

4. Bulatov A. How the Russian food exports are developing. *Food industry*, 2018, no. 4, pp. 30—33. (In Russ.)
5. Butakova M. M., Goryaninskaya O. A., Borisova O. V. Problems and prospects of export of meat products of the Altai territory. *Business. Education. Law*, 2019, no. 4(49), pp. 28—31. (In Russ.)
6. Avdeev M. V., Tsvetnov E. V., Cherkasova O. V. Trade Turnover of agricultural products in Russia and Central Asia. *Russian foreign economic bulletin*, 2019, no. 4, pp. 75—87. (In Russ.)
7. Yakovenko N. A. Strategic directions of development of agro-food exports of Russia. *Yearbook “Regional agricultural systems: economics and sociology”*, 2019, no. 4, pp. 13—19. (In Russ.)
8. Ablaev A. R. Export of products of deep processing of grain: three steps for growth. In: *Export of grain and products of its processing: driver of Russian grain production. Materials of the conference, November 18, 2016*. (In Russ.) URL: <http://www.graintek.ru/Graintek-2016/AblaevGrainForum-export-2016-final.pdf>.
9. Pershukevich P. M. Food self-sufficiency of the population of Siberia: algorithm and evaluation method. *Agro-industrial complex: economics, management*, 2019, no. 4, pp. 4—13. (In Russ.)
10. *Monitoring of per capita food consumption in 2018*. (In Russ.) URL: <https://www.moshol14.ru/press-centr/novosti-rynka/potreblenie-myasa>.
11. *Regions of Russia. Socio-economic indicators. 2018. Statistical collection*. Moscow, Rosstat, 2019. (In Russ.)
12. *Results of operation of the grain processing industry of the Altai territory in 2019*. (In Russ.) URL: <http://www.ffprom22.ru/important/18854>.
13. *KDV-group is a Russian food holding company*. (In Russ.) URL: <http://kdv-group.com/ru/shops>.
14. *Confectionery industry in the world economy*. (In Russ.) URL: <https://vuzru.ru/konditerskaya-promyshlennost-v-mirovoj-ekonomike>.
15. Ryzhakova A. V., Babina O. A. The world market of confectionery products. *International trade and trade*, 2017, no. 4, pp. 59—74. (In Russ.)

**Как цитировать статью:** Борисова О. В., Петрова Л. И. Развитие экспорта пищевых продуктов верхних переделов из Сибирского федерального округа // Бизнес. Образование. Право. 2020. № 3 (52). С. 43–47. DOI: 10.25683/VOLBI.2020.52.352.

**For citation:** Borisova O. V., Petrova L. I. Development of export of high-grade food products from the Siberian federal district. *Business. Education. Law*, 2020, no. 3, pp. 43–47. DOI: 10.25683/VOLBI.2020.52.352.

УДК 331.2  
ББК 65.245

DOI: 10.25683/VOLBI.2020.52.350

**Toksanbaeva Mairash Seitkazyevna**,  
Doctor of Economics, Chief Researcher,  
Institute of Socio-Economic Studies of Population  
of the FCTAS RAS,  
Russian Federation, Moscow,  
e-mail: matoksan@mail.ru

**Токсанбаева Майраш Сейтказыевна**,  
д-р экон. наук, главный научный сотрудник,  
Институт социально-экономических проблем  
народонаселения ФНИСЦ РАН,  
Российская Федерация, г. Москва,  
e-mail: matoksan@mail.ru

## РЕАЛИЗАЦИЯ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

### IMPLEMENTATION OF THE MAIN FUNCTIONS OF THE WORK PAYMENT IN THE HEALTHCARE

08.00.05 — Экономика и управление народным хозяйством

08.00.05 — Economics and national economy management

В здравоохранении как отрасли с высокой долей занятости специалистов, но при этом со среднеотраслевой заработной платой ниже среднего показателя по экономике регулярно предпринимаются меры для ее повышения. В статье проведен анализ, как данные меры повлияли на реализацию воспроизводственной и стимулирующей функций оплаты труда на примере специалистов (врачей и медсестер, непосредственно участвующих в лечебном процессе), занятых в системе городского здравоохранения Москвы. Выявлено, что большинство из них удовлетворены размером заработка и считают его справедливым (здесь — соответствующим трудовому вкладу). Однако немалое число специалистов (не менее четверти врачей и трети медсестер) дали противоположные оценки. Обе эти

