$.

Интернист в Канада получава среден годишен приход от около 99 666 C\$ и годишен бонус от около 12 000 C\$.

В спешното отделение лекарите получават средно доход от около 118 644 C\$ щатски долара и годишен бонус от около 9 759 C\$. Среден годишен доход за невролог в Канада е около 138 000 C\$ , докато средно годишни стойности бонус за 2 000 C\$.

Кардиолог получава средна годишна заплата от около 110 957 и годишен бонус от около 12 000 C\$.

Средната годишна работна заплата за рентгенолог и пластичен хирург в Канада до 101 736 C\$ и годишен бонус около 5 087 C\$.

**Източник:** Healthcare salaries, [www.healthcare-salaries.com](http://www.healthcare-salaries.com), 2013г.

## Австралия

Средната годишна работна заплата за общопрактикуващ лекар в Австралия\* е около 81 509 AU \$, интернист получава около 75 187 AU \$ годишно, в спешното отделение (ER) заплата е около 93 830 AU \$, пластичен хирург печели 100 хиляди AU \$ годишно, семеен лекар получава около 93 883 AU \$, кардиолог печели около 98 633, а невролог получава годишен доход от около 101 130 AU \$.

**Източник:** Healthcare salaries, [www.healthcare-salaries.com](http://www.healthcare-salaries.com), 2013г.

## Великобритания

В базата данни на Евростат липсва информация за Великобритания и по тази причина страната се разглежда самостоятелно.

Според Mark Pearson, ръководител на здравния отдел на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие на раздел здраве, единственият реалистичен метод за претегляне на заплатите в международен план е те да се разглеждат спрямо средния национален доход.



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКОВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Ползвайки този подход заплатите на медицинските сестри във Великобритания са идентични сравнение с други страни от ОИСР. УК плаща на медицински сестри начална заплата от £ 20,225, а САЩ заплаща на своите медицински сестри 56,000\$ (£ 34,500) като това формира сериозна разлика в доходите на медицинските специалисти.

Лекарите специалисти също получават заплати, които като сума са близки до средната за ОИСР.

Докато специалист УК лекар получава около 4,3 пъти повече от средната заплата за страната, специалист във Франция получава около 4.4 пъти повече и в Германия 4,1 пъти.

По отношение на средната работна заплата, Великобритания плаща на своите общопрактикуващи лекари по-високо от всяка друга страна от ОИСР - и почти два пъти повече от Франция.

ОПЛ твърдят, че те трябва да плащат някои разходи от собствените си джобове, които са изпълнени от страна на работодателите за персонала. Въпреки това, високите нива на заплащане на ОПЛ изследвания на BBC на заплатите в публичния сектор, показваха, че седем от най-добрите 10 платени работещи в NHS са лекари.

Средната заплата за медицинска сестра във Великобритания е около £ 29 468 и £ 25 000 на година и годишен бонус от около £ 1 988. Началната часови диапазони на заплатите от £ 9.98 - £ 15.27 за час, докато годишна работна заплата варира от между £ 17 285 - £ 30 777. На средно, средната почасова работна заплата за медицинска сестра във Великобритания е около £ 14,73 за час, докато общо заплащането варира от между £ 18 300 - £ 34 196 годишно. Заплатата на медицинските сестри варира според възрастта, като например тази в 20-те години печели до £ 22 101, а в 30-те години печели около £ 28 879, през 40-те и 50-те години в печели около £ 34 183 годишно.

**\*Източник:** Кат Евърет, „Националната здравна служба заплаща ли много на своя персонал“, в-к *Guardian Professional*, 22.06.2011г.; [“Cath Everett, „Does the NHS pay staff too much?“](#) в-к [Guardian Professional](#), 22.06.2011г.

Според Rebecca Smith, „More than 700 doctors are earning over £200,000 despite the average salary falling to £104,000, official figures show“, в-к *Medical Editor*, 26.09.2012г. повече от 700 лекари са спечелили над £ 200,000, въпреки че средната годишна работна заплата се е понижила до £ 104 000 в края на 2011г., показват официалните данни.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Средният GP във Великобритания печели £ 104 100 преди облагане с данъци в 2010/11 г. от NHS, така и частна работа, което представлява спад от 1,5 на сто спрямо предходната година. Въпреки това все още има 530 общопрактикуващи лекари, които спечелили между £ 200 000 и £ 250 000, но това е по-малко от предходната година. В допълнение - има 200 лекари, които спечелили повече от £ 250,000.

