

МЕЖСТРАНОВЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**Н.Т. Вишневская,
А.В. Шарунина**

Авторами статьи проведен международный сопоставительный анализ заработной платы медицинских работников, одной из целей которого является понимание того, насколько тенденции в оплате труда российского медицинского персонала соответствуют общемировым тенденциям. На основе различных методологических подходов получены сравнительные данные, характеризующие уровень и динамику заработной платы врачей и медицинских сестер в Российской Федерации и в странах с развитой рыночной и переходной экономикой. Обращено внимание на то, что при проведении международных сравнений оплаты труда в здравоохранении (и тем более при формировании содержательных выводов по итогам сопоставлений) необходимо учитывать национальные особенности в механизме оплаты труда, выделении отдельных категорий врачей и медицинских сестер, в организации системы здравоохранения и статистического наблюдения в целом.

С использованием статистической информации ряда международных организаций и Росстата констатируется, что при схожести выполняемых функций российские врачи зарабатывают значительно меньше своих коллег. Однако при этом надо учитывать, что продолжительность рабочей недели российского медицинского персонала меньше, чем во многих других странах.

В статье констатируется продолжение тенденции на увеличение разрыва между оплатой труда врачей общей практики и врачей более узких специализаций. Заработки российских медицинских сестер, как и российских врачей, отстают от их коллег в ведущих зарубежных странах. Вместе с тем при проведении международного сопоставительного анализа необходимо принимать во внимание, что уровень образования и набор предоставляемых ими медицинских услуг также ниже.

Ключевые слова: здравоохранение, международные сопоставления, заработная плата, дифференциация медицинских работников по заработной плате.

JEL: J31.

Здравоохранение является важным работодателем для значительной части рабочей силы. Работающие в этой отрасли – это не только врачи, фельдшеры, медицинские сестры, работники по уходу за больными, но и постоянно растущий «отряд» технических специалистов, обслуживающих современную медицинскую технику. Специалисты в области здравоохранения чрезвычайно востребованы на рынке труда. Спрос на представителей этой профессиональной группы опережает темпы спроса на другие профессии. Для примера скажем, что в США численность работников этой отрасли к 2024 г. вырастет почти на четверть, а их доля в общей занятости возрастет до 13% [1]. Схожие процессы наблюдаются и в других странах с развитой

экономикой. Подобный взлет занятости в системе здравоохранения непосредственно связан как с увеличением спроса на медицинские услуги, в том числе в результате старения населения, так и с усложнением медицинской техники и практик лечения. Обращает на себя внимание тот факт, что к 2024 г. технических специалистов, работающих в области медицины, будет почти в два раза больше, чем лечащих врачей.

Из «двадцатки» наиболее востребованных профессий, рост спроса на которые вырастет, по прогнозам, на 27-43%, 13 профессий непосредственно связаны с медициной. Это как врачи, так и специалисты среднего звена. Рост спроса на работников среднего звена непосредственно связан с передачей им отдельных функций, вы-

Вишневская Нина Тимофеевна (vishnev@hse.ru) – канд. экон. наук, заместитель директора Центра трудовых исследований, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (г. Москва, Россия).

Шарунина Анна Вячеславовна (asharunina@hse.ru) – канд. экон. наук, научный сотрудник, Центр трудовых исследований, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (г. Москва, Россия).

полняемых ранее врачами, с тем, чтобы освободить последних для более квалифицированной врачебной работы.

Поддержание равновесия между спросом и предложением медицинских работников во многом зависит от динамики оплаты их труда. Важно не только знать, как различается заработная плата врачей и медицинских сестер между развитыми странами, но и понять, насколько тенденции в оплате труда российского медицинского персонала соответствуют общемировым тенденциям. Основной задачей данной статьи является сравнение уровня и динамики заработной платы врачей и медицинских сестер в Российской Федерации и странах с развитой рыночной и переходной экономикой.

Использованные источники статистической информации включают в себя статистическую базу ОЭСР по здравоохранению¹, статистику Евростата по численности и заработной плате профессиональных групп² [2], данные Бюро статистики труда США³. Источниками информации для России послужили статистические публикации Росстата⁴, профессиональные стандарты (уже утвержденные, а также находящиеся в стадии подготовки), утверждаемые Министерством труда и социального развития⁵.

Международные сравнения оплаты труда в здравоохранении по-прежнему остаются сложной задачей из-за национальных расхождений в механизме оплаты труда, делении врачей и медицинских сестер на отдельные категории, особенностей сбора статистической информации, а также общей организации систем здравоохранения в отдельных странах [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Методология межстрановых сопоставлений.

В мировой практике применяются два основных метода межстрановых сопоставлений заработных плат профессиональных групп работников: 1) отношение средней заработной платы работников профессиональной группы к средней заработной плате по экономике в целом; 2) оценка заработной платы работников данной профессиональной группы в долларах

США, скорректированной по паритету покупательной способности национальных валют (так называемый метод ППС)⁶ [10, 1]. Оба этих подхода мы будем применять для сравнения оплаты труда в здравоохранении различных стран.

Корректные межстрановые сопоставления требуют включения в оплату труда работников здравоохранения доплат за сверхурочную работу, вознаграждений, получаемых от пациентов. (В отдельных странах, например в Венгрии, объем неформальных платежей достаточно внушителен [10].) Однако из-за сложностей получения подобных данных международные статистические базы в сравнительных целях включают только данные об официальной заработной плате медицинских работников (до вычета взносов в социальные фонды и подоходного налога), за полный рабочий день и без учета различных одноразовых выплат, включая оплату сверхурочных и неофициальных платежей. В международной статистике из-за значительных различий в уровне оплаты труда врачей общей практики и врачей узких специальностей сравнения проводятся по этим двум группам без расчета средних показателей по всем врачам в целом.

Сравнение трудовых функций медицинских работников основывается для России на профессиональных стандартах отдельных медицинских профессий, утверждаемых Министерством труда и социальной защиты РФ; для США - на базе данных O*NET и стандартах, утверждаемых National Skill Standards Institute; для Великобритании - на стандартах, устанавливаемых UK Commission for Employment and Skills.