оценки большей частью совпадают. На основе их разницы выделены две группы специалистов (и врачей, и медсестер), которые существенно различаются по уровню жизни и по действительности трудовых стимулов, формируемых в медицинских организациях. Установлены также совпадающие оценки, на основе которых обозначены некоторые направления совершенствования системы отраслевой оплаты труда. Прежде всего это необходимость повышения базовых окладов, без чего вряд ли удастся довести заработную плату в отрасли до уровня выше среднего показателя по экономике и повысить действенность стимулирующих выплат. Важно также улучшить методическое обеспечение этих выплат на отраслевом и/или региональном уровне, так как внутрифирменные инструкции по их определению

вызывают серьезные нарекания, а их назначение страдает субъективизмом со стороны низового руководства. Следует также совершенствовать механизм присвоения квалификационной категории, что позволит повысить базовые оклады специалистов, не удовлетворенных ни размером, ни справедливостью оплаты труда.

*In the healthcare, as an industry with high share of specialists, but with average industry wages below the average for the economy, the measures are regularly taken for its increase. The article analyzes how these measures influenced the reproduction and stimulating functions of labor remuneration by the example of specialists (doctors and nurses directly involved in the treatment process) employed in the Moscow city healthcare system. It was revealed that most of them are satisfied with the amount of earnings and consider it fair (here — corresponding to the labor contribution). However, a considerable number of specialists (at least a quarter of doctors and a third of nurses) gave opposite estimates. Both of these estimates are largely the same. Based on their difference, two groups of specialists (both doctors and nurses) are distinguished, which differ significantly in living standards and in the effectiveness of labor incentives formed in medical organizations. Coincident estimates were also established, on the basis of which some areas for improving the system of sectoral remuneration were identified. First of all, this is the need to increase basic salaries, without which it is unlikely that it will be possible to bring wages in the industry to a level above the average for the economy and increase the effectiveness of stimulating payments. It is also important to improve the methodological support of these payments at the sectoral and/or regional level, as intra-company instructions for their determination cause serious complaints, and their appointment suffers from subjectivity on the part of local leadership. The mechanism for assigning a qualification category should also be improved, which will increase the base salaries of specialists who are not satisfied either by the size or fairness of earnings.*

*Ключевые слова: оплата труда, функции заработной платы, базовый оклад, стимулирующие выплаты, врач, медсестра, уровень жизни, доходная группа, здравоохранение, регион.*

*Keywords: earnings, wage functions, base salary, incentive payments, doctor, nurse, standard of living, income group, healthcare, region.*

### Введение

**Актуальность.** Вопросы оплаты труда в здравоохранении не утрачивают актуальности, так как эта отрасль, входящая в нематериальный инвестиционный комплекс и включенная в воспроизводство человеческого потенциала [1], является объектом перманентных реформ. Изучение этих вопросов в ракурсе реализации функций заработной платы важно для оценки результатов, а при необходимости — и корректировки проводимых преобразований.

**Изученность проблемы.** В ответ на регулярность реформ не менее регулярны неоднозначные отклики на них научного сообщества. Критическому анализу подвергаются не только отдельные недостатки, но и сами результаты реформ как не согласующиеся с их задачами и обусловленные вынужденной адаптацией коллективов медицинских организаций к противоречиям в правовом поле, в финансовом обеспечении и в критериях оценки деятельности [2].

Острота критики порой такова, что процесс реформирования рассматривается как продуцент тенденции к маргинализации государственного медицинского обеспечения [3]. Но немалое число специалистов занимает и умеренную позицию, согласно которой результаты реформ амбивалентны, а потому при поддержке их общей линии следует устранять имеющиеся недоработки и недостатки [4].

Аналогичные оценки даются преобразованиям в области оплаты труда как стержневому аспекту реформ. Они призваны повысить ее уровень и стимуляционный эффект, необходимый для заинтересованности медиков в более продуктивном труде. Критика мер по обеспечению роста оплаты труда медицинских специалистов до уровня, превышающего средний в субъекте РФ без надлежащей бюджетной поддержки, довольно обширна [5, 6]. Серьезные нарекания вызывает и система стимулирующих выплат, по мнению большинства экспертов, недостаточная для усиления трудовой мотивации [7].

