

Экономическая оценка трудовых затрат медицинского персонала при определении тарифа клинико-статистических групп заболеваний

© 2016 Чилилов Абдула Магомедович
научный сотрудник отделения ортопедии и артрологии
Институт хирургии им. А.В. Вишневского
117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27
E-mail: chililov@mail.ru

Рассматриваются новые методические подходы и практические решения в сфере нормирования труда применительно к клинико-статистическим группам.

Ключевые слова: оплата медицинских услуг, трудоемкость и сложность медицинских услуг, фонд рабочего времени, глобальная трудоемкость, клинико-статистические группы.

Рассматривая оказание медицинских услуг с позиции используемых ресурсов (или, как принято говорить в классической экономической теории, “факторов производства”), необходимо признать главенствующую роль труда, как основного по стоимостным затратам ресурса. Историческая стадия медицинской деятельности изначально предполагала взаимодействие врача и пациента с минимальными затратами по другим видам ресурсов (не более 5-10 %). И только на современном этапе использование медицинских технологий (специализированная и высокотехнологическая медицинская помощь в отечественной интерпретации), активно развивающихся с середины XX в. и в настоящее время, начинает менять традиционные пропорции между видами ресурсов, необходимых для реализации этих технологий. Для ряда медицинских технологий в онкологии, гематологии, кардиологии, травматологии и ортопедии расходы, не связанные с оплатой труда медицинского и прочего персонала, достигают 90-95 % в связи со стоимостью расходных материалов, лекарственных препаратов, медицинских имплантов и амортизации медицинского оборудования. Современное оснащение больниц диагностическим и лечебным оборудованием в России, как результат проведенной модернизации, значительно увеличивает основные фонды и, как следствие, инвестиционные затраты.

Тем не менее пока еще можно считать здравоохранение “трудоемкой” отраслью национальной экономики, что подтверждается данными по стоимости используемых ресурсов в рамках программы государственных гарантий (ПГГ) по бесплатному оказанию медицинской помощи в России.

По данным отчетов медицинских организаций, реализующих ПГГ, большая часть затрат, связанных с ее реализацией, приходится на фонд

оплаты труда (с начислениями страховых взносов). Их размер выше в медицинских организациях, оказывающих услуги по территориальным программам обязательного медицинского страхования (ОМС), практически это 70 % всех расходов (см. рис. 1).

Учитывая сложившуюся пропорцию “бюджетной” и “страховой” составляющих ПГГ - 30 % и 70 %, можно определить средневзвешенные значения затрат по ПГГ, связанных с оплатой труда: $53,2 \cdot 0,3 + 69,6 \cdot 0,7 = 64,8 \%$. Анализируя диаграммы расходов по бюджету, в части прочих затрат (29,4 %), по сравнению с аналогичными расходами в системе ОМС (13,4 %) и учитывая специфику тарифов в системе ОМС (в тариф ОМС не включаются расходы, связанные с капитальным ремонтом и строительством и с приобретением оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб.), видим, что расходы бюджета по данным направлениям осуществляются и для медицинских организаций, выполняющих территориальную программу ОМС, и имеющих государственную и муниципальные формы собственности. Остальные, “типичные” для здравоохранения расходы (питание, медикаменты, коммунальные платежи) практически не отличаются в “бюджете” и в “страховании”. Исходя из этих соображений, можно считать долю заработной платы (с начислениями) на уровне 68 % общих расходов здравоохранения, а программу государственных гарантий - “трудоемкой”.

