

# Формирование заработной платы на локальных рынках труда работников сферы медицинских услуг<sup>1</sup>

**П.Н. Павлов, А.В. Щетинина**

УДК: 331.2, 331.52, 61, 346.546

**Аннотация.** В статье через призму концепции рыночной власти работодателей на локальных рынках труда анализируется уровень заработных плат работников сферы медицинских услуг в России. С использованием больших данных о вакансиях в российских медучреждениях показано, что предлагаемый уровень зарплат отрицательно и статистически значимо связан с уровнем концентрации локальных рынков труда для большинства наиболее распространенных в России медицинских профессий. Данное явление более ярко выражено в городах-миллионниках, что может объясняться более высоким уровнем коммерциализации медицины и большей гибкостью системы вознаграждения работников. При этом в сегменте менее квалифицированного медицинского персонала (медицинские сестры) эффект влияния рыночной концентрации на уровень заработных плат выражен слабее, чем в сегменте более квалифицированного персонала (врачи и фельдшеры). Последнее обусловлено как более существенным дефицитом кадров, так и относительно меньшей гибкостью механизмов оплаты труда низкоквалифицированных медицинских работников.

На основе результатов проведенного исследования сформулирован ряд рекомендаций по развитию системы оплаты труда медицинских работников в России.

**Ключевые слова:** локальные рынки труда; медицинские услуги; заработная плата; вакансии; большие данные микроуровня

## Введение

Рынок медицинских услуг имеет высокую социальную значимость. Его стабильная работа и качество оказываемых услуг оказывают непосредственное влияние на качество и уровень жизни населения. Растущий в последние годы дефицит кадров в медицинской сфере актуализирует постановку вопроса о закономерностях и особенностях сложившейся в ней системы оплаты труда.

В соответствии с «майскими указами» президента еще к 2018 г. размер средней заработной платы врачей должен был составить 200% от средней

<sup>1</sup> Статья подготовлена в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

зарплаты в соответствующем регионе<sup>2</sup>. Однако, по данным Росстата за январь-март 2023 г.<sup>3</sup> и аналогичным данным за 2022 г.<sup>4</sup>, только часть регионов достигла ожидаемого уровня оплаты труда (на 2022-й это 24 субъекта). Каковы возможные причины этого явления? В настоящем исследовании рассмотрим только один из аспектов формирования заработной платы медицинских работников, проанализировав уровень заработков в этой сфере через призму концепции рыночной власти работодателей на локальных рынках труда.

Эксперты отмечают, что в России в последние годы наметилась тенденция к укрупнению амбулаторно-стационарных комплексов [Шишкин и др., 2022. С. 5], что способствует повышению концентрации в отрасли, снижает количество альтернатив для трудоустройства медицинских работников бюджетной сферы. В свою очередь уменьшение количества организаций-работодателей может приводить к росту рыночной власти последних в отношении работников.

Целью исследования является оценка влияния рыночной власти российских организаций-работодателей на уровень заработных плат работников медицинской сферы. На основе полученных результатов будут сформулированы выводы и отдельные рекомендации по развитию рынка труда российской системы здравоохранения.

### **Эволюция системы вознаграждения труда медицинских работников в России**

В период 1992–2008 гг. система оплаты труда медицинских работников бюджетной сферы России основывалась на единой тарифной сетке (ЕТС), которая жестко закрепляла низкие стандарты оплаты и не давала возможности руководителям подстраивать уровень вознаграждения под быстро изменяющиеся экономические условия и специфику медицинских учреждений. С декабря 2008 г. начался переход к новой системе (системам)

---

<sup>2</sup> Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597. «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

<sup>3</sup> Росстат (2023). Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь-март 2023 года, URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/itog-monitor\\_01-2023.htm](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/itog-monitor_01-2023.htm)

<sup>4</sup> Росстат (2022). Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь-сентябрь 2022 года, URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/itog-monitor\\_03-2022.htm](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/itog-monitor_03-2022.htm)