**Целесообразность разработки темы.** При обилии исследований по проблеме оплаты труда в здравоохранении каждое из них обладает своим ракурсом анализа, что позволяет получить более полное представление о механизмах формирования оплаты труда медиков. Это относится и к основным функциям заработной платы, которые следует изучать не по отдельности, а комплексно. Однако меры в отношении этих функций принимаются преимущественно изолированно, без адекватного учета того, как они влияют на смежную функцию.

**Цели и задачи исследования.** Целью данной работы является разработка теоретических и методических подходов к анализу реализации функций оплаты труда в здравоохранении на основе материалов социолого-экономического исследования. В ее задачи входит отбор индикаторов для оценки этих функций, их качественный и количественный анализ, определение направлений совершенствования отраслевой системы оплаты труда.

**Теоретическая и практическая значимость.** Основные функции заработной платы считаются изученными, тем не менее следует развивать концептуальные основы их анализа, которые недостаточно учитываются на практике. Полученные результаты внесут вклад в совершенствование отраслевой системы оплаты труда, прежде всего в сфере реализации стимулирующей функции.

### Анализ оплаты труда медицинских специалистов с точки зрения реализации ее основных функций

Основными традиционно считаются воспроизводственная и стимулирующая функции заработной платы, поскольку иные ее функции (регулирующая, социальная и др.) можно рассматривать как формы проявления основных. Воспроизводственную функцию обычно трактуют как обеспечение социально приемлемого уровня жизни работника и его семьи, что согласуется с концепцией достойного труда МОТ [8]. Общепринято, что эта функция подразумевает установление минимальной оплаты труда (как оплаты самого простого труда) на уровне не ниже прожиточного минимума. Оплата же более сложного (более квалифицированного) труда должна реализовываться через стимулирующую функцию, т. е. механизм денежной компенсации трудовых затрат пропорционально количеству и качеству труда. На наш взгляд, как воспроизводственная, так и стимулирующая функция действуют на всех квалификационных уровнях [9], поэтому вся система оплаты труда базируется

на единстве обеих функций. Соответственно, взаимосвязанным должен быть и их анализ.

**Методология.** Для анализа функций заработной платы использовались методы анализа документов (официальной статистики) и социолого-экономических опросов. Применение метода опросов обусловлено тем, что меры по реализации обеих функций должны воздействовать на медицинский персонал. И его оценки выступают индикаторами характеристик организации оплаты труда. Эмпирическую базу исследования составили первичные данные выборочного анкетного опроса медицинских специалистов, проведенного в 2019 г. при участии автора в рамках проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения» по заказу НИИ ОЗММ ДЗМ. Опрашивались специалисты, оказывающие лечебную помощь в амбулаторных и стационарных условиях. Объем выборки — 551 анкета. Хотя опрос осуществлен только в Московском регионе, где оплата труда медиков в основном выше, чем в других субъектах РФ, основные проблемы оплаты труда в столице в основном характерны и для других регионов.

О проблемах реализации основных функций заработной платы говорит то, что, по данным Росстата, средняя заработная плата работников здравоохранения устойчиво отстает от средней по экономике. И это при том, что речь идет об отрасли с высоким уровнем занятости специалистов, т. е. квалифицированных кадров. Но вплоть до 2018 г. оплата труда в здравоохранении была ниже, чем в торговле и ремонте, где основная категория персонала — работники обслуживания, менее квалифицированные, чем специалисты. опередить торговлю и ремонт удалось только с 2018 г. после доведения минимального размера оплаты труда до прожиточного минимума трудоспособного человека. В ре-

зультате в 2019 г. оплата труда в здравоохранении поднялась до 90,1 % от средней в экономике. Но и с такими показателями реализация функций заработной платы не может не сталкиваться с серьезными трудностями.