Анализируя текущую ситуацию с ресурсным обеспечением в отечественном здравоохранении и определяя границы оптимальности ресурсных пропорций, необходимо учитывать следующие обстоятельства, специфичные для России:

- большая часть ПГГ (и территориальных программ ОМС) реализуется государственными

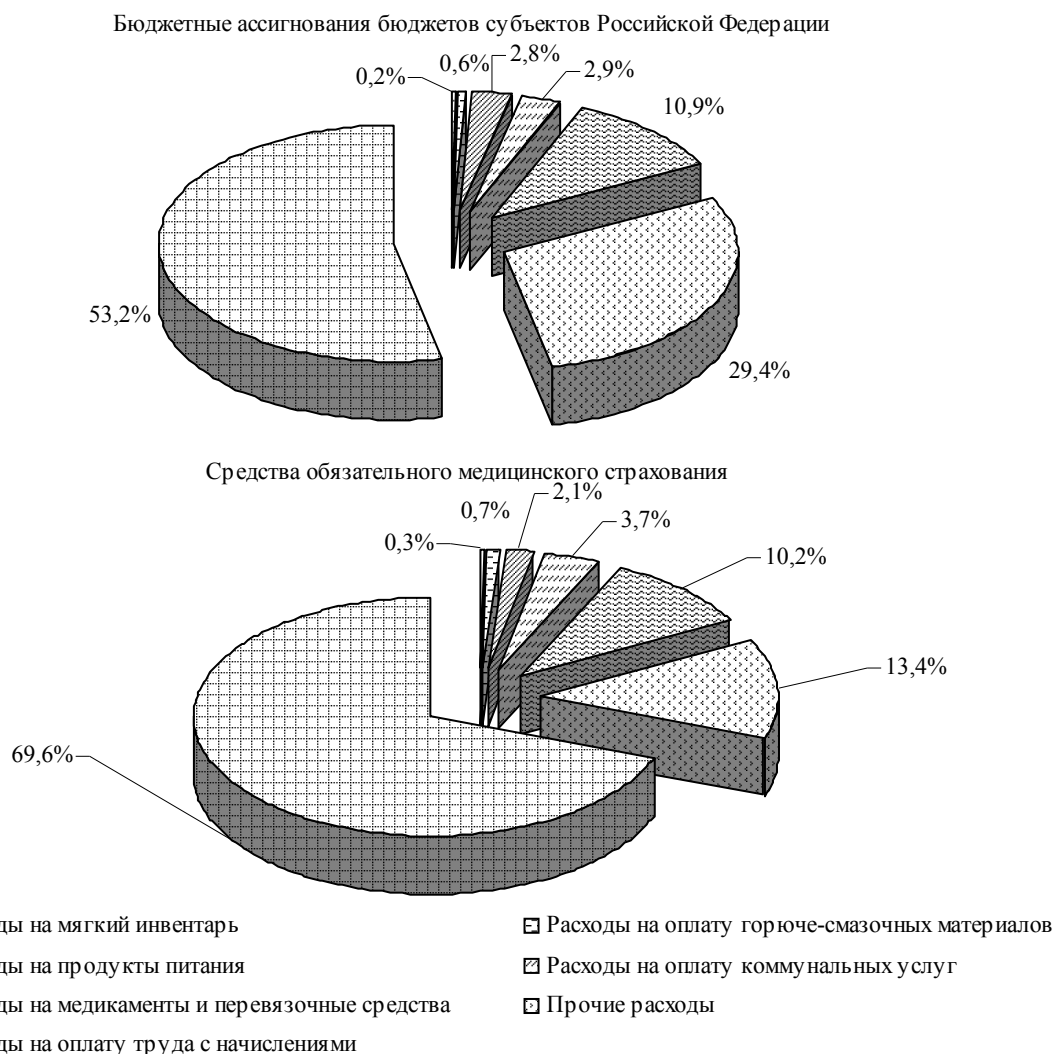


Рис. 1. Структура расходов на ПГГ в 2014 г.

Источник. Отчет ФФОМС по ПГГ за 2014 г.

и муниципальными медицинскими организациями. Хотя за последние три года (2012-2014) доля негосударственных медицинских организаций постоянно растет и превышает на сегодня 25 %, но это, так сказать, по “головам” - числу юридических лиц. Данные по объемам (и, соответственно, по финансовым средствам), выполняемым негосударственными медицинскими организациями, в ежегодных отчетах Министерства здравоохранения не представлены, а анализ плановых заданий территориальных программ отдельных субъектов РФ (там, где они формируются) показывает очень скромные цифры (от 0,5 до 3,5 %), так как “частники” в основном занимаются поликлинической стоматологией и гинекологией, осуществляют диагностику и выполняют эксклюзивные медицинские технологии в офтальмологии и по ЭКО;