Врачи общей практики и врачи узких специальностей: тенденции в оплате труда. В здравоохранении расходы на оплату труда являются одной из наиболее значимых статей расходов, и поэтому уровень и динамика оплаты врачей и другого медицинского персонала чрезвычайно важны для повышения эффективности данной отрасли экономики. Рис. 1 демонстрирует отношение заработной платы врачей в России и странах ОЭСР к средней заработной плате. Оговоримся

¹ OECD Health Statistics, 2015.

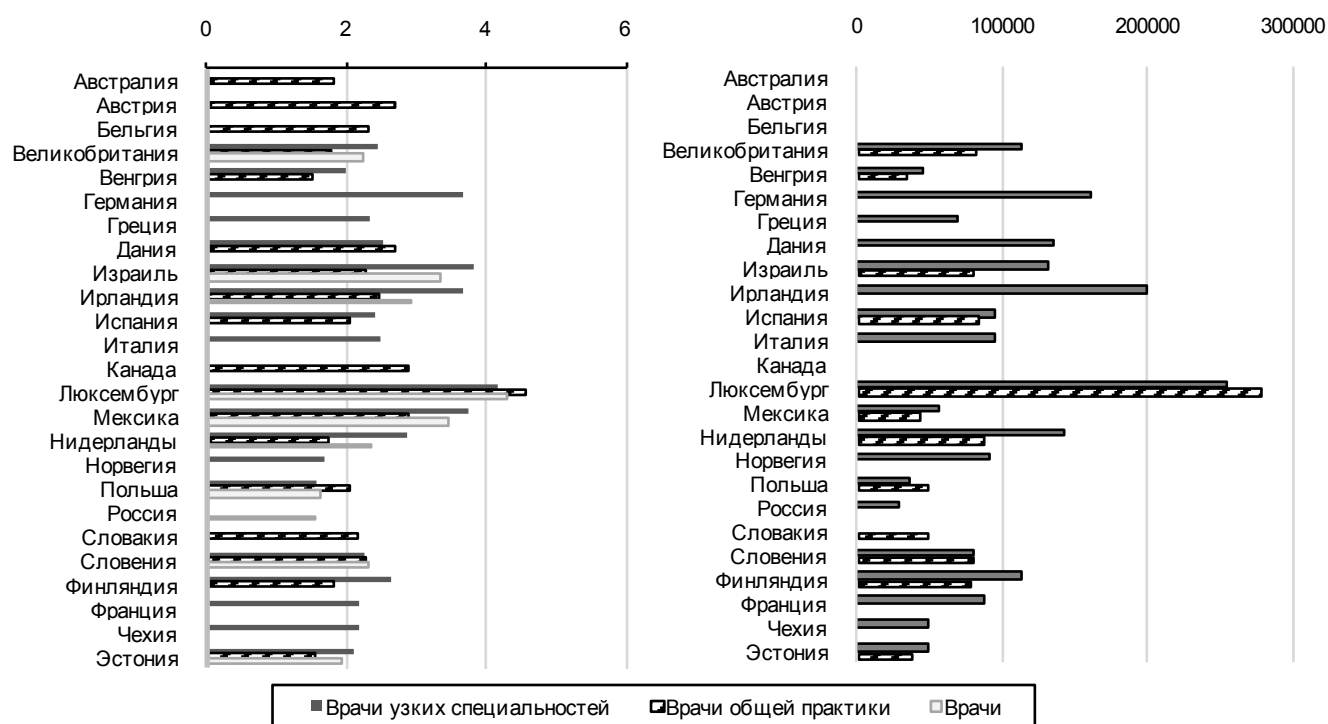
² <http://ec.europa.eu/>.

³ Occupational Outlook Handbook, база данных O*NET.

⁴ Здравоохранение в России, 2015; Федеральное статистическое наблюдение в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за 2015 год.

⁵ Профессиональный стандарт «Специалист по педиатрии», 2016; проект профессионального стандарта «Специалист в области сестринского дела (медицинская сестра/медицинский брат)», 2016.

⁶ Показатель ППС представляет собой курс национальной валюты по отношению к доллару США на основе расчета стоимости «корзины» основных потребительских товаров и услуг.



Отношение заработной платы врачей к средней по стране, 2013 г.

Зарплата врачей в долларах США по ППС, 2014 г.

Рис. 1. Зарплата врачей (страны ОЭСР и Россия)

Примечание: показатель по России включает все категории врачей.

Источник: OECD Health Statistics, 2015; OECD Health care resources, 2015; Россия - «Федеральное статистическое наблюдение в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за 2015 год», Росстат.

сразу, что большинство стран не рассчитывают заработную плату по всем категориям врачей, а публикуют статистику отдельно по врачам общей практики и узким специалистам. Приводимые на рис. 1 данные о заработной плате в целом по указанной профессиональной группе являются расчетами авторов.

Первый вывод, который можно сделать на основе представленных данных: в странах ОЭСР врачи являются одной из наиболее высокооплачиваемых профессиональных групп. Их заработки превышают среднюю зарплату по экономике примерно в 2,5 раза. В странах с переходной экономикой отрыв заработков врачей от средних показателей несколько меньше и составляет от 1,5 до 2,2 раза. В России зарплата врачей, по данным Росстата, превышает среднюю в 1,6 раза.

В то же время, и это второй вывод, который можно сделать из рис. 1, дифференциация оплаты врачей между отдельными странами также очень существенна. Достаточно сказать, что в Израиле врач зарабатывает в 4,2-4,5 раза больше, чем средний работник, в то время как в Польше этот разрыв не превышает 1,5-2 раз (в зависимости от основного профиля врача). Среди всех представленных стран Россия по этому показателю занимает последнее место, хотя

следует подчеркнуть, что разрыв по сравнению с другими бывшими социалистическими странами не столь значителен.

На межстрановые различия в уровне оплаты труда врачей (а также медицинских сестер) оказывает влияние целый ряд факторов. На уровень оплаты влияет фактор спроса, который непосредственно связан с изменениями в демографической структуре, и прежде всего увеличение доли пожилых людей, потребность которых в медицинской помощи значительно выше, чем у других групп населения. Важным фактором может стать способ финансирования системы здравоохранения. Известно, что при системах организации здравоохранения, при которых население доплачивает за оказание медицинских услуг, частота обращения за медицинской помощью в целом меньше, и соответственно, спрос на услуги врачей ниже [1]. Известную роль играют особенности оплаты услуг врачей. Доходы врачей, как узких специальностей, так и врачей общей практики, в странах, где используется метод «оплата за оказанную услугу» (fee-for-service), в целом выше, чем в странах, где врачи оплачиваются преимущественно по «твердым» ставкам [11, с. 8]. Однако несмотря на важность вышеперечисленных факторов, решающим при

определении уровня заработков в здравоохранении являются доходы населения и более широко - степень экономического развития страны. Бывшие социалистические страны - Венгрия, Польша, Эстония, Словакия, Чехия, которые значительно отстают по уровню ВВП на душу населения от развитых стран ОЭСР, платят своим врачам не только меньше по отношению к странам с развитой рыночной экономикой, но и по отношению к средней по стране.