Для анализа данных анкетного опроса использовались два основных индикатора — удовлетворенность размером оплаты труда и ее соответствие трудовому вкладу. Первый из них позволяет изучать реализацию воспроизводственной функции, а второй — стимулирующей функции. Современные не только отечественные, но и зарубежные исследования подтверждают, что соответствие зарплаток результатам труда выступает довольно сильным стимулом трудовой мотивации [10]. Кроме того, пропорциональность оплаты труда его затратам учитывает, что труд большей сложности требует и большего расходования физиологической энергии работника. Именно в этих аспектах соответствие заработной платы трудовому вкладу в данной статье — синоним ее справедливости (другие трактовки справедливости [11] в статье не рассматриваются).

Проблемы реализации воспроизводственной функции оплаты труда подтвердили материалы анкетного опроса. Врачам и медсестрам был задан вопрос об удовлетворенности размером оплаты труда на основной работе. Недовольство ее размером выразил каждый пятый врач и каждая третья медсестра, что свидетельствует о серьезных проблемах реализации данной функции. Для изучения связи этих оценок с уровнем жизни использовались его субъективные индикаторы (на приобретение каких потребительских благ респондентам хватает средств) [12]. На их основе выделены мало-, средне- и высокодоходные группы, а внутри групп мало- и среднедоходных — нижний и верхний слои (табл. 1).

Таблица 1

**Респонденты — врачи и медсестры, удовлетворенные и не удовлетворенные размером оплаты труда, по доходным группам, % к итогу**

Доходная группа	Врачи			Медсестры		
	удовлетворены	не удовлетворены	Все	удовлетворены	не удовлетворены	Все
Мало доходные (бедные):	3,6	12,5	5,5	13,5	33,7	21,1
нижний слой	1,2	2,1	1,3	1,2	7,6	3,0
верхний слой	2,4	10,4	4,2	12,3	26,1	18,1
Средне доходные:	83,3	81,3	83,9	84,0	64,1	76,9
нижний слой	34,5	41,7	36,9	59,5	48,9	55,5
верхний слой	48,8	39,6	47,1	24,5	15,2	21,4
Высоко доходные	13,1	6,2	10,5	2,5	2,2	2,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: расчеты автора по материалам выборочного опроса специалистов московского здравоохранения в 2019 г.

То, что удовлетворенность размером оплаты труда зависит от уровня жизни, не открытие. В данных табл. 1 представляется более важным другое: какое именно благосостояние с ее помощью может быть обеспечено. У врачей к субъективно бедным, удовлетворяющим, да и то не всегда, только самые насущные нужды (в питании, в оплате ЖКУ и транспорта), относятся 5,5 % респондентов. Более 40 % (бедные и нижний слой среднедоходных) затруднены с приобретением бытовой техники, а почти 90 % не могут позволить себе покупку нового автомобиля (все мало- и среднедоходные). Для специалистов высокой квалификации такой уровень жизни едва ли можно назвать приемлемым.

Благосостояние медсестер наглядно характеризует недопустимый для специалистов средней квалификации уровень субъективной бедности (в среднем каждая пятая медсестра). Для трех четвертей мало доступна покупка бытовых приборов, а новый автомобиль для медсестер является роскошью. Эта ситуация не удивляет: по данным Обследования организаций по заработной плате и категориям персонала Росстата, в 2019 г. у среднеквалифицированных специалистов в здравоохранении заработная плата в среднем была ниже, чем в других отраслях (кроме образования), и на 20 % меньше средней по этой категории персонала.

Другой индикатор оценки оплаты труда, а именно соответствие трудовому вкладу, показал, что ее считают

заниженной (т. е. несправедливой) 25,4 % врачей и 33,4 % медсестер, что превосходит оценки неудовлетворенности

размером заработков. О соотношении обоих индикаторов дает представление табл. 2.

Таблица 2

**Респонденты — врачи и медсестры, удовлетворенные и не удовлетворенные размером оплаты труда, по ее соответствию трудовому вкладу, % к итогу**

Соответствие оплаты труда трудовому вкладу	Врачи		Медсестры	
	удовлетворены	не удовлетворены	удовлетворены	не удовлетворены
Оплата труда выше трудового вклада	2,9	—	2,4	—
Примерно соответствует трудовому вкладу	72,4	10,8	68,3	11,8
Ниже трудового вклада	12,6	78,3	11,6	76,3
Загруднились ответить	12,1	10,9	17,7	11,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: расчеты автора по материалам выборочного опроса специалистов московского здравоохранения в 2019 г.