• фонд оплаты труда (ФОТ) в государственных (муниципальных) медицинских организа-

циях формируется на основе проводимой тарификации медицинского и прочего персонала и зависит от числа занятых в медицинской организации ставок и параметров, определяющих особенности и условия труда специалистов (например, стаж, вредные условия труда, работа в сельской местности и т.п.). Число ставок (лечебного и прочего) персонала, в свою очередь, определяется в соответствии с “мощностью” медицинской организации (число и профильность коек, число посещений в смену, характеристика операционного, реанимационного или диагностического подразделения и т.п.). Необходимо отметить, что в системе “Семашко” постоянно проводилась работа по увязке нормативов штатной численности с объемом и спецификой деятельности медицинских организаций. Научно-методическая часть этой работы осуществлялась специалистами НИИ Минздрава СССР, а нормативно-регуляторная непосредственно органа-

ми управления здравоохранением, начиная с Минздрава СССР и заканчивая исполкомом сельского Совета. Наличие нормативной “вертикали” и “сметное” финансирование выстроили определенные пропорции в ресурсном обеспечении, изменить которые можно было только по “инстанции”. В настоящее время при проведении “тарификации” медицинской организации разрешено руководствоваться всеми существующими нормативными документами, позволяющими определить число “должностей” в медицинской организации. Даже порядки оказания медицинской помощи, утвержденные отраслевым министерством и обязательные для исполнения всеми медицинскими организациями (см. Федеральный закон № 323), в части штатных нормативов ограничиваются рекомендациями, и только по лечебному персоналу;

- принят в 2012 г. курс на повышение оплаты труда в здравоохранении физического лица, в части врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, имеющий конкретные параметры и по размеру средней заработной платы, и по срокам достижения этого показателя (см. табл. 1).

конечном итоге, к снижению качества услуг здравоохранения. В данной связи для целей расчета потребности в расходах на отрасль на ближайшие три года эксперты предположили, что неснижение качества услуг достигается при сохранении стабильного реального уровня всех остальных расходов, кроме ФОТ (с индексацией 5 % в год).

Учитывая специфику формирования фонда оплаты труда в отечественном здравоохранении, не связанную непосредственно с объемом и структурой ПГГ (базовой программы ОМС), закономерным является увеличение значения данного ресурса без изменения количества и качества медицинской деятельности. Тем более, что параметры средней зарплаты определены на физическое лицо, а не на “ставку” врача, среднего и младшего медицинского персонала. А “ставка” не наполнена объемом деятельности, являющейся совокупностью медицинских и сервисных услуг, оказываемых конкретными специалистами, конкретным пациентам.

Теоретически достижение средней заработной платы может обеспечиваться несколькими альтернативами:

- 1) простое повышение финансовой составляющей, обеспечивающей среднюю заработную

Таблица 1. Соотношение заработных плат медицинского персонала и врачей со средней заработной платой в 2013-2018 гг., %

Категория персонала	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Младший медицинский персонал (ММП)	50,1	51	52,4	70,5	100	100
Средний медицинский персонал (СМП)	75,6	76,2	79,3	86,3	100	100
Врачи	125,7	130,7	137	159,6	200	200

Источник. Чернявский А. Государство экономит на здоровье// Экспертный сайт Высшей школы экономики. URL: <http://opes.ru/1578279.html>.

Министерством здравоохранения определена динамическая работа по соотношению заработной платы отдельных категорий занятых на период 2013-2018 гг. (см. табл. 1), которая позволяет рассчитать ФОТ по отрасли и сопоставить его с данными об общих расходах бюджетной системы на здравоохранение в 2013-2016 гг. в соответствии с проектировками Минфина (см. табл. 2).