## VI. СОЦИАЛНИЯТ ДИАЛОГ В БЪЛГАРИЯ И РОЛЯТА МУ В ДОГОВАРЯНЕТО НА ТРУДОВИТЕ ВЪЗНАГРАЖДЕНИЯ В СЕКТОР „ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“

Съгласно определението на Международната организация на труда (МОТ) социалният диалог, включва всички форми за съвместно вземане на решения, на обмяна на информация, консултиране, колективно договаряне и механизми, основани на различни процедури, между правителствата, представителите на работодателите и работниците по въпроси, отнасящи се до икономически и социални политики от общ интерес. Той води до тристранен процес, в който правителството официално взема участие, или до двустранни отношения между синдикалните и работодателските организации, респективно управлението на компаниите.

Социалният диалог има важна роля при осигуряване на възможностите на работещите да получат достойни и подобаващи условия на труд и заплащане, при спазване на принципите на свобода, зачитане на човешкото достойнство, равнопоставеност, сигурност и безопасност.

Социалния диалог е стимулира постигането на всеобщо съгласие и обществена приемливост, като гарантира участието на всички заинтересовани страни в работните отношения.

Първостепенната цел на социалния диалог е да способства за социален мир и стабилност и по този начин се насърчава социалното и икономическо развитие. Той е механизъм, който насърчава консенсуса по фундаментални въпроси между основните индустриални партньори и може да ограничи социалните конфликти чрез процедури за мирно решаване на споровете.

**1. Равнища на осъществяване на социалния диалог в страната:** национални; отраслови и браншови; регионални (областни и общински).

### 2. Функции и права на институциите

*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

**Общи трипартитни институции** – Националният съвет за тристранно сътрудничество (НСТС); отрасли, браншови и регионални съвети за тристранно сътрудничество;

**Специализирани институции** - Национален съвет по условията на труд и съответните съвети в отрасли и региони; Национален съвет за закрила при безработица и насърчаване на заетостта; Национален съвет по професионална квалификация; Национален съвет по ратификация на Европейската социална харта; Национален съвет по социално подпомагане и социална политика; Тристранни отрасли съвети при: Министерството на транспорта, Министерството на земеделието и горите, Министерство на образованието и науката; Надзорен съвет на Националния осигурителен институт; Надзорен съвет на Националната здравноосигурителна каса; Надзорен съвет на Националната служба по заетостта и Управителен съвет на Националната агенция за професионално образование и обучение.

ФСЗ осъществява социалния диалог във взаимодействие и с подкрепата на КНСБ, Международната организация на труда (МОТ), Европейската федерация на работещите в сферата на обслужването (EPSU) и Интернационала на публичните услуги (PSI) и съвместно с правителствени и неправителствени, съсловни и пациентски институции и организации.

ФСЗ реализира дейностите в контекста на социалния диалог на принципите на социално партньорство, обществена дискусия, защита на социалните и граждански права на работещите и изграждане на обществено приемлива и устойчива здравеопазна система, предоставяща услуги с високо качество.

### **3. Дейности на ФСЗ в областта на договаряне на трудовите възнаграждения в сектора**

ФСЗ от 2000 г. през две години сключва Колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ като в този процес могат да се представят следните постижения и проблеми: изградени са традиционни връзки на взаимодействие и доверие с работодателите в сектор „Здравеопазване“; през последните години заседанията се свикват единствено по инициатива на Федерация на синдикатите в здравеопазването; няма отказ от социален диалог; често социалния диалог е формален; през последните десет години, няма Председател на отрасловия съвет, който е изкарал цял мандат; липса на достатъчно знания и



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)







Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКВАНЕСТВО ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

компетентност на представителите на държавата; липсва представителство на работодателите/собствениците на частни лечебни заведения.

От 2013г. ФСЗ сключи Споразумение по въпросите на служебните и осигурителните отношения в НЗОК с № РД-14-18/07.02.2013г. за държавните служители. Сключването на това споразумение беше наложено от промяната в статута на работещите от трудови на служебни правоотношения. От 2006 година за системата на НЗОК се сключва на две години КТД за служителите в тази институция.