Согласно данным табл. 2, оценки справедливости платы труда и у врачей, и у медсестер с очевидностью связаны с оценками ее размера, что подтверждает взаимосвязь воспроизводственной и стимулирующей функций. Большинство удовлетворенных заработком считает, что он соответствует трудовому вкладу. Недовольные им, наоборот, оценивают оплату труда преимущественно как

несправедливую. Однако разброс оценок соответствия заработной платы трудовому вкладу таков, что, если его сравнивать с оценками уровня жизни (см. табл. 1), становится ясным, что этот разброс обусловлен и другими факторами, порожденными внутрифирменной ситуацией. В числе этих факторов — степень загруженности на работе (табл. 3).

Таблица 3

**Респонденты — врачи и медсестры, оценившие уровень соответствия оплаты труда трудовому вкладу, по степени загруженности на работе, % к итогу**

Степень загруженности на работе	Врачи		Медсестры	
	выше и соответствует	меньше	выше и соответствует	меньше
Очень загружены	13,0	39,3	11,5	32,1
Довольно загружены	56,5	49,2	42,7	49,0
Нормально загружены	30,5	11,5	45,8	18,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: расчеты автора по материалам выборочного опроса специалистов московского здравоохранения в 2019 г.

Как показывают данные табл. 3, оценки соответствия оплаты труда трудовому вкладу у обеих категорий специалистов, несомненно, зависят от степени загруженности на работе. Сильно загруженных на работе врачей 18,8 %, у медсестер практически столько же — 19,9 %, и свыше половины из них считают свою оплату труда несправедливой. Это говорит о том, что фактор интенсивности труда недостаточно учитывается в заработках, по крайней мере, части персонала.

Еще один фактор, влияющий на оценки соответствия оплаты труда трудовому вкладу, — стимулирующие выплаты, призванные усиливать данное соответствие путем учета индивидуальных различий в количестве и качестве труда. Оценки справедливости заработков также существенно зависят от оценок действенности этих выплат. У врачей и медсестер, считающих оплату труда справедливой, признают их действенными более 80 % респондентов. У полагающих, что в оплате труда их трудовой вклад недооценен, действенность стимулирующих выплат отметили 67,8 % врачей и только 44,6 % медсестер. Соответствующим образом разнятся и негативные оценки этих выплат: менее 5 % довольных оплатой труда и от четверти до трети неудовлетворенных. При этом немалый процент медсестер затруднился дать оценку, что косвенно указывает на несовершенство практики стимулирующих выплат.

Для выяснения причин расхождений в оценке действенности стимулирующих выплат, удовлетворенных и неудовлетворенных справедливостью оплаты труда, был задан вопрос о факторах, которые влияют на эти выплаты (табл. 4).

Судя по данным табл. 4, большинство врачей (66,4 %) и медсестер (51 %) согласны, что стимулирующие выплаты зависят от качества и результатов их работы. Но и эти оценки сильно разнятся у тех, кто счел оплату труда справедливой и несправедливой (особенно у медсестер). При этом в комментариях к ответам многие респонденты, даже признавшие действенность данных выплат, указали, что сами критерии их назначения вызывают серьезные сомнения. Об этом свидетельствует и значительный процент респондентов, которые полагают, что слишком большую роль играет мнение руководства (более половины удовлетворенных справедливостью оплаты труда и свыше 80 % не удовлетворенных). Те, кто уверен в недооценке своего трудового вклада, отметили, что сильнее влияет мнение вышестоящего руководства, которое причастно к составлению инструкций по стимулирующим выплатам, что равноценно упрекам в адрес данных инструкций. Значимость мнения непосредственного руководства позволяет полагать, что они оставляют немалый простор для субъективизма.

Таблица 4

**Респонденты — врачи и медсестры, оценившие уровень соответствия оплаты труда трудовому вкладу, по факторам, влияющим на стимулирующие выплаты, % к итогу\***

Факторы, влияющие на стимулирующие выплаты	Врачи		Медсестры	
	выше и соответствует	меньше	выше и соответствует	меньше
Квалификационная категория	27,7	22,0	25,0	27,7
Качество и результаты работы	72,5	62,7	67,4	36,6
Непрерывный стаж работы	23,4	20,3	14,4	17,8
Мнения пациентов	17,5	11,9	12,1	8,9
Мнение непосредственного руководства	29,9	37,3	28,0	31,7
Мнение вышестоящего руководства организации	30,1	45,8	26,5	49,5
Затруднились ответить	15,2	15,9	14,4	15,9

*Примечание:* \* — итог больше 100 %, так как респонденты отмечали несколько пунктов.