Из данных табл. 2 следует, что если жизнь будет складываться по сценарию Минфина, то доля ФОТ в объеме расходов быстро увеличится, это будет вести к деформации структуры затрат и, в

плату, по “сложившейся” лечебной сети и, соответственно, по “сложившейся” штатной численности медицинских работников;

- 2) уменьшение числа врачей, среднего и младшего медицинского персонала без существенного уменьшения “сложившегося” фонда оплаты труда в медицинских организациях, в том числе за счет закрытия “неэффективных” медицинских организаций;

- 3) поиск дополнительных составляющих источников для увеличения средней заработной платы на одно физическое лицо, например увеличение доли платности в здравоохранении, которая

Таблица 2. Общие расходы и ФОТ в здравоохранении в 2013-2016 гг., млрд руб.

	2013	2014	2015	2016
Расходы на здравоохранение ОНБП	2429,1	2508,3	2638,2	2837,3
Доля ФОТ в общих расходах, %	56	61	66	75
ФОТ в здравоохранении	1354,2	1542	1732	2136,1
Условная потребность в расходах на здравоохранение	2429	2671	2917	3380

Источник. Чернявский А. Государство экономит на здоровье// Экспертный сайт Высшей школы экономики. URL: <http://opes.ru/1578279.html>.

позволит часть полученных доходов направить на оплату труда медицинского персонала.

На практике, для выполнения “дорожных” карт, в части повышения оплаты труда, региональные власти применяют все три возможных альтернативы при условии высокой степени субъективности в части оценки “эффективности” или “неэффективности” региональной лечебной сети и отдельных медицинских организаций, формально используя средние, и очень сильно агрегированные, объемные нормативы ПГГ (базовой программы ОМС) для своего специфического региона, а то и к отдельной медицинской организации. Перед тем как оптимизировать лечебную сеть, необходимо сформировать параметры “оптимальной” деятельности и критерии изменения “средних” национальных нормативов с учетом объективных данных по заболеваемости и структуре населения, доступности медицинской помощи, специфике районирования медицинских организаций и т.п. Что касается активно развивающихся платных услуг, то в условиях отсутствия конкретизации медицинской деятельности в части “бесплатной” помощи любую медицинскую услугу (за редким исключением) можно с одинаковыми основаниями считать как “бесплатной”, так и “платой”.

В условиях неопределенности государственных гарантий и низкой платежеспособности населения ухудшается доступность медицинской помощи для широких слоев населения. Исследования, проводимые РМЭЗ НИУ ВШЭ, наглядно демонстрируют данную негативную тенденцию (см. рис. 2).

Первоочередное решение по повышению заработной платы при высокой неопределенности представленных возможных альтернатив неизбежно приведет к субъективному процессу “оптимизации” лечебной сети и сокращению реальных медицинских услуг, оказываемых населению бесплатно, с одной стороны, с другой стороны, ограниченное финансирование ПГГ (программы ОМС) и экспертные методы формирования тарифов ОМС на основе сложившихся затрат (данный метод допускается Правилами ОМС) уже сегодня приводят к вымыванию непосредственных расходов лечебного процесса в ущерб растущей заработной плате.

Такого же мнения придерживается профессор С.В. Шишкин, частные (официальные) расходы на здравоохранение в нашей стране превысили 30 %, доля неформальных платежей (деньгами или подарками) составляет в поликлинике 25 %, а в стационаре доходит до 30 %. По его мнению:

- “решение задачи повышения оплаты труда при запланированных размерах государственного финансирования здравоохранения ведет к дефициту средств на покрытие прочих расходов медицинских учреждений: на медикаменты, питание, использование, ремонт и приобретение медицинского оборудования и др;
- доля дефицита средств в требуемом объеме прочих расходов (увеличение прочих расходов с темпом инфляции минус экономия за счет мер по повышению эффективности) составит 49 % в 2018 г. Рост этого дефицита в 2016-2018 гг. будет означать:
- частичное перенесение покрытия требуемых расходов на домохозяйства;