Би могло да се приеме, че в сектора на здравеопазването на отраслово ниво се сключват два КТД и едно Споразумение, чието действие се разпростира на територията на цялата страна. Клаузите на КТДЗ и Споразумението се прилагат за структурите на Министерството на здравеопазването, всички лечебни и здравни заведения, независимо от тяхната административна подчиненост и форма на собственост, съответно в НЗОК – Централно управление и Районните здравноосигурителни каси.

Сключването на КТД по равнища съответства във висока степен на равнщата на социалния диалог – отраслово, общинско и на ниво лечебни и здравни заведения.

### **3.1. Лечебни и здравни заведения финансирани от бюджета на Министерство на здравеопазването, при които се прилагат клаузите на Отрасловия КТД, сключен между ФСЗ и работодателите в здравеопазването**

Това са лечебни заведения финансирани като второстепенни разпоредители с бюджета - центрове за спешна медицинска помощ; лечебните заведения за стационарна психиатрична дейност; Домовете за медико-социална дейност и грижи за деца; отделенията и централите за трансфузионна хематология.

За тези лечебни заведения голямо значение има Колективният трудов договор на ниво отрасъл. Обикновено договорените в него минимални начални работни заплати по категории персонал и допълнителните плащания (нощен труд, разположение, заплащане на храна при 12-часово дежурство) се достигат с одобреното от Министерство на здравеопазването щатно разписание и трудно се договарят по-високи възнаграждения на ниво конкретно лечебно заведение.

В Министерството на здравеопазването, в Регионалните здравни инспекции и другите структури на МЗ, Националната здравноосигурителна каса и РЗОК голяма част от

*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКОВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

работещите са със статут на държавни служители. За защита на техните интереси вместо КТД се сключват споразумения с работодателя. Чрез споразуменията не е възможно да се договарят по-благоприятни условия за заплащане и по-високи възнаграждения, поради факта, че финансовите рамки и административни процедури за определяне на възнагражденията на държавните служители са строго регламентирани и фиксирани в нормативната разпоредба. Но липсват законови пречки да се договарят някои материални и социални придобивки като представително облекло, застраховки при временна и трайна неработоспособност и др.

Съгласно отрасловия КТД страните се договарят минималният размер на началните основни месечни заплати по категории персонал, съгласно Националния класификатор на професиите и длъжностите, и допълнителните трудови възнаграждения в техния минимален размер, ежегодно в срок до приемане на Републиканския бюджет и бюджета на Националната здравноосигурителна каса.

Последният отраслов КТД е подписан на 09.08.2012г. между Националната асоциация на работодателите в здравеопазването, представлявана от д-р Димитър Димитров, Националната браншова стопанска камара на търговците-дистрибутори на едро на лекарствени продукти, медико-санитарни и билкови препарати към Българска търговско-промишлена палата, представлявана от Владимир Найденов, Федерация на синдикатите в здравеопазването към КНСБ, представлявана от д-р Иван Кокалов и Медицинска федерация “Подкрепа”, представена от г-жа Маргарита Петрова.

Важен момент в отрасловия КТД са и договорените начални основни месечни заплати на персонала, зает в здравните и лечебните заведения (бюджетни предприятия), финансирани от бюджета на Министерство на здравеопазването, училищно и детско здравеопазване, са не по-малко от:

Категории персонал	Начални основни месечни заплати 01.07.2012	Начални основни месечни заплати 01.01.2013
Началник на клиника/ръководител на болнична аптека/директор	800 лв.	850 лв.
Началник на отделение / ръководител на болнична аптека	700 лв.	760 лв.
Лекар с една специалност /магистър-фармацевт с една специалност	650 лв.	700 лв.
Лекар, магистър-фармацевт и магистър с немедицинско образование	600 лв.	650 лв.
Главна медицинска сестра	570 лв.	620 лв.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Старша медицинска сестра (акушерка, лаборант, рехабилитатор, зъботехник и други)	520 лв.	560 лв.
Медицински професионалисти по здравни грижи (медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори, зъботехници и други)	480 лв.	520 лв.
Квалифицирани производствени работници	380 лв.	420 лв.
Оператори на транспортни средства	350 лв.	370 лв.
Ниско квалифицирани работници	MPЗ	MPЗ

Началните основни месечни заплати за категориите персонал, зает в университетските многопрофилни и специализирани болници за активно лечение и в многопрофилните болници за активно лечение с над 51 % държавно участие, са не по-малко от:

