

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ В БОЛГАРИИ И В МЕЖДУНАРОДНОМ
МАСШТАБЕ

Румяна Янева, Доц.

Тихомира Златанова, Проф. д-р

Цветелина Петрова-Готова, Доц.

Николай Попов, Проф.

Факультет общественного здравоохранения

Медицинский университет Софии, Болгария

Аннотация: Оплата медицинского персонала рассматривается как ключевой фактор, влияющий на удовлетворенность работой, стабильность системы здравоохранения и миграцию работников здравоохранения внутри и между странами. Заработная плата является основным компонентом затрат на рабочую силу, что, в свою очередь, определяет региональные и локальные решения, касающиеся статуса рабочей силы.

Системы и уровни заработной платы и их влияние на рабочую силу связаны в той или иной степени в разных странах с тем, как они финансируют определенную систему здравоохранения и объемом средств, которые каждая страна выделяет на здоровье.

Ключевые слова: заработная плата, здравоохранение, медицинский персонал.

COMPARATIVE ANALYSIS OF WAGES IN HEALTH CARE IN
BULGARIA AND INTERNATIONALLY

Rumyana Yaneva, Assoc. Prof.

Tihomira Zlatanova, Prof.,MD,
Tsvetelina Petrova-Gotova, Assoc. Prof.
Nikolay Popov, Prof.
Faculty of Public Health
Medical University – Sofia, Bulgaria

Summary: Payment of medical staff is seen as a key factor affecting job satisfaction, the stability of the health system and the migration of health professionals within and across countries. Wages are a major component of the cost of labor, which in turn determines regional and local decisions that concern the status of the workforce.

Systems and the levels of payment and their impact on the workforce are involved in varying degrees in the different countries with the mode of financing of the health system and the amount of financial resources each nation allocates for health.

Keywords: payment, healthcare, medical staff

Одной из наиболее важных причин оказания большего объема и более высокого качества медицинской помощи является экономический интерес работников в секторе здравоохранения. Поэтому системы оплаты труда индивидуального труда имеют решающее значение для экономики здравоохранения.

Оплата медицинского персонала рассматривается как ключевой фактор, влияющий на удовлетворенность работой, стабильность системы здравоохранения и миграцию работников здравоохранения внутри и между странами. Заработная плата является основным компонентом затрат на

рабочую силу, что, в свою очередь, определяет региональные и локальные решения, касающиеся статуса рабочей силы.

Заработная плата в системе здравоохранения Болгарии

Изменения в условиях медицинского страхования

Евг. Делчева (2011) отмечает, что принятие Закона о лечебных заведениях и введение медицинского страхования как способа финансирования медицинской помощи изменили в корне отношения и существующую систему оплаты труда в общественном секторе в следующих направлениях:

- переход от полного доминирования наемных трудовых отношений к введению и расширению отношений самозанятости и осуществления свободной профессии;
- переход от полного господства коллективной модели определения заработной платы к расширению индивидуальной модели;
- переход от 100% определения нерыночной заработной платы в государственном секторе к созданию коммерческих фирм;
- переход от одного основного источника заработной платы (государственных бюджетов в целом) к множественности источников и форм оплаты труда;
- переход от одной системы оплаты труда к плюрализму в системах оплаты труда – например, специалисты получают вознаграждение за каждый визит в зависимости и от пакета деятельности; работающие медсестры и сотрудники больниц получают зарплату, но в условиях более четко построенного рынка труда.

Реформа здравоохранения и новые способы финансирования здравоохранения положительно отражаются на заработной плате нанятых по трудовым договорам работников.

Кроме того, реформа здравоохранения приводит к значительному увеличению реальной заработной платы в учреждениях общественного здравоохранения, в то время как официально зарегистрированная заработная плата в частном секторе отстает от общего роста реальной заработной платы в стране и особенно в отношении сектора общественного здравоохранения. [3]

Система оплаты труда

Система оплаты труда в бюджетных медицинских и лечебных заведениях относится к системе «за отработанное время» или «зарплаты». Эта система типична для всех бюджетных организаций и переносят общие последствия и ограничения со стороны государства. Постановлением определяются максимальные значения и диапазон базовых окладов по уровням позиции в бюджетных организациях.