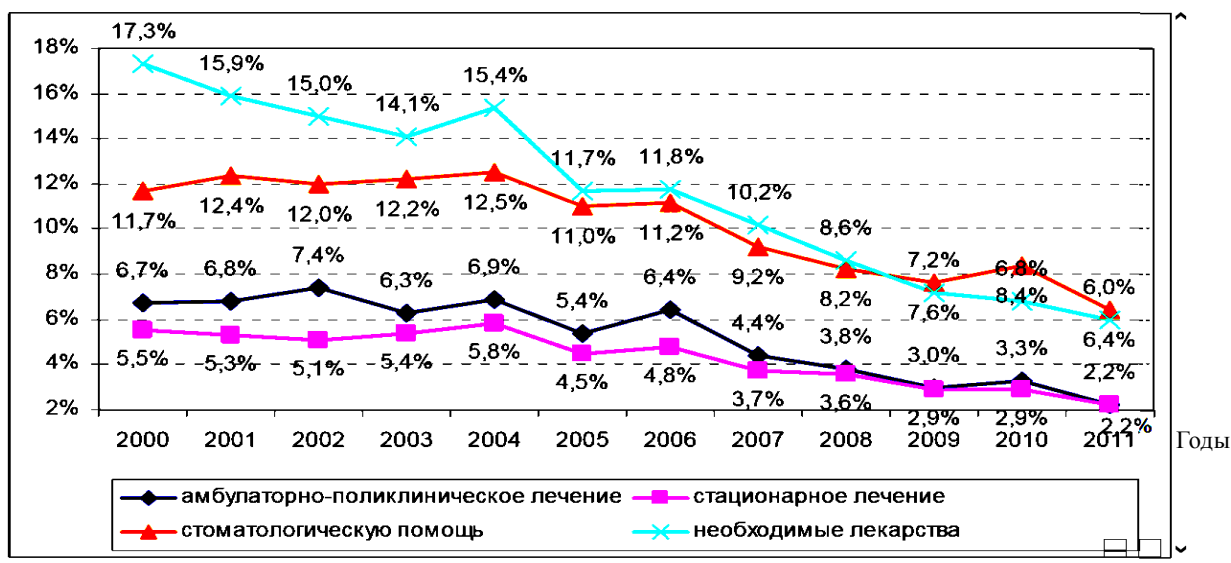


Рис. 2. Доля домохозяйств, члены которых в течение 12 месяцев до опроса только из-за нехватки денег не смогли получить лечение или необходимые лекарства

Источник. РМЭЗ НИУ ВШЭ.

- *рост цен на медицинскую помощь и, соответственно, снижение ее доступности для не-обеспеченных групп населения;*

- *увеличение простоев медицинского оборудо-вания и, соответственно, доступности диагно-стических и лабораторных исследований и т.д.;*

- *сокращение обновления медицинского обо-рудования и усиление технологического отстава-ния здравоохранения от западных стран”*¹.

Министр здравоохранения В.И. Скворцова от-метила, что в целом по стране в 2014 г. средне-месячная заработная плата врачей и работников медицинских организаций достигла 46,2 тыс. руб-лей, среднего медицинского (фармацевтического) персонала - до 26,3 тыс. руб.²

Вместе с тем проведенные Минздравом и Росздравнадзором проверки по жалобам граж-дан показали, что в региональных медицинских организациях заработные платы у медицинских работников со сходным уровнем квалификации, стажем и должностью существенно образом различаются. В некоторых случаях - до 9 раз. Причина дисбаланса - низкая доля фиксирован-ной части дохода (оклада) в структуре зарплаты, которая составляет от 15 до 30 % при необосно-ванно высокой доле стимулирующих выплат - более 50 %, распределение которых часто субъек-тивно³.

Министерством здравоохранения Российской Федерации проведен анализ действующих сис-тем оплаты труда медицинских работников уч-реждений здравоохранения субъектов РФ. Из полученных данных следует, что в большинстве субъектов Российской Федерации сложилась неоп-тимальная структура заработной платы меди-цинских работников, приводящая к значитель-ной как межрегиональной, так и внутрирегио-нальной дифференциации заработной платы меди-цинских работников одних и тех же медицин-ских специальностей и типов учреждений.