*Источник:* расчеты автора по материалам выборочного опроса специалистов московского здравоохранения в 2019 г.

Для лучшего понимания, какой из структурных элементов оплаты труда в особенности осложняет приемлемую реализацию ее функций, респондентам был задан вопрос об элементе, который, на их взгляд, следует повысить в первоочередном порядке (табл. 5).

Из табл. 5 видно, что абсолютное большинство врачей и медсестер (67,5...78,5 %) уверено, что прежде всего необходимо повышать базовый оклад (только его или вкпе

с выплатами). То есть его нынешний уровень — главное препятствие для надлежащей реализации основных функций оплаты труда, что подтверждается оценками и уровня жизни, и справедливости заработка. У самых недовольных и тем, и другим не без серьезных оснований выше запросы к росту всех элементов оплаты труда. Значение стимулирующих выплат для всех респондентов сравнительно невелико, поскольку их размер зависит от базового оклада.

Таблица 5

**Респонденты — врачи и медсестры, оценившие уровень соответствия оплаты труда трудовому вкладу, по ее структурным элементам, которые следует повысить в первую очередь, % к итогу**

Структурные элементы оплаты труда	Врачи		Медсестры	
	выше и соответствует	меньше	выше и соответствует	меньше
Базовый оклад	66,4	57,4	68,5	54,5
Стимулирующие выплаты	10,0	9,8	9,0	6,8
Компенсационные и стимулирующие выплаты	10,2	17,7	10,7	11,9
Базовый оклад и выплаты	11,1	15,1	10,0	23,8
Затруднились ответить	2,3	4,0	1,8	3,0
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0

*Источник:* расчеты автора по материалам выборочного опроса специалистов московского здравоохранения в 2019 г.

### Результаты

Исследование подтвердило тесную взаимосвязь обеих функций оплаты труда. Среди удовлетворенных ее размером абсолютное большинство дали позитивные оценки справедливости, а среди неудовлетворенных — негативные оценки. Так как доля негативных оценок справедливости зарплаток выше, проанализированы факторы, влияющие на стимулирующую функцию. Выявлены недооценка в оплате интенсивности труда и недостатки в назначении стимулирующих выплат на уровне внутрифирменных инструкций и их применения. По оценкам обеих функций, выделены две группы специалистов, четко различающиеся по этим оценкам. В группе с негативными оценками стандарты реального потребления благ не согласуются со статусом специалистов, а трудовые стимулы характеризуются значительно меньшей действенностью. Но при этом взгляды всех специалистов на изменение системы оплаты труда отчасти совпадают, что следует принимать во внимание при ее реформировании.

### Закключение

Проблемы реализации основных функций оплаты труда в здравоохранении во многом обусловлены ее сравнительно невысоким уровнем, который, несмотря на серию «майских» указов президента, все еще не достиг хотя бы средней заработной платы по экономике. Если для специалистов высокой квалификации удалось несколько превысить средний для данной категории уровень, то для специалистов средней квалификации это задача все еще не решена.

В этой связи повышение базовых окладов, на чем настаивает большинство медицинских специалистов, остается ключевой проблемой преобразования отраслевой системы оплаты труда. Его рост позволит обеспечить благосостояние мало- и части среднедоходных групп (в особенности медсестер) до приемлемого уровня. Усилится заинтересованность персонала в росте квалификационной категории, влияющей и на базовый оклад, и на стимулирующие выплаты. Следует