оплаты труда (НСОТ) в медицинской сфере<sup>5</sup>. Главная ее отличительная особенность – гибкость. В рамках новой системы были закреплены три составляющие заработной платы: оклад, стимулирующие и компенсационные выплаты. Таким образом, работник получает гарантированный заработок (на уровне не ниже, чем был при ЕТС) и дополнительное вознаграждение, исчисляемое исходя из сложности и «вредности» труда, квалификации работника и т.д. При этом каждое медицинское учреждение получило право установить собственную систему оплаты труда, не нарушающую принципы общефедеральной<sup>6</sup>. Первыми на новую систему были переведены медицинские учреждения федерального подчинения на всей территории страны (в 2008 г.). В силу развития мирового финансово-экономического кризиса и дефицита бюджетного финансирования переход организаций регионального подчинения на НСОТ осуществлялся в течение нескольких лет и завершился лишь в 2012 г. [Макаров, Гайдаров, 2019]. Сложившаяся при этом система оплаты труда медработников бюджетной сферы стала не только более гибкой (учреждениям, переходящим на НСОТ, рекомендовалось не менее 30% заработной платы выплачивать в форме стимулирующих надбавок), но и в некоторой степени хаотичной<sup>7</sup>.

Эта хаотичность, дифференциация меж- и внутрирегиональных подходов к оплате труда медицинских работников, особенно отчетливо проявившаяся в период пандемии COVID-19, послужили поводом для разработки очередной реформы в данной сфере<sup>8</sup>. С 2025 г. в рамках пилотного проекта

---

<sup>5</sup> См. Постановление Правительства РФ от 05.08.2008 № 583 (ред. от 19.01.2019) «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений».

<sup>6</sup> Работодатели вправе локально увеличивать размеры выплат в своём регионе, а также иные формы систем оплаты труда могут быть приняты в отдельных организациях через локальные документы и коллективные соглашения.

<sup>7</sup> Главным образом в силу значительных полномочий руководителя учреждения (главрача) в установлении величины стимулирующих надбавок, перераспределении фонда оплаты труда [Колосницына, Владимирская, 2010].

<sup>8</sup> См. Постановление Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 847 «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (с изменениями и дополнениями от: 27 сентября, 30 ноября 2021 г., 5 июля 2022 г.).

в семи субъектах РФ<sup>9</sup> планируется введение отраслевой системы оплаты труда (ОСОТ) в государственных учреждениях здравоохранения (разработан в 2021 г. Министерством здравоохранения РФ и Министерством труда и социальной защиты РФ<sup>10</sup>).

Новая модель предполагает уточнение методики расчета заработной платы в привязке к номенклатуре должностей медицинских работников. В структуре заработной платы, как и прежде, будут разделены должностной оклад, стимулирующие и компенсационные выплаты. Существенная новация состоит в формировании *единого перечня компенсационных и стимулирующих выплат* (их может быть от 8 до 15), а также в определении *правил и условий их применения*. Отраслевая система предусматривает также применение коэффициента региональной экономической дифференциации, что позволяет учесть региональные различия в стоимости жизни.

Таким образом, перспективная модель оплаты труда ориентирована на унификацию подходов к формированию вознаграждения медицинского персонала госучреждений здравоохранения при сохранении элементов гибкости системы, обоснованных экономической логикой.

Эластичность модели оплаты труда, сформированной в государственных медучреждениях (в частных она, по определению, была таковой с самого начала), в принципе, допускает возможность реализации элементов рыночной власти организаций-работодателей в отношении работников. Так ли это на самом деле, мы проверим, проанализировав влияние концентрации локальных рынков труда работников сферы медицинских услуг (врачей, фельдшеров, медицинских сестер и т.д.) на уровень предлагаемой заработной платы.

### **Объект исследования**

В центре нашего внимания будут *локальные рынки труда* работников медицинских профессий – или, иными словами, рынки труда, определенные на уровне пары признаков «населенный пункт» – «профессия»: например, «г. Ярославль» – «Фельдшер», «г. Москва» – «Врач-терапевт участковый». Таким образом, работа основывается на современной концепции локальных рынков труда, которая предполагает существование у последних как географических/пространственных [Manning, Petrongolo 2017; Bartik, Rinz,

<sup>9</sup> Белгородская, Курганская, Омская, Оренбургская, Тамбовская области, Республика Саха (Якутия) и г. Севастополь.

<sup>10</sup> Как с 2025 года изменится оплата труда медиков // Российская газета (RG.RU). 2023. 27 авг. URL: <https://rg.ru/2023/08/23/doplaiat-za-slozhnost.html>

2018], так и отраслевых/профессиональных границ [Dix-Carneiro, 2014; Artuc et al., 2010; Traiberman, 2019].