Третий вывод, который вытекает из рис. 1: в подавляющем большинстве стран наблюдается значительно более высокая оплата труда врачей узких специальностей по сравнению с врачами общей практики - в среднем более чем на 50%. Одной из причин более высокой оплаты труда врачей узких специальностей является длительность процесса обучения. Так, в Нидерландах средний срок обучения врачей общей практики составляет девять лет, тогда как врачей узких специальностей - 13-15 [11, с. 35].

Высокий уровень заработных плат в странах ОЭСР находит свое подтверждение при использовании еще одного метода, применяемого при сравнительных исследованиях, а именно: расчет заработной платы в здравоохранении в единой валюте (обычно в долларах США), скорректированной по паритету покупательной способности.

Как свидетельствует рис. 1 (правый график), разрыв между странами в уровне оплаты труда врачей по методу ППС также можно расценивать как очень существенный. Сравнение уровней заработной платы врачей, измеренной по показателю ППС, показывает, что ранжирование стран по уровню оплаты труда в целом соответствует показателям, которые были представлены на рис. 1. В Люксембурге среднегодовой доход врачей общей практики составляет чуть более 250 тыс. долларов ППС, в то время как врачей узких специальностей - более 278 тыс. долларов ППС. В бывших социалистических странах, таких, как Венгрия, Словакия, Польша, Чехия, Эстония, среднегодовой доход врачей значительно ниже и составляет в среднем около 45 тыс. долларов ППС для врачей узких специальностей и 42 тыс. долларов ППС для врачей общей практики. В России врач получал в 2014 г. в среднем 30,1 тыс. долларов ППС в год - меньше, чем в любой из других стран, представленных в выборке.

Наибольший разрыв в заработной плате врачей общей практики и узких специальностей

наблюдается в Израиле (соответственно 3,7 и 2,5 раза по отношению к средней заработной плате), а также в Нидерландах и Финляндии. В то же время в странах с переходной экономикой разрыв в оплате двух групп врачей в значительной степени нивелирован. Так, в Словении нет различий в оплате труда между двумя основными врачебными группами, а в Польше врачи общей практики даже оказываются в выигрышном положении по уровню оплаты труда.

Результатом перекося в оплате труда врачей двух основных групп стало постепенное изменение структуры врачей в пользу узких специальностей. Так, в 2013 г. в странах ОЭСР в целом на трех врачей узких специальностей приходился только один врач общей практики. Такое же соотношение характерно и для России. Дисбаланс в оплате труда двух основных групп врачей приводит к такому негативному последствию, как потеря привлекательности профессии врача общей практики и, соответственно, сокращению доли студентов, выбирающих эти программы в период своего обучения⁷ [10].

Кризисные явления, которые наблюдались в мировой экономике с конца 2000-х годов, практически не отразились на оплате медицинских работников, которая в отличие от других групп занятых продолжала расти. Конечно, нельзя сказать, что кризис никак не повлиял на оплату труда в здравоохранении. Однако необходимость снижения государственных расходов на медицинские услуги нашла свое выражение не столько в снижении темпов роста зарплат врачей, сколько в сдерживании численности этой категории занятых путем ликвидации вакансий, увеличения продолжительности рабочего времени и т. д. [12].

В странах ОЭСР заработки врачей не только серьезно превышают средние уровни зарплат по экономике в целом, но даже заработную плату других работников, имеющих третичное образование. Особенно большой разрыв фиксируется для врачей узких специальностей. Как следует из рис. 2, в Новой Зеландии, Нидерландах, Израиле, Великобритании и Финляндии врачи узких специальностей получают в 2-2,5 раза больше, чем прочие квалифицированные специалисты с высшим образованием. В странах с переходной экономикой: Словении и Словакии наблюдается хотя и небольшой, но все же разрыв в оплате труда в пользу врачей, и лишь в Венгрии врачи

⁷ OECD Health Statistics, 2015.

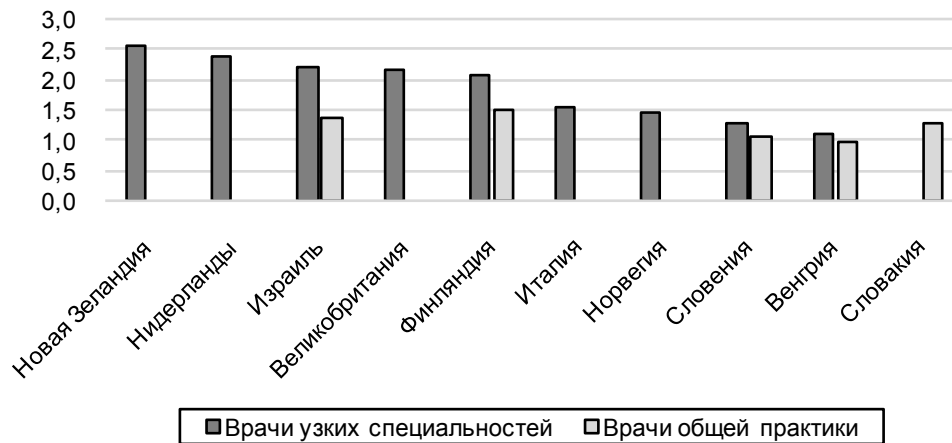


Рис. 2. Отношение заработной платы врачей к средней заработной плате прочих работников с третичным уровнем образования в странах ОЭСР (в процентах)

Источник: OECD Government at a Glance, 2011.

общего профиля получают несколько меньше других высококвалифицированных работников.