совершенствовать методический аппарат данных выплат, усиливая роль отраслевых и региональных методик. В настоящее время внутрифирменные механизмы назначения стимулирующих выплат страдают недостаточной проработанностью, что на практике снижает их стимуляционный эффект.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Соболева И. В. Человеческий потенциал российской экономики: проблемы сохранения и развития. М. : Наука, 2007. 202 с.
2. Александрова О. А., Комолова О. А. Реформа здравоохранения: руководители медучреждений на острие проблем (часть вторая) // *Народонаселение*. 2019. № 1. С. 96—108.
3. Буянова А. В. Система здравоохранения в РФ: реальность и перспективы // *Социально-политические науки*. 2016. № 4. С. 114—116.
4. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. 84 с.
5. *Народонаселение современной России: риски и возможности*. М. : экономическое образование, 2013. 278 с.
6. Назарова В. В., Борисенкова К. А. Оценка эффективности системы здравоохранения в России // *Народонаселение*. 2017. № 4. С. 119—134.
7. Донцов В. Г. Материальный фактор формирования мотивации к полезному труду у работников здравоохранения // *Вестник новых медицинских технологий*. 2013. Т. 20. № 4(143). С. 142—145.
8. Decent work. Report of the Director-General: Decent work // *International Labor Conference*, 87th Session. ILO : Geneva, 1999.
9. Токсанбаева М. С. Функции заработной платы в контексте ее повышения // *Управление экономическими системами*. 2018. № 9. URL: <http://www.uecs.ru/economika-truda/item/5079-2018-09-06-06-57-52>.
10. Huillery E., Sebanz J. Performance Based Financing, Motivation and Final Output in the Health Sector: Experimental Evidence from the Democratic Republic of Congo // *Sciences Po Department of Economics. Discussion paper*. Paris, 2014. № 12.
11. Rescher N. *Fairness. Theory and Practice of Distributive Justice*. New Brunswick and London : Transaction Publ., 2002.
12. *Народонаселение современной России: воспроизводство и развитие*. М. : Экон-Информ, 2015. 411 с.

## REFERENCES

1. Soboleva I. V. *Human potential of Russian economy: the problems of saving and development*. Moscow, Nauka, 2007. 202 pp. (In Russ).
2. Aleksandrova O. A., Komolova O. A. Healthcare reform: heads of medical organizations at the forefront of problems (part 2). *Population*, 2019, no. 4, pp. 96—108. (In Russ).
3. Buyanova A. V. The reform of the health system in Russia: reality and prospects. *Sociopolitical sciences*, 2016, no. 4, pp. 114—116. (In Russ).
4. *Russian healthcare in the new economic conditions: challenges and prospects*. Moscow, Higher School of Economics publ. house, 2017. 84 pp. (In Russ)
5. *Population of modern Russia: risks and opportunities*. Moscow, Economic education, 2013. 278 pp. (In Russ).
6. Nazarova V. V., Borisenkova K. A. Assessment of the efficiency of healthcare system in Russia. *Population*, 2017, no. 4, pp. 119—134. (In Russ).
7. Dontsov V. G. Material factor in the formation of motivation for useful work of health workers. *Journal of new medical technologies*, 2013, vol. 20, no. 4, pp. 142—145. (In Russ).
8. Decent work. Report of the Director-General: Decent work. In: *International Labor Conference, 87th Session*. ILO, Geneva, 1999.
9. Toksanbaeva M. S. Functions of wages in the context of their increase. *Management of economic systems*, 2018, no. 9. (In Russ). URL: <http://www.uecs.ru/economika-truda/item/5079-2018-09-06-06-57-52>.
10. Huillery E., Sebanz J. Performance Based Financing, Motivation and Final Output in the Health Sector: Experimental Evidence from the Democratic Republic of Congo. In: *Sciences Po Department of Economics. Discussion paper*. Paris, 2014, no. 12.
11. Rescher N. *Fairness. Theory and Practice of Distributive Justice*. New Brunswick and London, Transaction Publ., 2002.
12. *Population of modern Russia: reproduction and development*. Moscow, Econ-Inform, 2015. 411 pp. (In Russ).

**Как цитировать статью:** Токсанбаева М. С. Реализация основных функций оплаты труда в здравоохранении // *Бизнес. Образование. Право*. 2020. № 3 (52). С. 47–52. DOI: 10.25683/VOLBI.2020.52.350.

**For citation:** Toksanbaeva M. S. Implementation of the main functions of the work payment in the healthcare. *Business. Education. Law*, 2020, no. 3, pp. 47–52. DOI: 10.25683/VOLBI.2020.52.350.