В Письме Министерства здравоохранения РФ “О совершенствовании региональных и му-ниципальных систем оплаты труда медицинских работников” компенсировать возникшие дис-пропорции в ресурсном обеспечении предлагается следующим образом:

“В целях сохранения кадрового потенциала отрасли, повышения престижности и привлека-тельности работы в медицинских организациях и в соответствии с утвержденными решением Рос-сийской трехсторонней комиссии по регулирова-нию социально-трудовых отношений (протокол от 25 декабря 2013 года □ 11) Едиными рекоменда-циями по установлению на федеральном, регио-нальном и местном уровнях систем оплаты тру-да работников государственных и муниципальных

*учреждений на 2014 год полагаем целесообразным провести в субъектах Российской Федерации ра-боту по совершенствованию систем оплаты тру-да медицинских работников, направленных на вне-дрение новых подходов к формированию гаран-тированной части заработной платы, сбалансиро-вав долю тарифной части заработка работников и иных выплат таким образом, чтобы 55 - 60 % заработной платы составляли стимулирующие выплаты за достижение конкретных результа-тов деятельности по показателям и критериям эффективности, 10 - 15 % структуры заробот-ной платы - компенсационные выплаты в зависи-мости от условий труда медицинских работни-ков”*⁴.

Бесспорно, отраслевая система оплаты труда нуждается в постоянном совершенствовании, и рекомендации Минздрава РФ позволят упоря-дочить соотношение между “гарантированным” окладом, стимулирующими выплатами и ком-пенсационными выплатами в зависимости от ус-ловий труда медицинских работников. Но при этом необходимо учитывать, что рекомендуемые соотношения в оплате труда не являются норма-тивом, оценивающим данный труд, и не отвеча-ют на вопросы, связанные непосредственно с нор-мированием медицинской и немедицинской де-ятельности.

Единственным нормативным документом, на основании которого можно измерить объем ме-дицинской деятельности врачебного и среднего медицинского персонала и определенным обра-зом оценить стоимость этой деятельности в за-висимости от заболевания (состояния) пациента, а также в соответствии с используемой меди-цинской технологией, являются стандарты ме-дицинской помощи. В соответствии с Федераль-ным законом от 21 ноября 2011 г. □ 323 “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” стандарт медицинской помощи (СМП) определен как средний набор медицин-ских услуг, включенных в номенклатуру, утвер-жденную отраслевым министерством.

В СМП применительно к услугам использу-ются два численных значения:

- среднее число медицинских услуг в рам-ках законченного случая лечения по стандарту, определяемое как среднее арифметическое в до-пустимом диапазоне отклонений от минималь-ного до максимального значения. Диапазон от-клонений рассчитывается по принципам доказа-тельной медицины на основе современной тео-рии и практики диагностики и лечения различ-ных заболеваний;

- средняя частота применения медицинской услуги, определяемая как долевое значение па-

циентов, которым (по заключению лечащего врача, врачебного консилиума, врачебной комиссии и т.п.) необходимо оказание данных диагностических или лечебных услуг. Данный показатель является вероятностным (т.е. стохастическим) и может быть определен только на основе рассмотрения статистических совокупностей и репрезентативных выборок или экспертным путем с последующим практическим подтверждением (или опровержением). Значение этого показателя, равное единице, означает, что данная услуга, как правило, оказывается каждому пациенту, заболевание (состояние) которого соответствует модели пациента, для которой разработан (и утвержден) СМП. Средняя частота применения также может подвергаться пересмотру на принципах доказательной медицины.

С точки зрения наличия информации для нормативной оценки стоимости медицинской деятельности (а именно нормативный метод расчета тарифа ОМС стоит первым в перечне предлагаемых методов экономических расчетов в рамках Правил ОМС, утвержденных Минздравом РФ), стандарт медицинской помощи содержит исходные данные, характеризующие только клинические аспекты. Подобные клинические данные могут содержаться не только в стандартах, но и в любом, одобренном медицинским сообществом (группой клиницистов) среднем наборе услуг для лечения и диагностики заболевания или группы заболеваний с учетом корректного формирования среднего числа и средней частоты применения медицинских услуг.