Говоря о высоком уровне оплаты труда врачей в странах ОЭСР, не следует забывать о продолжительности их работы. Согласно данным о средне-недельной продолжительности работы врачей в странах ОЭСР, врачи в этих странах работают от 40 до 60 часов в неделю; при этом врачи узких специальностей заняты обычно на два часа в неделю больше, чем врачи общей практики. В России же средняя продолжительность рабочей недели врачей чуть более 37 часов⁸ [11].

Медицинские сестры: тенденции в оплате труда. Как свидетельствует рис. 3, медицинские сестры являются самой многочисленной категорией медицинского персонала: в 34 странах ОЭСР на каждого врача приходится в среднем три медицинские сестры, причем количество сестер в абсолютном и относительном измерении имеет тенденцию к росту [10]. За средним показателем скрываются значительные различия между странами: если в Ирландии, Японии, Финляндии он составляет 4,5, то в Греции – только 0,5. В странах с переходной экономикой

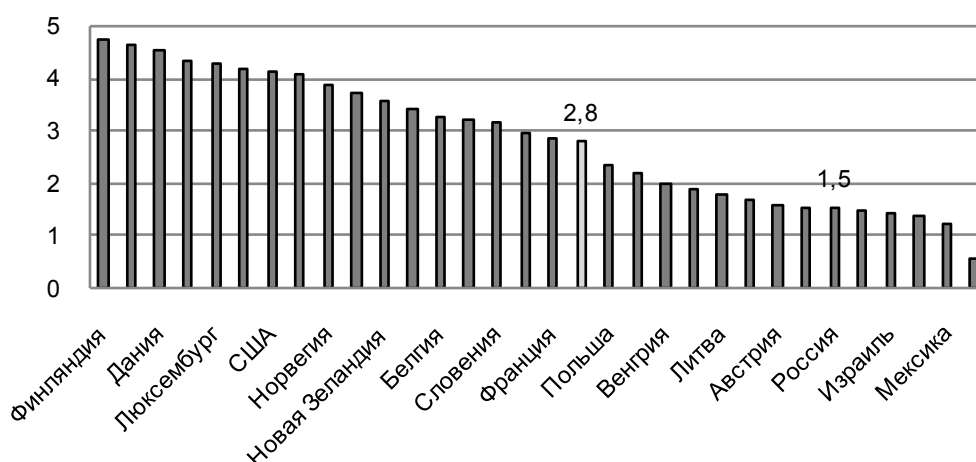


Рис. 3. Отношение численности медицинских сестер к численности врачей в странах ОЭСР и Россия, 2013 г. (раз)

Источник: [10, с. 91].

⁸ Здравоохранение в России, 2015.

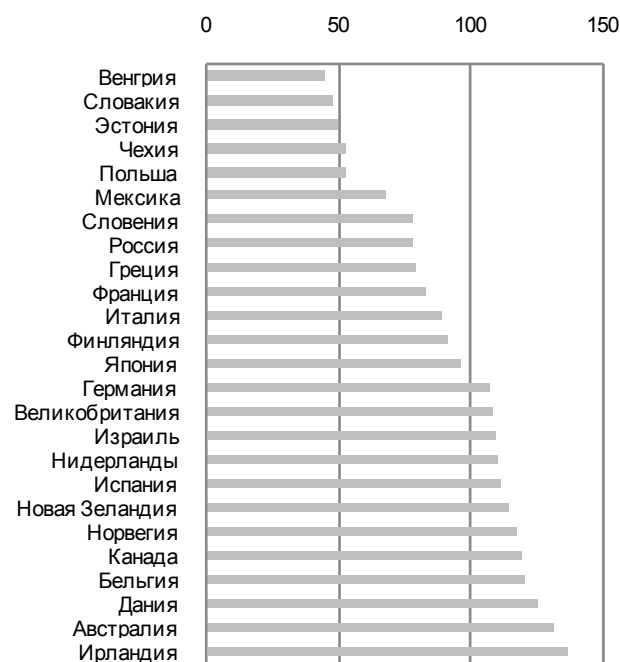
соотношение врачей и медицинских сестер несколько ниже - 1,5-2,2. Россия с показателем 1,5 вписывается в соотношение, характерное для стран с переходной экономикой.

При проведении сравнительных исследований оплаты труда медицинских сестер следует обратить внимание на то, что между странами существуют значительные различия в определении этой профессиональной группы. Прежде всего, это касается включения/невключения в общую профессиональную группу «медицинские сестры» менее квалифицированного персонала, например выделяемых международной статистикой «помощников медсестер» (associate professional nurse), а также персонала, осуществляющего уход за больными в стационарах и на дому (nursingaids). Дипломированная медицинская сестра обычно имеет образование не ниже бакалавра, а в целом ряде стран, прежде всего в США, нередко для занятия этой должности требуется степень магистра. Во Франции, Норвегии и Испании профессиональная группа «медицинские сестры» включает только сестер высшей категории («professional nurse» category), имеющих специальное медицинское образование на уровне бакалавра. Подобный подход занижает количество работников этой профессиональной группы и, соответственно, несколько завышает зарплату медицинских сестер

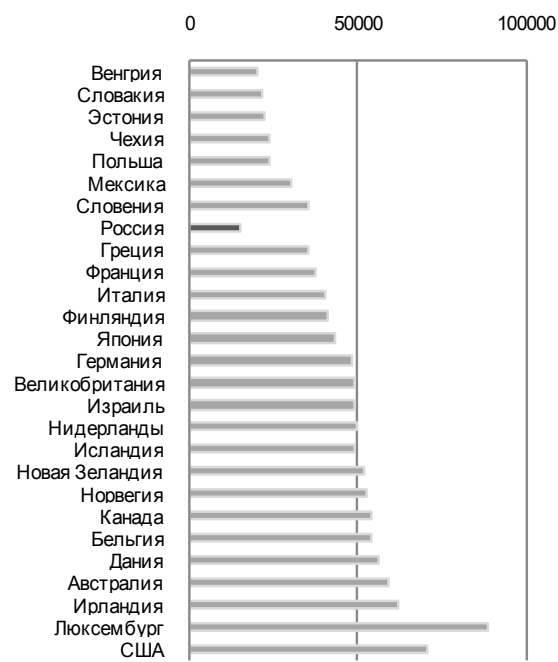
в этих трех странах, поскольку в других странах группа «медицинские сестры» обычно включает работников здравоохранения, выполняющих вспомогательные медицинские функции. В ряде стран (Нидерландах, Словении) вспомогательный персонал не только включается в профессиональную категорию «медицинские сестры», но является преобладающим по своей численности. На вспомогательный персонал приходится до половины всех рабочих мест в этой группе.