Категории персонал	Начални основни месечни заплати 01.07.2012 год.	Начални основни месечни заплати 01.01.2013 год.
Началник на клиника	900 лв.	1 000 лв.
Началник на отделение / ръководител на болнична аптека	800 лв.	900 лв.
Лекар с две специалности /магистър-фармацевт с две специалности	750 лв.	850 лв.
Лекар с една специалност /магистър-фармацевт с една специалност	720 лв.	800 лв.
Лекар, магистър-фармацевт и магистър с немедицинско образование, пряко участващ в диагностично-лечебната дейност	700 лв.	780 лв.
Магистър с немедицинско образование, който не участва пряко в диагностично-лечебната дейност	680 лв.	740 лв.
Главна медицинска сестра	680 лв.	740 лв.
Старша медицинска сестра (акушерка, лаборант, рехабилитатор, зъботехник и други)	600 лв.	660 лв.
Медицински професионалисти по здравни грижи (медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори, зъботехници и други)	540 лв.	600 лв.
Квалифицирани производствени работници	420 лв.	450 лв.
Оператори на транспортни средства	370 лв.	400 лв.
Ниско квалифицирани работници	300 лв.	300 лв.

Началните основни месечни заплати за категориите персонал, зает в многопрофилните болници за активно лечение, извън тези по ал. 3, специализирани болници за активно лечение, центрове за психично здраве и комплексни онкологични центрове, са не по-малко от:



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Ивестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

Категории персонал	Начални основни месечни заплати 01.07.2012	Начални основни месечни заплати 01.01.2013
Началник на отделение (клиника)/ ръководител на болнична аптека	820 лв.	920 лв.
Лекар с две специалности /магистър-фармацевт с две специалности	770 лв.	870 лв.
Лекар с една специалност /магистър-фармацевт с една специалност	720 лв.	820 лв.
Лекар, магистър-фармацевт и магистър с немедицинско образование, пряко участващ в диагностично-лечебната дейност	680 лв.	780 лв.
Магистър с немедицинско образование, който не участва пряко в диагностично-лечебната дейност	630 лв.	730 лв.
Главна медицинска сестра	620 лв.	700 лв.
Старша медицинска сестра (акушерка, лаборант, рехабилитатор, зъботехник и други)	570 лв.	630 лв.
Медицински професионалисти по здравни грижи (медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори, зъботехници и други)	520 лв.	580 лв.
Квалифицирани производствени работници	350 лв.	350 лв.
Оператори на транспортни средства	350 лв.	350 лв.
Ниско квалифицирани работници	300 лв.	300 лв.

Началните основни месечни заплати за категориите персонал, зает в центрове за кожно-венерически заболявания, болници за долекуване и продължително лечение, болници за рехабилитация, болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация и лечебни заведения за извънболнична помощ, са не по-малко от:

Категории персонал	Начални основни месечни заплати 01.07.2012	Начални основни месечни заплати 01.01.2013
Началник на отделение (клиника)/ ръководител на болнична аптека	780 лв.	880 лв.
Лекар с две специалности /магистър-фармацевт с две специалности	740 лв.	840 лв.
Лекар с една специалност /магистър-фармацевт с една специалност	710 лв.	810 лв.
Лекар, магистър-фармацевт и магистър с немедицинско образование, пряко участващ в диагностично-лечебната дейност	680 лв.	780 лв.
Магистър с немедицинско образование, който не участва пряко в диагностично-лечебната дейност	600 лв.	700 лв.
Главна медицинска сестра	580 лв.	680 лв.
Старша медицинска сестра (акушерка, лаборант, рехабилитатор, зъботехник и други)	540 лв.	640 лв.
Медицински професионалисти по	500 лв.	550 лв.



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

здравни грижи (медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори, зъботехници и други)		
Квалифицирани производствени работници	350 лв.	350 лв.
Оператори на транспортни средства	350 лв.	350 лв.
Ниско квалифицирани работници	300 лв.	300 лв.

**Договорено** е и допълнителното трудово възнаграждение за трудов стаж и професионален опит се заплаща не по-малко от 1% за всяка година. За всеки отработен нощен час или част от него между 22:00 ч. и 06:00 ч. на работниците и служителите се заплаща допълнително трудово възнаграждение за нощен труд в размер на не по-малко от 1,00 лв.