Рассматривая совокупность медицинских услуг в рамках статистически достоверного (или прогнозируемого) количества пациентов, для диагностики и лечения которых необходимы конкретные медицинские технологии, можно доста-

точно точно определить суммарное время медицинской и немедицинской деятельности по следующей формуле:

$$T_{\theta/c} = \sum (Y_i \cdot \Psi_i) \cdot t_i(\theta/c), \quad (1)$$

где $T_{\theta/c}$ - время медицинской деятельности врачебного (θ) и (или) среднего медицинского персонала (c);

Y_i - количество i -х услуг с соответствующей частотой применения Ψ ;

Ψ_i - частота применения для i -х услуг;

$t_i(\theta/c)$ - трудоемкость (время выполнения) медицинских услуг врачебным и (или) средним медицинским персоналом.

Номенклатура медицинских услуг, утвержденная Минздравом РФ в 2013 г., не содержит данных по времени выполнения медицинских услуг (t_i), данный параметр может быть определен на основании технических характеристик диагностического и лечебного оборудования, с помощью которого эти услуги выполняются, и времени, необходимого для подготовки оборудования для следующего использования.

$$t_i = t_n + t_o + t_3, \quad (2)$$

где t_n - время подготовки пациента (оборудования) к оказанию медицинской услуги;

t_o - время непосредственного использования медицинского оборудования при оказании услуги;

t_3 - время, необходимое для начала следующего этапа подготовки пациента (оборудования) к оказанию медицинской услуги (может быть равным нулю).

Значение параметров t_3 и t_n необходимо учитывать не только для корректного расчета трудозатрат, но и для оценки медицинской деятельности по услугам, допускающим одновременное выполнение одним и тем же специалистом (например, физиотерапия), и расчета коэффициента одновременного выполнения медицинских услуг - K_τ (см. рис. 3).

1 услуга: /... t_n .../ t_o .../ t_3 .../

2 услуга: /... t_n .../ t_o .../ t_3 .../

3 услуга: /... t_n .../ t_o .../ t_3 .../

4 услуга: /... t_n .../ t_o .../ t_3 .../

5 услуга: /... t_n .../ t_o .../ t_3 .../

Рис. 3. Схема определения K_τ

Из представленной схемы очевидно, что один специалист не сможет одновременно обслуживать больше 4 пациентов, так как подготовительное время для пятой услуги (t_n) совпадает с окончанием времени непосредственного использования медицинского оборудования для первой медицинской услуги с (t_0).

Коэффициент одновременного выполнения медицинских услуг определяется по следующей формуле:

$$K_{\tau} = (t_i - t_n - t_3) / t_n. \quad (3)$$

Данная формула может быть преобразована в более простой вид, если t_3 равно нулю:

$$K_{\tau} = t_0 / t_n. \quad (4)$$

При одновременном выполнении нескольких услуг одним специалистом формула (1) примет следующий вид:

$$T_{e/c} = \sum (Y_i \cdot Q_i) \cdot t_i / K_{\tau}. \quad (5)$$

Для медицинских услуг, выполняемых непосредственно врачебным и средним медицинским персоналом, без применения медицинского оборудования время выполнения определяется хронометражем.

Кроме того, номенклатура медицинских услуг не содержит данных по составу сложных медицинских услуг, что усложняет оценку времени их выполнения по совокупности входящих в нее простых медицинских услуг и делает некорректным применение коэффициента маржинальности. По этой причине оптимальным способом оценки времени сложных услуг является проведение хронометража.

До утверждения приказом МЗ РФ времени выполнения медицинских услуг в рамках номенклатуры медицинских услуг определение трудоемкости услуг можно отнести к компетенции структуры, отвечающей за нормирование медицинской деятельности и оценку стоимости труда в здравоохранении на уровне субъекта РФ.

Определение фонда рабочего времени врачебного и среднего медицинского персонала не представляет особых трудностей и рассчитывается исходя из длительности рабочей недели и отпускного периода (см. табл. 3).