Так же, как и для врачей, в межстрановых сравнениях оплаты труда медицинских сестер применяются два основных подхода: сравнение со средней заработной платой по экономике в целом и перерасчет заработной платы в единую валюту с использованием паритета покупательной способности.

Если врачи зарабатывают значительно больше среднего по стране, то ситуация с оплатой труда медицинских сестер не столь однозначна. Как можно судить по данным, представленным на рис. 4, в странах ОЭСР зарплата медицинских сестер находится на уровне средней, причем в половине стран эта категория работников получает до 200% от средней (здесь особо выделяются США, Люксембург, Ирландия), в то время как в другой половине стран она ниже среднего показателя по экономике. Наиболее низко (от 40 до



Отношение заработной платы медицинских сестер к средней, 2013



Зарботная плата медицинских сестер в долларах США по ППС, 2014

Рис. 4. Зарботная плата медицинских сестер в странах ОЭСР и Россия

Источник: OECD Health Statistics, 2015; Россия - «Федеральное статистическое наблюдение в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за 2015 год», Росстат.

65% от средней) труд медицинских сестер оплачивается в странах с переходной экономикой. В России этот показатель в 2013 г. составил 78%, что несколько выше, чем в большинстве других стран с переходной экономикой.

Разрыв в заработных платах медицинских сестер между странами, выраженный в единой валюте, также существенный (см. рис. 4, правый график). Если в странах ОЭСР в среднем медицинские сестры зарабатывают в год 45 тыс. долларов ППС, то в Люксембурге, который лидирует по оплате труда медицинских работников, а также в США и Ирландии их заработная плата составляет 62-88 тыс. долларов ППС, что в 3-4 раза больше, чем в Венгрии, Словакии, Эстонии и Чехии. По заработкам, рассчитанным в единой валюте, российские медицинские сестры занимают последнюю строчку в рейтинге - оплата их труда за год в 2014 г. не превышала 15,1 тыс. долларов ППС.

Сравнение трудовых функций медицинских работников. Корректное сопоставление трудовых функций медицинских работников в различных странах возможно на основе анализа профессиональных стандартов. В развитых странах информацию о трудовых функциях отдельных профессий (и в этом смысле медицинские работники не являются исключением) получают путем проведения опросов представителей данной профессиональной группы, которых спрашивают о выполняемых ими трудовых функциях, необходимых умениях, знаниях, а также требуемом уровне образования. Обычной практикой является «отсечение» тех функций, о которых заявили менее 80% респондентов. Поскольку ответы поступают от лиц, непосредственно работающих в данной области, то это дает возможность получить реальную картину профессиональных обязанностей, выполняемых работниками конкретной профессии. Собранный таким образом информация поступает в государственный либо полугосударственный орган, который обобщает, а в отдельных случаях корректирует собранные сведения и на их основе устанавливает профессиональные стандарты. В США подобным органом выступает National Skill Standards Institute, в Великобритании - The UK Commission for Employment and Skills. Схожий алгоритм разработки профессиональных стандартов существует в странах континентальной Европы.

В Российской Федерации работа по составлению профессиональных стандартов была начата относительно недавно. Подобная работа по всем профессиям, включая медицинские, осуществляется Министерством труда и социальной защиты РФ. Применение работодателями профессиональных стандартов обязательно с 1 июля 2016 г. Однако к декабрю 2016 г. были утверждены стандарты лишь по пяти медицинским профессиям⁹ (врачи-педиатры, специалисты медико-профилактической работы, младший медицинский персонал, специалисты в области слухопротезирования, врачи-стоматологи).

Межстрановое сопоставление трудовых функций врачей в РФ и странах Запада можно проследить на примере врачей-педиатров, используя в этих целях российский профессиональный стандарт и трудовые функции, зафиксированные в американской базе данных O*NET, а также данные по уровню образования.

Первое, что необходимо отметить, требования к уровню образования врачей в России в целом соответствуют международной практике. Наши врачи имеют высокий уровень образования, сопоставимый с тем, которым должны обладать занимающиеся врачебной практикой в западных странах. Высокий уровень образования создает основу для выполнения российскими врачами схожих трудовых функций.

Трудовые функции врачей-педиатров рассматриваются на основе информации, содержащейся в Профессиональном стандарте РФ и базе O*NET. Анализ трудовых функций российских врачей (в данном случае педиатров, но, видимо, эти выводы можно распространить и на другие категории врачей) и американских педиатров позволяет сделать некоторые выводы.

Прежде всего, как показал анализ трудовых функций, российские и американские врачи-педиатры выполняют схожие функции. Обобщенные трудовые функции в том и другом случае включают проведение обследования детей, назначение лечения и контроль за предписанными мерами. Одновременно врачи каждой из стран должны организовывать деятельность подчиненного им медицинского персонала, в первую очередь медицинских сестер, составлять различные медицинские отчеты о своей деятельности.

В то же время при сравнении трудовых функций врачей из двух стран обращают на себя внимание определенные различия. Прежде всего,

⁹ <http://fgosvo.ru/docs/101/69/2/2>.

Трудовые функции, входящие в профессиональный стандарт «Врач-педиатр», в США и России