Локальные рынки труда были определены в окрестности городов с населением не менее 100 тыс. человек (рассматривалось более 30 тыс. локальных рынков труда для 166 городов России). Для указанных рынков труда были определены показатели *концентрации* вакантных рабочих мест, имеющих в сфере оказания медицинских услуг в разрезе организаций-работодателей. Для расчета индекса концентрации НИИ применялась формула:

$$НИИ_{m,t} = \sum_{j=1}^J S_{j,m,t}^2, \quad (1)$$

где  $S_{j,m,t}$  – доля вакансий организации-работодателя  $j$ <sup>11</sup> на локальном рынке труда  $m$  (например, на рынке труда «г. Ярославль» – «Фельдшер») в период  $t$ .

Индексы концентрации рынка труда в общем случае отражают уровень рыночной власти организаций-работодателей в отношении потенциальных работников – специалистов в той или иной области.

Рассмотрим локальные рынки труда для четырех укрупненных групп медицинских профессий, соответствующих классификатору ОКПДТР<sup>12,13</sup>:

а) «основные медицинские работники»: врач, врач общей практики (семейный), врач-педиатр участковый, врач-специалист, врач-терапевт участковый, заведующий отделением (в прочих отраслях), фельдшер;

б) «медицинские сестры»: медицинская сестра, медицинская сестра кабинета, медицинская сестра операционная, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра процедурной, медицинская сестра-анестезист, акушерка;

в) «обеспечивающие медицинские работники»: лаборант, массажист, медицинский статистик, провизор, рентгенолаборант, санитарка (мойщица), фармацевт, фельдшер-лаборант;

г) «работники сферы образования и социального обслуживания, частично выполняющие функции оказания услуг медицинского/реабилитационного характера»: инструктор по лечебной физкультуре, инструктор

<sup>11</sup> Как правило, медицинской организации.

<sup>12</sup> ОКПДТР – Общероссийский классификатор профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов (см. Постановление Госстандарта РФ от 26.12.1994 №367 (ред. от 19.06.2012) «О принятии и введении в действие Общероссийского классификатора профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов ОК 016–94»).

<sup>13</sup> Всего рассматривалось 33 группы медицинских профессий.

по физической культуре, педагог социальный, педагог-психолог, психолог, социальный работник, специалист по социальной работе, учитель-дефектолог, учитель-логопед.

### **Модель связи заработной платы и концентрации на рынке труда**

Вопросы рыночной власти на рынке труда уже несколько десятилетий находятся в поле зрения исследователей. Особое внимание уделяется тому, можно ли рассматривать рынок труда как монополию (см., например, [Robinson, 1969]), и, в более общей формулировке, к каким последствиям для работников (с точки зрения величины заработной платы, продолжительности времени поиска работы, трудовой мобильности) может приводить высокая концентрация рынка труда [Boal, Ransom, 1997; Manning, 2003; Staiger et al., 2010; Ashenfelter et al., 2010; Matsudaira, 2014].

По аналогии с продуктовыми рынками, где высокому уровню концентрации соответствует небольшое количество фирм-продавцов, на рынке труда высокому уровню концентрации соответствует небольшое количество работодателей, рыночная власть которых может влиять на доходы работников.

Для нас представляет интерес лишь один из аспектов этой проблемы, а именно – изучение эффектов рыночной власти в отношении медицинских работников<sup>14</sup>. Инструментом для анализа зависимости заработной платы медиков от уровня концентрации работодателей будет модель, предложенная в работе зарубежных экспертов [Azar et al., 2022] и уже апробированная на российских данных [Павлов, 2023]:

$$\log(w_{m,t}) = \beta \cdot \log(HHI_{m,t}) + \gamma \cdot X_{m,t} + \alpha_t + v_m + \varepsilon_{m,t}, \quad (2)$$

где  $w_{m,t}$  – ставка заработной платы на локальном рынке труда  $m$  в период  $t$ ;

$HHI_{m,t}$  – уровень концентрации на локальном рынке труда  $m$  в период  $t$ ;

$\alpha_t$  – фиксированный эффект для периода  $t$ ;

$v_m$  – фиксированный эффект для локального рынка труда  $m$ <sup>15</sup>;

---

<sup>14</sup> В числе работ по данной тематике можно назвать, например, статью [Hirsch, Schumacher, 1995], где исследовалась связь между уровнем зарплат медсестер и концентрацией рынка труда, или еще одну статью [Chown et al., 2019], где рассматривалась в том числе взаимосвязь между концентрацией и зарплатами на рынке медицинских услуг.