В лечебных заведениях, имеющих коммерческий статус и с более 50% собственности государства и муниципалитетов, применяются комбинированные системы оплаты труда, т.е. сочетание заработной платы за отработанное время и оплаты за проделанную работу.

Медицинские учреждения, которые находятся в частной собственности юридических и физических лиц, применяют различные системы оплаты труда, приоритетно связанные с выполняемой работой.

В соответствии с общим Постановлением о структуре и организации заработной платы (Декрет № 4 от 17.01.2007 г., ДВ №49 от 29 июня 2012 г.), структура заработной платы в здравоохранении формируется из:

- *базовой заработной платы* в соответствии с действующими правилами и применяемой системой оплаты труда.

- *дополнительного вознаграждения* в соответствии с Трудовым кодексом, определенного законом или коллективным договором. Предоставляется в деньгах и в натуральной форме.

- *вознаграждения за проделанную работу и достигнутые результаты* – в сущности, это элемент дополнительной заработной платы, но из-за его важности, мы отмечаем его как отдельный компонент. У этого вознаграждения переменный характер и оно зависит от объема услуг, оказываемых по договору с Национальным фондом медицинского страхования (НФОМС) или выплаченных средств пациентами и др. В разных больницах определяется ежеквартально или ежемесячно. Исходя из требований Национального рамочного соглашения (НРС) не менее 30% доходов НФМС выделяются для непосредственных исполнителей амбулаторной помощи, 40% больничных доходов и до 40% других поступлений (от платных услуг) должны быть распределены среди работников больницы по методике, принятой и утвержденной соответствующими руководствами и коллективами.

Регулирование заработной платы в учреждениях здравоохранения - компаниях с более чем 50% государственного или муниципального участия

Все компании, имеющие более 50% государственного или муниципального участия, могут быть подвергнуты процессу формирования фондов заработной платы через общее постановление Совета министров. Из-за специфики рыночной среды в сфере здравоохранения и долгосрочности задолженностей лечебных заведений, Министерство здравоохранения ежегодно издает конкретный законодательный акт - Инструкции для медицинских учреждений с более чем 50% государственного или муниципального участия. В соответствии с

этим актом, средства на выплату окладов формируются ежеквартально и зависят в основном от финансово-экономической ситуации и полученных доходов. При отрицательных финансовых результатах и долгах средства на оплату труда не увеличиваются. При положительных финансовых результатах выделяется часть излишка для увеличения трудовых вознаграждений.

Формирование заработной платы

Модель «Коллективных переговоров» (в национально-централизованной версии) применяется в Болгарии с 1991 года, но в последние годы его роль на социальной сцене ослабла. Коллективные переговоры предшествуют, но не заменяют индивидуальных переговоров. Они применяются в странах с социальным государством и являются выражением социального партнерства. [2]

Формирование заработной платы работников первичной и специализированной амбулаторной помощи

В очень неблагоприятных условиях оказались специалисты частной практики в области первичной, специализированной и стоматологической помощи. Они должны образовать профсоюз и стать частью коллективного договора.

Федерация профсоюзов здравоохранения ежегодно пытается вести переговоры за более высокий минимальный страховой доход, как возможность обеспечить более высокую заработную плату работающим и тем самым более высокие обеспечения, когда это необходимо (бюллетени, биржа труда, пенсии).

Формирование заработной платы для работников в больницах

Важным моментом при формировании заработной платы в медицинских учреждениях для стационарной помощи являются положения

в коллективном договоре сектора «Здравоохранение». В нем больницы разделены на три группы в зависимости от объемов и цен на медицинские услуги, которые могут быть оказываемы пациентам. Согласованные минимальные стартовые зарплаты для категорий персонала являются основой при переговорах (в больнице), что обеспечивает более высокие уровни базовых окладов и дополнительных выплат [1]

Международное обозрение:

Мы представляем данные проведенного исследования „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) Рассмотрены уровни оплаты двадцати стран - Аргентины, Беларуси, Бельгии, Бразилии, Чили, Колумбии, Чехии, Финляндии, Германии, Индии, Мексики, Нидерландов, Польши, России, Южной Африки (ЮАР), Испании, Швеции, Украины, Соединенного Королевства (Великобритании) и Соединенных Штатов Америки (США)). Основная цель состоит в том, чтобы проверить, в какой степени заработная плата, ранжирование, стандартизированные нива оплаты труда и дисперсии заработной платы сходны между 16 профессиональными группами в отдельных странах и какие факторы могут быть связаны с различиями, которые появляются [1].