	США	Россия
Трудовые действия	1. Регулярное обследование детей с целью измерения их роста и уровня развития. 2. Лечение заболевших детей, а также детей с острыми и хроническими заболеваниями и проблемами роста и развития. 3. Сбор, запись и хранение историй болезни и результатов обследований пациентов. 4. Обследование пациентов, назначение и интерпретация медицинских анализов и обследований с целью получения информации о состоянии здоровья и определения диагноза пациента. 5. Консультирование пациентов, их родителей и опекунов относительно диеты, физической активности, гигиены и профилактики заболеваний. 6. Обсуждение назначения процедур и результатов анализов и обследований с пациентами и родителями или опекунами. 7. Мониторинг состояния пациента. 8. Планирование и осуществление программ медицинского ухода для обеспечения психологического и физического роста и развития детей и подростков. 9. Координация деятельности медицинских сестёр, ассистентов, помощников и другого медицинского персонала. 10. При необходимости направление пациентов к врачам узких специальностей. 11. Консультация других врачей. 12. Проведение исследований по изучению анатомии, разработки и тестированию лекарственных средств, обследований для предотвращения заболеваний и травм. 13. Планирование, осуществление и администрирование программ в области здравоохранения. 14. Подготовка документов о рождении, смерти, статистики заболеваемости и медицинского состояния пациентов. Подробная трудовая деятельность 15. Сбор медицинской информации от пациентов, членов их семей и медицинских работников. 16. Запись информации в истории болезней пациентов. 17. Лечение хронических заболеваний и расстройств. 18. Мониторинг прогресса пациента. 19. Назначение лекарственных препаратов. 20. Обследование пациентов для оценки общего физического состояния. 21. Разъяснение медицинских процедур или результатов тестов для пациентов и членов их семьи. 22. Назначение диагностических и клинических обследований и процедур. 23. Назначение лечения и терапии. 24. Лечение острых заболеваний, инфекций и травм. 25. Подготовка официальных медицинских документов. 26. Назначение пациентам обращения к узким специалистам и другим медицинским ресурсам. 27. Консультация учреждений по вопросам здоровья и безопасности. 28. Разработка программ добровольного медицинского страхования работников. 29. Участие в программах оказания медицинской помощи. 30. Контроль гигиены пациентов. 31. Консультация медицинского персонала по вопросам здравоохранения. 32. Проведение исследований с целью расширения знаний о медицинских вопросах.	1. Получение информации от детей и их родителей (законных представителей). 2. Первичный осмотр детей в соответствии с действующей методикой. 3. Направление детей на лабораторное обследование в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи. 4. Направление детей на инструментальное обследование в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи. 5. Постановка диагноза. 6. Повторные осмотры детей в соответствии с действующей методикой.

	США	Россия
Необходимые умения	1. Умение слушать - уделять полное внимание тому, что говорят, по мере необходимости задавать вопросы и не перебивать. 2. Критическое мышление - использовать логику и рассуждения для выявления сильных и слабых сторон альтернативных решений, выводов или подходов к проблемам. 3. Принятие решений - оценивать затраты и выгоды от возможных действий, чтобы выбрать наиболее подходящее. 4. Умение говорить - говорить с целью донести информацию до слушателя. 5. Умение читать - понимать письменное предложение и параграфы в документах, связанных с работой. Используемые инструменты: 1. Изогнутый пинцет; кровоостанавливающие; пинцет. 2. Младенческое лезвие ларингоскопа; лезвие ларингоскопа; ларингоскоп. 3. Кислородная маска для детей; младенческая кислородная маска; неонатальные дыхательные пути; оральные дыхательные пути. 4. Реанимационная маска для новорожденных; Реанимационная маска клапана. 5. Хирургические зажимы и щипцы. Используемые технологии: 1. Использование баз данных (Microsoft Access). 2. Использование электронной почты. 3. Поиск информации: справочное программное обеспечение о лекарственных средствах; медицинские информационные базы данных. 4. Использование веб-браузеров. 5. Использование медицинского программного обеспечения (Advanced Data Systems MedicsDocAssistant for Pediatrics; EMR Experts Pediatric EMR; Patient electronic medical record EMR software; StatCoder.com STAT E&M Coder).	1. Анализировать и интерпретировать полученную информацию от детей и их родителей (законных представителей). 2. Проводить и интерпретировать результаты физикального обследования детей различного возраста. 3. Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования детей. 4. Интерпретировать результаты лабораторного обследования детей. 5. Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования детей. 6. Интерпретировать результаты инструментального обследования детей. 7. Обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам. 8. Интерпретировать результаты повторного осмотра детей. 9. Обосновывать и планировать объем дополнительных лабораторных исследований детей. 10. Интерпретировать данные, полученные при дополнительном лабораторном обследовании детей. 11. Обосновывать и планировать объем дополнительных инструментальных исследований детей. 12. Интерпретировать данные, полученные при дополнительном инструментальном обследовании детей. 13. Обосновывать и планировать объем дополнительных консультаций детей врачами-специалистами. 14. Интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании детей. 15. Интерпретировать результаты дополнительных консультаций детей. 16. Пользоваться необходимой медицинской аппаратурой. 17. Владеть информационно-компьютерными программами.
Необходимые знания	1. Знание информации и методов, необходимых для диагностики и лечения травм и болезней: симптомы, варианты лечения, лекарственные средства и их взаимодействие, а также профилактические меры медико-санитарной помощи. 2. Знание английского языка, включая значения и написание слов и правил грамматики. 3. Знание принципов и методов диагностики, лечения и реабилитации физических и психических расстройств. 4. Знание растительных и животных организмов, их тканей и клеток, их взаимодействие друг с другом и с окружающей средой. 5. Знание человеческого организма и поведения, индивидуальных различий в способностях и интересах, психологических методов исследований, а также оценки и лечения психологических расстройств. 6. Знание принципов взаимодействия с клиентами и процедуры предоставления им персональных услуг. 7. Знание принципов и методов обучения отдельных лиц и групп и измерения эффектов от обучения. 8. Знание процессоров, микросхем, электронного и компьютерного оборудования и программного обеспечения. 9. Знание арифметики, алгебры, геометрии, статистики и их применение. 10. Знание химического состава, структуры и свойств веществ и химических процессов: использование химических веществ и их взаимодействий, методы предосторожности при работе с ними, методы производства и методы утилизации. 11. Знание группового поведения, тенденций в обществе, этнических культур и их истории. 12. Знание принципов управления ресурсами, моделирования человеческих ресурсов, техники руководства, методов производства, а также координации людей и ресурсов. 13. Знание соответствующего оборудования, процедур по обеспечению эффективной защиты людей, данных, имущества учреждения. 14. Знание законов, правовых кодексов, судебных процедур, прецедентов, правительственных постановлений, распоряжений и правил.	1. Порядок оказания медицинской помощи детям. 2. Стандарты медицинской помощи детям по заболеваниям. 3. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям. 4. Методика сбора информации у детей и их родителей (законных представителей). 5. Методика осмотра детей. 6. Анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности детей. 7. Особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма детей в норме и при патологических процессах. 8. Этиология и патогенез заболеваний у детей. 9. Современная классификация, клиническая симптоматика основных заболеваний и пограничных состояний детского возраста, этиология и патогенез соматических и инфекционных заболеваний у детей. 10. Современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний у детей. 11. Клиническая картина, особенности течения осложнения заболеваний у детей. 12. Клиническая картина состояний, требующих направления детей к врачам-специалистам. 13. Медицинские показания к использованию современных методов лабораторной диагностики заболеваний у детей. 14. Медицинские показания к использованию современных методов инструментальной диагностики заболеваний у детей. 15. Клиническая картина состояний, требующих неотложной помощи детям. 16. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

в США к первостепенным функциям относят обязанность врача постоянно общаться с коллегами и родственниками больного, объяснять сущность врачебных предписаний и результаты лечения. Именно поэтому к числу основных «знаний» (knowledge) для американского врача-педиатра относят знание основ психологии, а первое место среди основных skills занимает «Умение выслушать других людей».