<sup>15</sup> Ненаблюдаемые характеристики рабочих мест на уровне каждого из локальных рынков труда, по крайней мере, частично улавливаются фиксированными эффектами.

$X_{m,t}$  – контрольные переменные<sup>16</sup>;

$\varepsilon_{m,t}$  – случайная ошибка.

Оценка представленной модели будет проводиться с использованием больших данных о соответствующих вакансиях.

### **Большие данные, характеризующие российский рынок труда**

На современном этапе хорошую основу для изучения рынков труда представляют объявления о вакансиях (данные микроуровня), представленные на крупных онлайн-агрегаторах, таких как: «Работа России» (trudvsem.ru), HeadHunter (hh.ru), «Работа.ру» (rabota.ru) и др. Отметим, что, с одной стороны, пандемия COVID-19 породила резкий рост спроса на онлайн-сервисы агрегаторов вакансий, с другой – глобальный долгосрочный тренд на цифровизацию экономики в целом и рынка труда, в частности, способствует росту конкурентоспособности тех компаний, которые представлены на рынке труда не только в офлайн, но и в онлайн-сегменте.

В основу настоящего исследования положены данные о вакансиях, открытых работодателями (медицинские организации) в период 1 кв. 2018 г. – 3 кв. 2022 г.<sup>17</sup> на веб-портале Роструда «Работа России»<sup>18,19</sup>.

### **Результаты эмпирического анализа**

Модель взаимосвязи заработных плат и показателей концентрации локальных рынков труда (см. уравнение (2)) оценивалась эконометрическими методами на выборке локальных рынков труда работников сферы медицинских услуг.

---

<sup>16</sup> Например: уровень спроса на рабочую силу на рынке труда  $m$  в период  $t$ , который может аппроксимироваться количеством открытых вакансий в расчете на одного работодателя.

<sup>17</sup> В некотором смысле данным об открытых вакансиях, характеризующим наиболее активную часть рынка труда, можно противопоставить данные о штатном расписании организаций, где учитываются как вакантные, так и занятые рабочие места. В данном случае уместно уточнить, что активность поиска рабочего места для уже трудоустроенных работников, как правило, ниже, чем у индивидов, не имеющих постоянной занятости и находящихся в поиске работы. Поэтому анализ вакансий представляет собой форму изучения наиболее **активной части** рынка труда.

<sup>18</sup> Роструд. 2023. Работа России. URL: <https://trudvsem.ru/>

<sup>19</sup> При этом часть данных используется в виде, представленном по итогам обработки АНО ЦПУР (см. [Бабушкина, Тимошенко, 2021]).

Для сравнения эта же модель оценивалась по выборке топ-200 наиболее популярных в России групп профессий<sup>20</sup>.

Расчеты проводились по отдельности для локальных рынков труда, образованных вокруг городов с численностью населения от 100 тыс. человек и вокруг городов-миллионников. В качестве контрольной переменной, аппроксимирующей спрос на труд, используется показатель количества открытых вакансий в расчете на одну организацию-работодателя. Во всех регрессиях используются фиксированные эффекты на локальные рынки труда и временные периоды (кварталы). Результаты оценки представлены в таблицах 1, 2.

**Таблица 1. Оценки уравнения уровня вознаграждения медицинских работников на локальных рынках труда, образованных вокруг городов с численностью населения не менее 100 тыс. чел.**

Переменная	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	топ-200 популярных профессий (бенчмарк)	работники сферы медицинских услуг	врачи, фельдшеры	медицинские сестры	обеспечивающие работники	педагоги
Индекс НИИ (логарифм)	-0,026***	-0,027***	-0,042***	-0,025***	-0,034***	-0,017***
	(0,001)	(0,003)	(0,008)	(0,005)	(0,006)	(0,004)
Открытые вакансии в расчете на организацию, ед. (логарифм)	0,029***	0,004	0,026***	0,002	-0,002	-0,009*
	(0,001)	(0,003)	(0,006)	(0,004)	(0,005)	(0,005)
Константа	9,756***	9,704***	10,014***	9,648***	9,644***	9,523***
	(0,002)	(0,005)	(0,015)	(0,010)	(0,011)	(0,008)
Кол-во наблюдений	494,010	79,348	17,456	18,268	19,036	21,929
Кол-во групп	31,873	5,240	1,124	1,243	1,261	1,450
R <sup>2</sup>	0,32	0,33	0,28	0,38	0,32	0,36

**Примечание к табл. 1,2.** \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$  (в скобках приведены робастные стандартные ошибки).