Платежи в национальных валютах стандартизированы в долларах.

Паритет покупательной способности (ППС) представляет собой соотношения реальных цен в национальных валютах для одного и того же продукта в разных странах партнерах, агрегированные на макроэкономическом уровне (ВВП) и используются для преобразования ценовых показателей от национальных к единой валюте. Путем ППС

устраняется влияние различных уровней цен в национальной экономике и приравнивается покупательная способность национальных валют к единой валюте. Самой популярной концепцией единой валюты является международный доллар (международный доллар или доллар ППС), который определяется Всемирным банком.

В приведенном выше исследовании были рассмотрены платежи в 16 профессиональных группах в секторе здравоохранения в 20 странах. Зарплаты стандартизированы в долларах, приведены в ППС и проиндексированы на 2011 год. Шестнадцать профессиональных групп классифицированы от самого низкого до самого высокого значения заработной платы, где 1 – ой соответствует самая низкая стоимость.

Таблица 1. *Значение средней почасовой национальной заработной платы 16 профессиональных групп в секторе здравоохранения, стандартное отклонение, минимальное и максимальное значение заработной платы (в стандартизированных долларах США, проиндексированы к уровню 2011 года) и макс/мин соотношение*

Государство	Средняя почасовая заработная плата (СПЗП)	Стандарт. Отклонен. (SD)	Min. СПЗП	Max. СПЗП	Соотнош. max/min СПЗП
Голландия	25.91	12.27	17.65	64.90	3.68
Великобритан.	25.53	10.62	12.93	54.95	4.25
САЩ	25.06	16.71	10.54	71.01	6.74
Бельгия	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
Финляндия	14.59	4.66	10.77	28.66	2.66
Чешка реп.	10.64	2.42	7.03	14.41	2.05
Беларусь	7.54	2.86	2.73	13.31	4.80
Польша	4.93	1.34	2.77	7.68	9.66

Русская федерация	4.12	1.72	1.90	7.17	3.79
Украина	3.25	0.90	1.83	4.67	2.55

Источник: „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 2: Значение средней почасовой заработной платы в 20 странах, а также стандартное отклонение, минимальные и максимальные оклады (в стандартизированных долларах США, проиндексированные к уровню 2011 года).

Специальности	Стандартизированные почасовые вознаграждения в USD			
	Среднее почасов. вознаграгр.	Стандарт отклонен (SD)	Min. СПВ	Max. СПВ
Врачи общей практики	26.02	17.64	3.55	71.01
Стоматологи	25.80	24.65	2.95	72.85
Фармацевты	19.99	14.61	2.45	48.58
Медицинские исследования и преподаватели	16.76	8.47	4.67	35.85
Медицинские управляющие	15.86	6.85	3.76	28.92
Медицинские специалисты по окружающей среде	14.02	7.86	2.74	27.67
Акушерки	13.06	7.84	2.20	24.47
Физиотерапевты	12.47	6.88	3.84	25.63
Другие медицинские профессионалисты	12.15	6.12	3.62	22.64
Специалисты по медицинской информатике	11.77	6.07	4.01	24.70
Медицинские работники	11.57	6.51	2.02	23.47
Медицинские сестры	11.41	7.58	1.90	23.42
Медицинские и фармацевтические техники	11.37	5.42	3.84	20.37
Другие ассоциированные медицинские специалисты	10.39	5.31	2.82	19.00
Медицинская администрация	9.94	5.18	2.90	19.02

Гигиенисты медицинской помощи	7.82	4.79	1.83	17.65
-------------------------------	------	------	------	-------

Источник: „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 3: *Средняя совокупная годовая зарплата в некоторых европейских странах в секторе «Здравоохранение» и социальные деятельности (ППС \$).*

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Голландия	37 258	36 934	39 086	39 405
Бельгия	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
Эстония	12 833	12 665	12 465	12 635
Болгария	7 179	8 049	8 138	8 604
Румыния	8 836	8 818	8 045	7 713

Источник: Евростат, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/>, 2013г.