Традиционно в здравоохранении России трудоемкость услуг определялась в условных еди-

ницах трудоемкости (УЕТ). Различные источники определяют разное значение УЕТ в минутах. Для корректности дальнейшего математического определения стоимости труда, приходящегося на одну медицинскую услугу, примем УЕТ, равным 10 мин. Фонд рабочего времени ($\Phi RB_{e/c}$), используемый для расчетов, также необходимо представить в УЕТ (умножив значения, представленные в табл. 3, на шесть).

С учетом того, что врачи и средний медицинский персонал заняты медицинской деятельностью, не полностью представленной медицинскими услугами, включенными в Номенклатуру МЗ РФ, введем коэффициент использования фонда рабочего времени (K_p).

Учитывая, что временная характеристика медицинских услуг не в полной мере отражает их клиническую сложность (например, *вшивание сердечного клапана и резекция прямой кишки*), введем эмпирический коэффициент - клинической сложности услуги - K_c , как набор профессиональных умений и требований при выполнении той или иной медицинской услуги.

Клинико-статистические группы (КСГ), используемые в отечественной практике, непосредственно не привязаны к среднему набору медицинских услуг, в отличие от стандартов медицинской помощи, тем не менее отражают те медицинские технологии, которые применяются в клинической практике для данной группы болезней и (или) операций (и других классификационных признаков КСГ). Определим средний набор лечебных и диагностических услуг как технологический набор и используем трудоемкость (в УЕТ) входящих в него услуг для определения расчетных ставок врачей и среднего персонала, выполняющего эти услуги (см. (1)), по следующей формуле:

$$PC_{e/c} = T_{e/c} / \Phi RB_{e/c} \cdot K_{i/e/c}. \quad (6)$$

Так как формула (6) позволяет рассчитать число врачебных и средних медицинских ставок, приходящихся на технологический набор для конкретной КСГ, то можно определить стоимость труда для каждой используемой медицинской услуги, учитывая уровень средних заработных плат в по врачебному и среднему персоналу, определенных региональной "дорожной картой" на соответствующий год (см. табл. 1) и в конечном

Таблица 3. Фонд рабочего времени медицинского персонала на 2015 г.

Продолжительность рабочей недели, ч	Фонд рабочего времени при разной продолжительности отпуска, ч				
	28	35	42	49	56
24	1084,6	1060,6	1036,6	1012,6	988,6
30	1357	1327	1297	1267	1237
33	1493,2	1460,2	1427,2	1394,2	1361,2
36	1629,4	1593,4	1557,4	1521,4	1485,4
39	1765,6	1726,6	1687,6	1648,6	1609,6

итоге сформировать размер фонда оплаты труда, соответствующий оказанной медицинской помощи.

Предложенные методические подходы к расчету фонда оплаты труда медицинского персонала позволяют определить плановое число должностей исходя из потребности населения (проживающего в конкретном регионе и обслуживаемого в конкретной медицинской организации), установить “глобальную” трудоемкость медицинских услуг (медицинской деятельности) в соответствии с реализуемыми медицинскими технологиями (по КСГ) и сформировать адекватный деятельности фонд оплаты труда, в котором “видна” каждая медицинская услуга, с учетом ее длительности и сложности и “виден” вклад каждого конкретного медицинского работника, выполняющего эти услуги и своей трудовой “эффективный” контракт.

¹ Шишкин С.В. Проблемы и перспективы финансирования российского здравоохранения // Сценарии развития социальной сферы в условиях новых вызовов : Всерос. науч.-практ. конф. / НИУ “Высшая школа экономики”. Москва, 2014. URL: <http://www.hse.ru/data/2015/03/11/1094671686/27.11.2014.pdf>.

² Скворцова В.И. Об итогах работы Министерства в 2014 году и задачах на 2015 год / М-во здравоохранения Рос. Федерации. 2015. URL: <http://www.gosminzdrav.ru/news/2015/04/15/2300-ministr-veronika-skvortsova-vystupila-na-kollegii-minzdrava-rossii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2014-godu-i-zadachah-na-2015-god>.

³ Там же.

⁴ О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников : письмо М-ва здравоохранения Рос. Федерации от 4 сент. 2014 г. □ 16-3/10/2-6752. Print Screen. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_168345.

Поступила в редакцию 06.12.2015 г.