Российские врачи, и это является еще одним отличием, обязаны гораздо больше времени, чем их американские коллеги, уделять внимание «бумажной» работе: составлению планов и отчетов о своей работе, предоставлению медико-статистических показателей, введению учетно-медицинской документации. В США подобная работа в основном перекладывается на младший медицинский персонал.

Наконец, третье основное отличие состоит в том, что в США к детским врачам (как и ко всем остальным категориям врачей) предъявляются строгие требования к знанию медицинского оборудования. В подробный вариант данного раздела включены 72 пункта и по значимости этот раздел идет сразу вслед за основными задачами, которые стоят перед врачом-педиатром. Тот факт, что в российском профессиональном стандарте умение пользоваться современной медицинской аппаратурой расписано значительно более скупо, и мы бы сказали более формально (в стандарт включено только умение пользоваться необходимой медицинской аппаратурой и владеть информационно-компьютерными программами), конечно, не означает, что все врачи в России не умеют использовать в своей работе многие из тех инструментов, которыми оснащены клиники на Западе. Скорее, отсутствие в стандарте развернутой картины используемой медицинской техники отражает факт недостаточного оснащения многих российских больниц, особенно в небольших населенных пунктах.

Если можно говорить о схожести трудовых функций российских и западных врачей, то функции медицинских сестер все еще имеют существенные различия. По данным Европейской ассоциации медицинских сестер, в европейских странах выделяются четыре категории квалификации медицинской сестры: младшая медицинская сестра, дипломированная медсестра, сестра-специалист (включая сестер-аку-

шерок), высококвалифицированная практикующая медсестра. Деление медицинских сестер на отдельные категории зависит от сложности выполняемой работы, уровня ответственности и образования.

В западных странах медицинские сестры трех категорий (за исключением младших медсестер) должны обладать образованием не ниже бакалавриата, медсестры-специалисты плюс к бакалавриату должны пройти годичный курс специальной подготовки в медицинских школах, а высококвалифицированные практикующие медсестры имеют образование не ниже магистра¹⁰ [3].

В России требования к уровню образования медицинских сестер существенно ниже, хотя, и на это следует обратить особое внимание, эти требования постепенно повышаются. Так, для категории младшей медицинской сестры необходимо лишь общее среднее образование, а для категории медицинской сестры общего профиля - среднее специальное образование «Сестринское дело» (3 года). При этом структура медицинских сестер по уровням квалификации также серьезно отличается от системы, принятой в западных странах. Профессиональные стандарты медицинских сестер в РФ еще не утверждены (декабрь 2016 г.), в настоящее время существует только их проект, однако имеющаяся информация позволяет сделать важные выводы о различиях в трудовых обязанностях этой категории медицинских работников.

Первое, что необходимо отметить, в странах Запада существует гораздо более четкое деление отдельных категорий медицинских сестер по выполняемым ими трудовым функциям - от более простых вспомогательных функций до предоставления высококвалифицированных медицинских услуг. В России функции медицинских сестер более размыты и в целом по уровню оказываемой медицинской помощи они ниже, чем в развитых странах. Например, трудовые функции медицинских сестер общего профиля во многих случаях схожи с трудовыми обязанностями, выполняемыми младшим медицинским персоналом.

Далее, и это главное отличие, в Российской Федерации нет такой категории, как высококвалифицированная практикующая медицинская сестра, которая в западных странах все чаще выполняет отдельные врачебные функции: вы-

¹⁰ European Federation of Nurses' Associations, 2015.

писывает рецепты для хронических больных, осуществляет вторичное посещение пациентов и даже лечит несложные заболевания. Медсестры последней категории все чаще становятся непосредственными ассистентами врачей, их роль в лечебном процессе постоянно повышается.

Основные выводы. Подводя основные итоги нашего анализа, надо отметить, что врачи в странах ОЭСР являются одной из наиболее высокооплачиваемых профессиональных групп, зарабатывая значительно больше по сравнению со средней по экономике и даже по сравнению с заработной платой прочих работников с высшим образованием. При этом межстрановой разрыв в заработных платах врачей в первую очередь объясняется уровнем экономического развития страны. В странах с переходной экономикой врачи зарабатывают меньше не только по сравнению с развитыми странами, но и по отношению к средней зарплате по экономике. В этом плане Россия не является исключением. Российские врачи зарабатывают значительно меньше своих зарубежных коллег, однако надо принимать во внимание, по крайней мере, два факта. Во-первых, надо не забывать, что высокая месячная оплата врачей в странах ОЭСР обусловлена в том числе продолжительностью их рабочего времени, которое значительно превышает соответствующий показатель для России. Во-вторых, все же по отношению к средней заработной плате по стране российские врачи «опережают» многие другие профессиональные группы.

Для систем здравоохранения подавляющего большинства стран характерно существование значительного разрыва в оплате труда врачей общей практики (в эту же группу входят и семейные врачи) и узких специалистов в пользу последних. В странах ОЭСР в целом узкие специалисты (кардиологи, отоларингологи, гинекологи и т. д.) зарабатывают в полтора раза больше врачей общей практики. Объяснением подобного разрыва являются гораздо более длительные сроки обучения и подготовки узких специалистов. Несмотря на принимаемые меры по увеличению привлекательности терапевтических профессий, оплата труда узких специалистов продолжает расти опережающими темпами.