За времето, през което работникът или служителят е на разположение на работодателя и се намира извън територията на предприятието в място, уговорено между тях, се заплаща допълнително трудово възнаграждение за всеки час или част от него в размер не по-малък от 0,50 лв.

За образователна и научна степен „доктор“ или за научна степен „доктор на науките“ свързана с изпълняваната работа на работника или служителя, се изплаща допълнително възнаграждение в размер не по-малък от:

- 1.сто лева – за „доктор“
- 2.сто и петдесет лева – за „доктор на науките“

На ниво общини и в отделните лечебни и здравни заведения работодателите и синдикатите могат да договорят по-висок размер на началните основни месечни заплати и допълнителни трудови възнаграждения.

Работодателят и синдикатите в лечебните и здравни заведения могат да договорят размер на доброволно пенсионно и здравно осигуряване.

Работодателят и синдикатите в лечебните и здравни заведения могат да договорят застраховка „професионален риск“.

### **3.2.Лечебни и здравни заведения финансирани чрез делегирани бюджети**

Типичен пример са работодателите в училищно и детско здравеопазване (детски ясли, обединени детски заведения). За разлика от дейностите финансирани от Министерство на здравеопазването голямо значение има договарянето на ниво община, без да се омаловажават и договореностите на национално ниво.



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

При възможност и добронамереност от страна на общинските администрации могат да се договорят и по-високи стойности на начални заплати по категории персонал, както и допълнителни плащания за определени дати и различни суми за облекло.

Основните задачи на общинското здравеопазване се определят от позициите и концепциите на общественото здравеопазване, а именно:

- Оценка и мониториране на здравето на населението като цяло, идентифициране на проблемите и определяне на здравните приоритети.
- Формулиране на здравната политика за решаване на регионалните и национални приоритети.
- Осигуряване на достъп на адекватни здравни грижи включващи промоция на здраве, профилактика, лечение и рехабилитация на заболяванията и оценка на ефективността на здравните грижи

Нормативната база включва основно Конституцията, Закона за местното самоуправление и местната администрация и Закона за здравето. Към тях следва да се прибави и Закона за държавния бюджет и други свързани с тях актове. Може да се счита, че тези документи предоставят достатъчно права на общинската власт да упражнява своите функции по здравната и социалната сигурност на населението в столицата.

Общинската здравна политика е част от социалната политика на държавата. Тя е вид здравна политика със специфични регионални цели и приоритети, свързани с начина на живот, здравна култура и ниво на здравеопазване.

Задълженията на общината, свързани със здравеопазването като здравно – политически функции се разглеждат в два аспекта:

- Отговорност пред общността за здравната сигурност. Привличане на общественото внимание и усилия за решаване на регионалните здравни проблеми;
- Осъществяване на правомощията за териториално администриране и контрол на обществените процеси, включително и тези свързани със здравната система на общинско ниво.

В областта на здравеопазването общините имат следните общи задачи:

- Икономически дейности за: финансиране на общинските здравни заведения извън клиничните пътеки. Закупуване на медицинска апаратура. Грижи по ремонти и



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

обзавеждането на детските ясли, детските заведения, здравните кабинети в училищата, детските кухни както и контрол върху изразходваните средства.

- Медицински дейности, свързани с персонала в детски градини и училища.

Участие и програми.

Участници и партньори в процесите на здравеопазването са медицинските професионалисти и гражданите.

Общината не е обикновен партньор, тя има авторитета на институция с местна власт и възможности да застане зад мащабни инициативи, каквито са интервенциите на общественото здравеопазване. Задачата е постигането на баланс между интересите и осигуряването на обществена подкрепа в посока решаване на здравните проблеми.

Проблемите в общинско здравеопазване се задълбочиха през последните години. С въвеждане на новите медицински стандарти и нивата на компетентност на болниците (заложи в разрешителните им за дейност) се намалиха броя на договорите клинични пътеки, като в определена част от тях има намаление, на цените в сравнение с тези през 2010 год. Промени се методиката за субсидиране на МЗ. През 2008г. общините приключиха с финансирането на диспансерите. Всичко това доведе допълнително до намаляване на приходите на общинските лечебни заведения и респективно на трудовите възнаграждения на персонала.

Общинските лечебни заведения формират своите възнаграждения от здравноосигурителните плащания от НЗОК.