**Источник табл. 1,2.** Расчеты авторов.

<sup>20</sup> В качестве примеров популярных в России профессиональных групп, не относящихся к медицинской сфере, можно отметить: водителей, подсобных рабочих, продавцов продовольственных товаров и т.д.



**Таблица 2. Оценки уравнения уровня вознаграждения медицинских работников на локальных рынках труда, образованных вокруг городов с численностью населения не менее 1 млн чел.**

Переменная	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	топ-200 популярных профессий (бенчмарк)	работники сферы медицинских услуг	врачи, фельдшеры	медицинские сестры	обеспечивающие работники	педагоги
Индекс НИ	-0,034***	-0,030***	-0,075**	-0,038**	-0,030	-0,006
	(0,004)	(0,010)	(0,029)	(0,016)	(0,026)	(0,010)
Открытые вакансии в расчете на организацию, ед. (логарифм)	0,023***	-0,019**	-0,021	-0,018	-0,019	0,007
	(0,004)	(0,010)	(0,029)	(0,011)	(0,016)	(0,018)
Константа	9,802***	9,770***	10,064***	9,703***	9,701***	9,591***
	(0,010)	(0,023)	(0,069)	(0,034)	(0,063)	(0,026)
Кол-во наблюдений	51,805	8,601	1,818	2,094	2,079	2,345
Кол-во групп	2,797	462	98	112	112	126
R <sup>2</sup>	0,41	0,42	0,33	0,57	0,41	0,47

По итогам регрессионного анализа панельных данных, характеризующих российские рынки труда работников медицинской сферы, была установлена взаимосвязь между показателями рыночной власти и заработной платы. Оценки чувствительности зарплаты четырех укрупненных групп медицинских работников к уровню рыночной власти работодателей в целом соответствуют рыночным закономерностям, выявленным на основе полной выборки топ-200 популярных в России групп профессий (см. оценки спецификаций (1)-(2) в таблицах 1-2). При этом рост на 10% показателя концентрации соответствует снижению номинальной заработной платы на 0,3%, а переход от 25-го к 75-му процентилю в распределении

показателя концентрации<sup>21</sup> эквивалентен снижению предлагаемой номинальной заработной платы на величину до 8%.

Отметим, что на отдельных подвыборках наблюдается некоторая степень вариации показателя чувствительности заработной платы к уровню концентрации рынка труда. Так, в городах с численностью населения от 100 тыс. чел. для группы «врачи и фельдшеры» эффект снижения заработной платы по мере роста концентрации локальных рынков труда выражен на 50% сильнее, чем для всей выборки медицинских профессий, а также для группы «медицинские сестры»<sup>22</sup>, хотя, казалось бы, чем выше квалификация работника, тем сложнее должно быть работодателю, при прочих равных, реализовать в его отношении фактор рыночной власти и дискриминировать по заработной плате. Кроме того, очевидно, что с точки зрения полученного образования, количества лет обучения профессия врача предполагает более высокий уровень квалификации, чем профессия медицинской сестры.

На наш взгляд, наблюдаемый парадокс, вероятнее всего, объясняется тем, что, во-первых, дефицит медсестер на рынке труда выше, чем у более квалифицированных медработников, во-вторых, оплата труда младшего и среднего медицинского персонала «регламентируется» работодателями более жестко<sup>23</sup>, чем заработки врачей.

В городах-миллионниках со сравнительно крупными рынками труда эффект влияния концентрации на заработную плату врачей выражен почти вдвое сильнее, чем на всей выборке населенных пунктов, что может объясняться большим уровнем коммерциализации медицины в крупных городах и, соответственно, меньшей жесткостью ценообразования на рынке труда работников медицинских профессий.