Значительные различия существуют между использованием труда медицинских сестер в России и странах с развитой рыночной экономикой. Медицинские сестры являются самой

многочисленной категорией медицинского персонала в странах ОЭСР, где на каждого врача приходится три медицинские сестры. По этому показателю Россия значительно отстает от других стран - на каждого врача приходится только две медицинские сестры. Увеличение доли медсестер отражает их растущую роль в лечебном процессе, в частности в передаче им некоторых врачебных функций.

Заработная плата медсестер в странах ОЭСР находится на уровне средней, однако в половине стран оплата их труда меньше средней, в другой половине стран - больше средней заработной платы. В России заработная плата медсестер составляет 80%, в то же время эта профессиональная группа в Российской Федерации оплачивается несколько выше, чем во многих странах с переходной экономикой.

В западных странах как врачам, так и медсестрам для занятия медицинской профессией требуется высокий уровень образования. Для аттестованных медсестер обычным становится диплом бакалавра, а в некоторых случаях и магистра. В странах ОЭСР среди врачей наиболее высокий уровень образования требуется для хирургов (бакалавриат плюс медицинская школа плюс полная ординатура), в то время как для врачей МРТ, рентгенологов, диетологов достаточно бакалавриата.

Трудовые функции российских врачей в целом схожи с трудовыми функциями соответствующих медицинских профессий в развитых странах. Однако они продолжают выполнять несвойственный для высококвалифицированного персонала большой объем статистической и отчетной работы. Медицинские сестры в России пока отстают от своих западных коллег не только по продолжительности полученного образования, но и по уровню предоставляемых ими медицинских услуг. Зачастую их труд используется недостаточно эффективно, значительная часть медсестер выполняет функции, которые мог бы осуществлять младший медицинский персонал.

Литература

1. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, 2016, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
2. OECD Employment Outlook 2016, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2016-en.

3. Occupational Outlook Handbook, Bureau of Labor Statistics, United States Department of Labor. 2015.
4. **Улумбекова Г.** Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в Российской Федерации и ключевые задачи кадровой политики на период до 2020 г. // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2010. Т. 1. № 1. С. 11-24.
5. **Drager S., Dal Poz M., Evans D.** Health workers wages: an overview from selected countries, Evidence and Information for Policy World Health Organization. Geneva. 2006.
6. **Kroneman M., van der Zee J., Groot W.** Income Developments of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. BMC Health Services Research, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-26>.
7. **Simanis J.** Health Care Expenditures: International Comparisons. 1970-80 // Social Security Bulletin, 1987. Vol. 50. No. 10. P. 19-24.
8. **Squires D., Anderson C.** U.S. Health Care from a Global Perspective: Spending, Use of Services, Price, and Health in 13 Countries. Commonwealth Fund publication, 2015. Vol. 15.
9. **Van Mosseveld C., van Son P.** International Comparison of Health Care Data: Methodology development and application. 2012, Springer Science & Business Media.
10. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, 2015, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
11. **Fujisawa R., Lafortune G.** The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries?»; OECD Health Working Papers, 2008, No. 41, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/228632341330>.
12. **Van Gool K., Pearson M.** Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries. OECD Health Working Papers, 2014, No. 76, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx71ltl1zg6-en>.

CROSS-COUNTRY WAGE COMPARISONS FOR HEALTH WORKERS

Nina T. Vishnevskaya

Author affiliation: National Research University Higher School of Economics (Moscow, Russia). E-mail: vishnev@hse.ru.

Anna V. Sharunina

Author affiliation: National Research University Higher School of Economics (Moscow, Russia). E-mail: asharunina@hse.ru.

The authors performed international comparative analysis of wages of medical personnel. One of reasons for that was to understand if Russian trends in this area comply with global standards. Various methodological approaches served as a basis for obtaining comparative data describing level and dynamics of wages of medical personnel in Russia and in countries with the developed and transitional economies. The authors focused on the fact that while performing international comparisons of wages in healthcare system (not to mention when making extensive conclusions based on comparison results) one should take into account national specifics in labour remuneration mechanisms, specific categories of doctors and nurses, differences in the healthcare system and statistical observation in general.

Using statistical information from several international organizations and the Rosstat the authors state that although there are certain similarities in the functions, Russian doctors earn considerably less than their foreign colleagues. However, it should be noted that work week in Russia is shorter than in many foreign countries.

The article describes the tendency to widen the gap between wages of general practitioners and specialists. Wages of Russian nurses as well as doctors fall behind those of their colleagues from leading foreign countries. Nevertheless, while performing international comparative analysis it is important to keep in mind that attainment level of Russian medical personnel and the scope of medical services they perform are also lower.

Keywords: health care, international comparisons, wages, differentiation of health workers by wages.

JEL: J31.

References

1. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, 2016, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
2. OECD Employment Outlook 2016, 2016, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2016-en.

3. Occupational Outlook Handbook (2015), Bureau of Labor Statistics, United States Department of Labor.
4. **Ulumbekova G.** Analiz chislennosti, struktury i kvalifikatsii meditsinskikh kadrov v Rossiiskoi Federatsii i klyuchevye zadachi kadrovoi politiki na period do 2020 g. [Analysis of the number, structure and qualifications of medical personnel in the Russian Federation and key tasks of the staff policy for the period until 2020]. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*, 2010, vol. 1, no. 1, pp. 11-24. (In Russ.).
5. **Drager S., Dal Poz M., Evans D.** Health workers wages: an overview from selected countries, Evidence and Information for Policy World Health Organization. Geneva, 2006.
6. **Kroneman M., van der Zee J., Groot W.** Income Developments of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. BMC Health Services Research, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-26>.
7. **Simanis J.** Health Care Expenditures: International Comparisons. 1970-80. *Social Security Bulletin*, vol. 50, 1987, no. 10, pp. 19-24.
8. **Squires D., Anderson C.** U.S. Health Care from a Global Perspective: Spending, Use of Services, Price, and Health in 13 Countries. Commonwealth Fund publication, 2015, vol. 15.
9. **Van Mosseveld C., van Son P.** International Comparison of Health Care Data: Methodology development and application. 2012, Springer Science & Business Media.
10. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, 2015, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
11. **Fujisawa R., Lafortune G.** The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? OECD Health Working Papers, 2008, no. 41, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/228632341330>.
12. **Van Gool K., Pearson M.** Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries. OECD Health Working Papers, 2014, no. 76, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>.