Сравнительный обзор уровня заработной платы в некоторых европейских странах [1]

В Таблице 3 показаны восемь европейских стран, чьи общие расходы на здравоохранение находятся в середине к верхней части суммы этих расходов. Выбраны четыре государства-членов ЕС до 2004 года и четыре государства-членов ЕС после 2004 - страны бывшего социалистического блока (Болгария и Румыния были приняты в ЕС в 2007 году), которые находятся на позициях с низким уровнем общих затрат на здравоохранение.

Из первой группы стран, Нидерланды возглавляют таблицу вознаграждений медицинского персонала с наибольшим количеством

средств - 39 405, затем Австрия, Бельгия и Франция, в которых оплата за 2011 год похожа по размеру, в диапазоне от 34 371 до 24 866 (Франция за 2010 г.) ППС \$. По общим расходам на здравоохранение за 2008 год (ППС \$) страны классифицируются следующим образом: Нидерланды - 3 433,17; Австрия - 3 097,35; затем Бельгия – 2 891,48 и Франция – 2 817,09.

Во второй группе стран: Словакия - 13 272, Эстония - 12635, затем Болгария - 8604 и Румынии - 7 713.

Из представленных в таблицах 1 и 2 данных видно, что уровень оплаты труда работающих в секторе «Здравоохранение» согласуется с общими расходами на здравоохранение в каждой страны и находится в прямо пропорциональной зависимости.

В представленных восьми странах за четырехлетний период 2008-2011 г. увеличение средней совокупной годовой зарплаты в секторе «Здравоохранение» происходит по разному. Исключение составляют Эстония и Румыния, которые показывают снижение зарплаты.

В Болгарии наблюдаются огромные различия в зарплате одного и того же аналогичного труда врачей, работающих в стационарной помощи. Это объясняется следующими факторами:

- Собственностью больницы - в частных больницах, в принципе, заработная плата выше, чем в государственных и муниципальных больницах;

- Ценой законтрактованных т.наз. «клинических путей» – чем дороже «клинические пути», выполняемые больницей, тем больше средств выделяются из полученного дохода для оплаты. Например, специалисты в области инвазивной кардиологии получают зарплату, средний размер которой составляет от 10000 до 15000 левов, а некоторые ведущие специалисты получают более 30 000 левов;

- Отсутствием единых правил и способов оплаты, в соответствии с долей вложенного труда по специальности и качеством для государственных и муниципальных больниц;

- НФМС не имеет юридических полномочий определять, какой процент от общего числа медицинских страховых выплат, которые являются государственными средствами, будет выделен на рабочую силу (заработная плата, сверхурочные, здравоохранение и социальное страхование, социальные расходы) и какой процент на прямые «производственные» издержки.

Выводы:

Одной из наиболее важных причин оказания большего объема и более высокого качества медицинской помощи является экономический интерес тех, кто работает в области здравоохранения.

В последние годы в Болгарии растет эмиграция специалистов в области здравоохранения. Политические изменения, которые привели к свободному перемещению людей, товаров и услуг, привели к началу этого процесса. Экономические кризисы и региональные различия усиливают миграционные процессы.

Факторами, благоприятствующими решению о миграции врачей, являются: низкая оплата труда и дисбаланс в оплате труда специалистов, что сильно затрудняет работу.

Такие же проблемы со специалистами по уходу. Все еще не приняты государственные меры по повышению мотивации и оплаты труда медсестер.

Литература

1. Анализ „Системы и уровень заработной платы работающих в секторе „Здравоохранение“ в Болгарии и в мире“, Федерация профсоюзов здравоохранения при КНПБ, <http://www.fnsz.org/pdf/zt/czztvbg.pdf>, 35-38
2. Гладилов Ст., Е. Делчева. Икономика на здравеопазването. Изд-во Princeps, 2009. 355-361
3. Делчева Евг. Здравна икономика. Унив. Изд-во Стопанство, 2011. 174-181
4. Постановление о структуре и организации заработной платы (ПМС № 4 от 17.01.2007 г., **доп. ДВ. бр.49 от 29 июня 2012г.**)
5. Петрова Зл., Стр. Генов. Управление на здравната система. Изд-во Health Media, 2014. 126-137
6. Попов М., Б. Давидов. Управление на болницата. Изд-во Св. Кл. Охридски, 2004 .132-134
8. Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/>, 2013г.