Также выяснилось, что для сегмента «обеспечивающих работников» в сфере медицинских услуг показатели чувствительности вознаграждения к уровню рыночной власти работодателей приблизительно совпадают

---

<sup>21</sup> В России это переход от ситуации с 8 нанимателями к ситуации с 2 работодателями (см. работу [Павлов, 2023]).

<sup>22</sup> В данном случае переход от 25-го к 75-му процентилю по концентрации соответствует снижению заработной платы на 12%.

<sup>23</sup> Одна из причин подобной жесткости состоит в том, что показатели оплаты труда младшего/среднего медицинского персонала, указываемые в объявлениях о вакансиях, фактически приближены к региональному МРОТ.

по значению в мегаполисах и менее крупных городах<sup>24</sup>. Заработная плата работников сферы образования и социального обслуживания, частично выполняющих функции оказания услуг медицинского/реабилитационного характера, слабее всего связана с показателями рыночной концентрации. Это может происходить, например, в силу дефицита кадров по соответствующим направлениям подготовки, а также из-за сравнительно высокой мобильности данных работников (в пространстве организаций-работодателей).

### **Выводы и рекомендации**

Проведенное исследование показало, что чувствительность заработной платы медицинских работников к показателям концентрации локальных рынков труда во многом зависит от полноты предложения в соответствующих сегментах (при наличии дефицита отдельных работников работодателям сложнее диктовать условия), а также от степени гибкости применяемых моделей оплаты труда (чем она ниже, тем менее чувствителен уровень вознаграждения к рыночной власти работодателей).

Это позволяет сформулировать следующие рекомендации для регуляторов рынка.

Во-первых, в рамках новой единой системы оплаты труда медицинских работников бюджетной сферы (ОСОТ) целесообразно предусмотреть повышенную гибкость методики формирования заработной платы для «дефицитных» категорий медицинского персонала (в том числе, как показывают оценки нашей модели, для медицинских сестер), что может быть сделано с учетом сложившегося на том или ином локальном рынке труда баланса спроса и предложения (соотношения количества реальных вакансий (свободных рабочих мест) и резюме кандидатов (откликов на вакансии)).

Во-вторых, при планировании укрупнения амбулаторно-стационарных комплексов целесообразно параллельно проводить мониторинг текущего и перспективного уровня концентрации локальных рынков труда работников медицинских профессий и принимать дополнительные меры,

---

<sup>24</sup> При этом оценки коэффициента концентрации рынка труда обеспечивающих работников для мегаполисов – статистически незначимы, что отражает низкую возможность работодателя злоупотреблять рыночной властью при формировании уровня вознаграждения данной профессиональной группы.

которые будут снижать риски злоупотребления рыночной властью со стороны организаций-работодателей (в отношении, прежде всего, врачей, фельдшеров, медицинских сестер), включая активизацию деятельности соответствующих профсоюзных организаций.

Кроме того, возможно дополнение новой методики формирования заработной платы медицинских работников бюджетной сферы коэффициентами, учитывающими степень концентрации локального рынка труда. Например, более высокий уровень минимального заработка, установленный для более концентрированных рынков, будет способствовать ограничению рыночной власти организаций-работодателей.

Наконец, в-третьих, в целях выравнивания уровня социально-экономического развития РФ и обеспечения равного доступа населения к медицинской помощи рекомендуется сохранять меры поддержки предложения труда в медицинской сфере на уровне сравнительно небольших населенных пунктов из-за существенно меньшей емкости и гибкости их локальных рынков труда по сравнению с мегаполисами.