В КТД се записват договореностите на национално ниво. На много места обаче поради липса на средства началните работни заплати по категории персонал са по-ниски. В КТД на национално ниво има текст съгласно, който се регламентира ежегодно договаряне на минималният размер на началните стартови заплати и допълнителните трудови възнаграждения.

Дейността на Отрасловия съвет за тристранно сътрудничество в здравеопазването започва от май 2001 година .

На общинско ниво също има изградени редица Общински съвети за тристранно сътрудничество. Те включват представители на синдикалните и работодателски организации, признати на национално ниво и представители на местната власт на паритетна



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Ивестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКОВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

основа. Всички КТД са изработени на база на отрасловия КТД, сключен на национално ниво.

Различен е въпросът с работещите медицински специалисти в детските здравни заведения - детските ясли, училищните здравни кабинети, обединените детски заведения, детските кухни и др. Тези здравни заведения са регистрирани по Закона за здравето, а не по Закона за лечебните заведения и поради този факт министерството на здравеопазването не е принципал. Собственик е общината в която се намира детското заведение. Поради този факт Министъра на здравеопазването отказа да подпише КТД с наличието на тези здравни заведения. Затова Федерацията на здравеопазването със своите структури води интензивна работа, на базата на отраслевия КТД да разработва КТД на общинско ниво. Тези КТД се подписват от Кмета на съответната Община. В момента са сключени 64 КТД.

Положителни резултати в КТД са:

- исканията на СО относно прилагането на чл. 57 рал.2 – договаряне на условията за присъединяване
- за продължителна работа в размер на 1% от индивидуалната основна месечна заплата за всяка година трудов стаж;
- нормалната продължителност на работния ден за медицинските специалисти и педагози в Детски ясли, ОДЗ, ЦДГ, УЗК, КДХ и р. е 8 часа, от които 1 час е за самоподготовка, която да се провежда извън детското заведение, съгласно правилника за вътрешния ред;
- за нощен труд – заплащане не по-малко от 35% от минималната часова ставка, съгласно чл. 261 от КТ;
- при вътрешно заместване по чл. 259 от КТ, когато се замества повече от десет календарни дни размерът е не по-малко от 30% и не повече от 50% от ОМРЗ на заместващия;
- финансиращият орган осигурява средства за работно облекло и обувки ежегодно, като средствата се разчитат по бюджета по съответната дейност – във функция „Здравеопазване“ и др.

Все още обаче се срещат трудности при договаряне на минимални начални заплати при работещите в детско и училищно здравеопазване.



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)







Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Ивестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

ДУЗ е структура с делегиран бюджет, на който кметът като работодател е вторичен разпоредител. По общини има изградени дирекции „Финанси на общините“, които извършват дейностите по съставяне, изпълнение и приключване на консолидираната фискална програма в частта за общините.

Финансирането на делегираните от държавата дейности във функция „Здравеопазване“ се извършва на базата на стандарти. Делението на дейностите и стандартите се актуализира ежегодно с Решение на Министерския съвет. Дирекцията разработва по общини разчети за числеността на персонала и средната месечна брутна заплата във Функция „Здравеопазване“.

За съжаление медицинския персонал в училищата и детските заведения е най-ниско платен, а отговорностите му многократно са се увеличили. Една медицинска сестра в детска ясла се грижи почти за двойно повече деца, отколкото се полага по норматив, тъй като общините решават проблемите с приема за сметка на тяхната натовареност. В училищата пък една медицинска сестра отговаря за 800 ученици. Медицинските сестри, работещи с деца, отговарят за тяхното здраве и се справят много добре с тази си отговорност, но в същото време са на най-долния регистър на длъжностите в България, което пречи да им се увеличи заплатата, дори общините да проявят разбиране.

Следователно няма възможност за допълнителни средства към възнагражденията на персонала в тези заведения, както е при медицинските работници от лечебните заведения, където средствата зависят от приходите на заведенията, които са търговски дружества.

Тук важна роля играе синдикалната организация на ниво община. Синдикатите и кмета договарят в КТД по-висок размер на основна месечна заплата, отпуск, време и режим на организация на работа, професионално развитие и квалификация, безопасни и здравословни условия на труд и др. Една от основните цели на СО е сключването на КТД.