## Литература/ References

- Бабушкина В.О., Тимошенко А.Ш. «Работа в России»: обработанные и объединенные сведения о вакансиях, резюме, откликах и приглашениях портала [trudvsem.ru](http://trudvsem.ru) // Инфраструктура научно-исследовательских данных, АНО «ЦПУР», 2021. URL: <https://www.data-in.ru/data-catalog/datasets/186/>
- Babushkina, V., Timoshenko, A. (2021). «*Rabota v Rossii*»: processed and combined information about vacancies, resumes, responses and invitations of the portal [trudvsem.ru](http://trudvsem.ru). Research Data Infrastructure, ANPO «Center for Advanced Governance». (In Russ.). Available at: <https://www.data-in.ru/data-catalog/datasets/186/>
- Колосницына М.Г., Владимирская Е.Н. Реформирование оплаты труда в государственном секторе (на примере медицинских учреждений трех российских регионов) // Вопросы статистики. 2010. № 11. С. 38–46.
- Kolosnitsyna, M.G., Vladimirska, E.N. (2010). Remuneration reform in the public sector (case study: medical institutions of three regions). *Voprosy Statistiki*. No. 11. Pp. 38–46. (In Russ.).
- Макаров С.В., Гайдаров Г.М. Оплата труда медицинских работников государственных медицинских организаций: учеб. пособие. Иркутск: ИГМУ, 2019. 63с.
- Makarov, S.V., Gaidarov, G.M. (2019). *Remuneration of medical workers of state medical organizations: training manual*. Irkutsk: ISMU. 63p. (In Russ.).
- Павлов П.Н. Рыночная власть работодателей и заработная плата работников на локальных рынках труда в России // Вопросы экономики. 2023. № 8. С. 38–56. <https://doi.org/10.32609/0042-8736-2023-8-38-56>

- Pavlov, P.N. (2023). Market power and wages in Russian local labor markets. *Voprosy Ekonomiki*. No. 8. Pp. 38–56. (In Russ.). DOI: 10.32609/0042–8736–2023–8–38–56.
- Шишкин С., Шейман И., Власов В., Потапчик Е., Сажина С. Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы: доклад к XXIII Ясинской (Апрельской) междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества. М.: НИУ-ВШЭ, 2022. 59с. URL: [https://conference.hse.ru/files/download\\_file\\_ex?id=D2B9E680-EF14-3F89-4D08-7ABDE5EA833A&hash=097802899BB248D8E5442DB15E40414C](https://conference.hse.ru/files/download_file_ex?id=D2B9E680-EF14-3F89-4D08-7ABDE5EA833A&hash=097802899BB248D8E5442DB15E40414C)
- Shishkin, S., Sheyman, I., Vlasov, V., Potapchik, E., Sazhina, S. (2022). *Structural changes in health care: trends and prospects: report to the XXIII Yasin (April) int. scientific conf. on problems of economic and social development*. Moscow: HSE Publishing House. 59p. (In Russ.). Available at: [https://conference.hse.ru/files/download\\_file\\_ex?id=D2B9E680-EF14-3F89-4D08-7ABDE5EA833A&hash=097802899BB248D8E5442DB15E40414C](https://conference.hse.ru/files/download_file_ex?id=D2B9E680-EF14-3F89-4D08-7ABDE5EA833A&hash=097802899BB248D8E5442DB15E40414C)
- Artuc, E., Chaudhuri, S., McLaren, J. (2010). Trade shocks and labor adjustment: a structural empirical approach. *American Economic Review*. Vol. 100. No. 3. Pp. 1008–1045. <https://doi.org/10.1257/aer.100.3.1008>
- Ashenfelter, O.C., Farber, H., Ransom, M.R. (2010). Labor Market Monopsony. *Journal of Labor Economics*. Vol. 28. No. 2. Pp. 203–210. DOI: 10.1086/653654
- Azar, J., Marinescu, I., Steinbaum, M. (2022). Labor market concentration. *Journal of Human Resources*. Vol. 57(S). Pp. S167-S199. DOI: 10.3368/jhr.monopsony.1218–9914R1
- Bartik, A., Rinz, K. (2018). Moving costs and worker adjustment to changes in labor demand: Evidence from longitudinal census data. *Manuscript*. University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Boal, W.M., Ransom, M.R. (1997). Monopsony in the Labor Market. *Journal of Economic Literature*. Vol. 35. No. 1. Pp. 86–112.
- Chown, J., Dranove, D., Garthwaite, C., Keener, J. (2019). The opportunities and limitations of monopsony power in healthcare: evidence from the United States and Canada. *NBER Working Paper* No. w26122.. National Bureau of Economic Research. DOI 10.3386/w26122
- Dix-Carneiro R. (2014). Trade liberalization and labor market dynamics. *Econometrica*. Vol. 82. No. 3. Pp. 825–885. <https://doi.org/10.3982/ECTA10457>
- Hirsch, B.T., Schumacher, E.J. (1995). Monopsony power and relative wages in the labor market for nurses. *Journal of Health Economics*. Vol. 14. No. 4. Pp. 443–476. DOI: 10.1016/0167–6296(95)00013–8
- Manning, A. (2003). The real thin theory: monopsony in modern labour markets. *Labour Economics*. Vol. 10. No. 2 (April). Pp. 105–131. DOI: 10.1016/S0927–5371(03)00018–6
- Manning, A., Petrongolo, B. (2017). How local are labor markets? Evidence from a spatial job search model. *American Economic Review*. Vol. 107. No. 10. Pp. 2877–2907. <https://doi.org/10.1257/aer.20131026>
- Matsudaira, J. (2014). Monopsony in the low-wage labor market? Evidence from minimum nurse staffing regulations. *Review of Economics and Statistics*. Vol. 96. No. 1. Pp. 92–102. DOI: 10.1162/REST\_a\_00361
- Robinson, J. (1969). *Monopsony*. In: *The Economics of Imperfect Competition*. Palgrave Macmillan, London. [https://doi.org/10.1007/978-1-349-15320-6\\_19](https://doi.org/10.1007/978-1-349-15320-6_19)