На 4 юни 2010 г. Федерация на синдикатите в здравеопазването при КНСБ и Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи организираха кръгла маса по проблемите на ДУЗ „Предизвикателствата пред училищното и детско здравеопазване-необходимите и възможни решения“.

На 13.02.2013г. в гр.София между Столична община, представлявана от г-жа Йорданка Фандъкова и синдикални организации към ФСЗ, представлявани от г-жа Веска Никова и маг.фарм.Слава Златанова и синдикални организации към МФ „Подкрепа“,

*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Ивестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

представявани от г-жа Маргарита Петрова беше сключен КТД по въпросите на трудовите, осигурителните и социалните отношения, които не са регламентирани в Кодекса на труда и действащите подзаконовни нормативни актове с него за работещите в Детски ясли, ОДЗ, ЦДГ, УЗК, КДХ, КДХ с БМК и други на територията на Столична община.

Съгласно цитирания КТД минималните размери на трудовите възнаграждения на работещите синдикални членове в Детски ясли, ОДЗ, ЦДГ, УЗК, КДХ, КДХ с БМК и други се договарят ежегодно преди приемането на бюджета на Столична община, като са съобразени с КТД в отрасъл „Здравеопазване“.

Началната основна заплата по категория персонал в общинските Детски ясли, ОДЗ, ЦДГ, УЗК, КДХ, КДХ с БМК и други в София –град, не могат да бъдат по-малки от:

№	Категории персонал	Начални основни месечни заплати 01.01.2013г.
1.	Лекар	650
2.	Медицински професионалист по здравни грижи	480
3.	Немедицински специалист – бакалавър, магистър – педагог, пряко участващ в работата с децата	480
4.	Немедицински специалист – бакалавър, магистър – счетоводител, неучастващ пряко в работата с децата	450
5.	Немедицински специалист – счетоводител, каснер, домакин	400
6.	Квалифицирани работници: - майстор готвач; - помощник готвач; - оператор на транспортни средства	370 370 МРЗ
7.	Неквалифицирани работници: - детегледачка в детски ясли; - перач; - чистач; - огняр; - общ работник в кухня	350 МРЗ МРЗ МРЗ МРЗ

В КТД е договорено, че на районно ниво работодателите и синдикатите могат да договарят и по-висок размер на началните основни месечни заплати и допълнителни трудови възнаграждения при наличие на средства от бюджета.

Страните по КТД са договорили и допълнителни възнаграждения:

- За придобит стаж и професионален опит в размер на 1% от индивидуалната основна месечна заплата за всяка година трудов стаж;
- Обезщетения по чл.222, ал.3 от КТ, а именно при прекратяване на трудовото правоотношение, след като работникът или служителът е придобил право на пенсия за



Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенцията по заетостта.

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“  
Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

осигурителен стаж и възраст, независимо от основанието за прекратяването, той има право на обезщетение от работодателя в размер на брутно му трудово възнаграждение за срок от 2 месеца, а ако е работил при същия работодател през последните 10 години от трудовия му стаж - на обезщетение в размер на брутно му трудово възнаграждение за срок от 6 месеца;

- Медицинските специалисти, работещи в специализирани училища и детски градини със специфични условия на труд получават допълнително възнаграждение в размер на 10% от основната месечна заплата;
- На служителите, работещи при условията на чл.259 от КТ (заместване на отсъстващ служител) се заплаща допълнително възнаграждение в размер на 50% от основната работна заплата на титуляра;
- При реализирани икономии от фонд „Работна заплата“ се изплаща допълнително материално стимулиране на всеки три месеца.

#### **4.Формиране на работните заплати**

##### **4.1.Формиране на работни заплати на работещите в първичната и специализираната извънболнична помощ (ПИМП и СИМП)**

В много неблагоприятно положение са професионалистите по здравни грижи работещи в индивидуалните практики за първична, специализирана и стоматологична помощ. Тези хора не могат да сформират синдикална организация и да бъдат част от Колективния трудов договор.

Това, което прави ФСЗ е ежегодно да договаря по-високи минимални осигурителни доходи, като възможност за осигуряване на по-високи възнаграждения на работещите и съответно на по-големи обезщетения, когато се наложи (болнични, бюро по труда, пенсия).

##### **4.2.Формиране на работни заплати за работещите в лечебни заведения за болнична помощ**

Важен момент за формирането на работни заплати в лечебните заведения за болнична помощ са клаузите в Колективния трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“. В него те са разделени на три групи съобразени с обемите и цените на медицинските услуги, които могат да оказват на пациентите. Договорените минимални начални работни заплати по категории персонал са основата при преговори (лечебно заведение), като се дава възможност за по-високи стойности на основните заплати и допълнителните плащания.



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Ивестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

## **5. Препоръки за оптимизирането на механизмите за определяне на заплащането в сектора на здравеопазване в България**

**5.1. Премахването на статута на търговските дружества и приемането на специфичен закон за регистрация и финансиране на лечебните заведения ще доведе до по-ефективен контрол и възможности за ефективно подпомагане от страна на собствениците – държава и общини.**

**5.2. В социалния диалог на различните равнища – национално, отраслово, общинско и на ниво лечебни заведения би следвало да бъдат представени и да участват активно и представители на частните работодатели.** Към настоящия момент, поради факта, че национално представените работодатели, които участват в социалния диалог се назначават от държавата/министерство на здравеопазването означава, че на национално ниво в рамките на НСТС синдикатите работят всъщност не с две, а с една като представителство страни – държавата и назначените от държавата работодатели. Всъщност техните разбирания, правомощия и действия са еднакви с държавата визия, подходи и отговорности.

**5.3. Необходимо е да се разработят и приемат рамкови правила от социалните партньори за формирането на работната заплата на работещите в лечебните и частни заведения в частта на приходите от публични средства, които в момент съставляват повече от 95% от общите приходи.** Въвеждане на принципа, че публичните средства за здравеопазване служат за формиране на работни заплати, които са регулирани и съобразени с нивата на приходи в другите сектори, а не определяни само на пазарен принцип и по правилата на търговските дружества. Нивата на заплащане в здравеопазването следва да бъдат във високата си част съобразени и пропорционални в определени граници на заплатите в ниската част на нивата.

Интересен пример, който би могъл да се проучи и анализира е Македония. В тази страна лекарите имат право да работят само в държавния или в частния сектор. Поставен е праг на заплатата в държавния сектор, където са насочени всички публични средства в размер на 3 000 евро. Това означава, че пирамидата на заплатите в Македония е по-ниска височина и с много широка база/основа в сравнение със същата графика в България, където тази пирамида е островърха, с голяма височина и тясна база.



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)





Европейски съюз

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ“  
АГЕНЦИЯ ПО ЗАЕТОСТТА

*Инвестира във вашето бъдеще!*

ПРОЕКТ „СИГУРНОСТ ЧРЕЗ ЗАКОНА, ГЪВКАВОСТ ЧРЕЗ КОЛЕКТИВНОТО ТРУДОВО ДОГОВАРЯНЕ“

Проектът се осъществява от Конфедерация на независимите синдикати в България с финансовата помощ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз и Република България по договор No BG051-PO 001-2.1.03



Европейски социален фонд

**5.4.Инициране на съответни нормативни промени (Кодексът на труда) за признаване на часовете на работа на медицинските специалисти в лечебното заведение, отработени в режим на разположение като нормално работно време със съответното заплащане.** Към настоящия момент часовете на разположение се заплащат по около 50 ст. на час. Признаване на часовете на разположение за нормално работно време и адекватно заплащане желаят повечето членове на ФСЗ, които бяха анкетирани на форуми – заседания и събрания и по телефона.

**5.5. Непреодолим до този момент е проблемът за договаряне на национално ниво на указания за разпределение на средствата за допълнително материално стимулиране.** Като бъдеща възможност в КТД на ниво отрасъл може да бъде записано, че средствата за допълнително материално стимулиране не могат да бъдат повече от например 30-50 % от плащанията с постоянен характер.

**5.6.Необходими са нормативни промени, чрез които да са създадат повече правомощия за синдикатите и работодателите, като КТД се превърне в реална основа за преговори и определяне на трудовите възнаграждения в сектор „Здравеопазване“.** Ставайки основа за преговори в КТД на ниво лечебно или здравно заведение ще се даде възможност за преодоляване на драстичните разлики във възнагражденията между отделните специалисти и отделните категории работещи.



*Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. КНСБ носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ, и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или на Агенция по заетостта.*

За контакти: София 1000, пл. „Македония“ 1, тел. 02 4010 540; [projectesf@citub.net](mailto:projectesf@citub.net), [www.knsb-bg.org](http://www.knsb-bg.org)