*Staiger, D., Spetz, J., Phibbs, C.* (2010). Is there monopsony in the labor market? Evidence from a natural experiment. *Journal of Labor Economics*. Vol. 28. No. 2. Pp. 211–236. DOI: 10.1086/652734

*Trauberman, S.* (2019). Occupations and import competition: Evidence from Denmark. *American Economic Review*. Vol. 109. No. 12. Pp. 4260–4301. <https://doi.org/10.1257/aer.20161925>

Статья поступила 31.05.2023

Статья принята к публикации 29.09.2023

**Для цитирования:** Павлов П.Н., Щетинина А.В. Формирование заработной платы на локальных рынках труда работников сферы медицинских услуг // ЭКО. 2024. № 1. С. 188–202. DOI: 10.30680/ЕСО0131-7652-2024-1-188-202

### Информация об авторах

*Павлов Павел Николаевич* (Москва) – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник РАНХиГС при Президенте РФ.

E-mail: pavlov@ranepa.ru; ORCID: 0000–0001–6200–6481

SPIN-код: 6878–1430

*Щетинина Анастасия Владимировна* (Москва) – стажер-исследователь РАНХиГС при Президенте РФ.

E-mail: shchetinina-av@ranepa.ru; ORCID: 0009–0002–5282–3562

### Summary

*P.N. Pavlov, A.V. Shchetinina*

#### **Forming Wages in Local Labor Markets of Medical Services Workers<sup>25</sup>**

**Abstract.** The paper analyzes the level of wages of medical workers in Russia through the prism of the concept of employers' market power in local labor markets. Using big data on vacancies in Russian medical institutions it is shown that the offered level of salaries is negatively and statistically significantly related to the level of concentration of local labor markets for most of the most common medical professions in Russia. This phenomenon is more pronounced in cities with a million inhabitants, which can be explained by a higher level of commercialization of medicine and, accordingly, greater flexibility of the system of remuneration of employees. At the same time, in the segment of less qualified medical personnel (nurses) the effect of market concentration on salaries is weaker than in the segment of more qualified medical personnel (doctors and paramedics). The latter is due to both a more significant shortage of personnel and relatively less flexibility of labor remuneration mechanisms for low-skilled medical workers.

Based on the results of the study, a number of recommendations for the development of the labor remuneration system for medical workers in Russia are formulated.

**Keywords:** local labor markets; medical services; wages; vacancies; micro-level big data

---

<sup>25</sup> The article was written on the basis of the RANEPА state assignment research programme

**For citation:** Pavlov, P.N., Shchetinina, A.V. (2024). Forming Wages in Local Labor Markets of Medical Services Workers. *ECO*. No. 1. Pp. 188–202. (In Russ.). DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2024-1-188-202

### Information about the authors

*Pavlov, Pavel Nikolaevich* (Moscow) – Candidate of Economic Sciences, Senior Researcher of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration.

E-mail: pavlov@ranepa.ru; ORCID: 0000–0001–6200–6481

SPIN-code: 6878–1430

*Shchetinina, Anastasia Vladimirovna* (Moscow) – Research Intern of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration.

E-mail: shchetinina-av@ranepa.ru; ORCID: 0009–0002–5282–3562