

Научная статья

УДК: 614.2

DOI:10.17323/1999-5431-2025-0-4-110-138

КАДРОВЫЙ ДЕФИЦИТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРИЧИНЫ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Шейман Игорь Михайлович¹

¹ Кандидат экономических наук, профессор, заслуженный экономист России; кафедра управления и экономики здравоохранения, департамент государственного и муниципального управления, факультет социальных наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»; Российская Федерация, 101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 20. isheiman@hse.ru; ORCID: 0000-0002-5238-4187

Аннотация. В российском здравоохранении резко обострилась проблема дефицита кадров. Цель статьи – исследовать причины и возможные пути ее преодоления. Рассматриваются вопросы о недостаточности текущих мер кадровой политики государства, о требуемых дополнительных мерах и об их ожидаемом эффекте. Анализируются проекты нормативных документов, отечественная и зарубежная литература, текущая периодика по этому вопросу. Анализ показывает, что проблема не сводится к оттоку кадров из государственного здравоохранения: корни кадрового дефицита уходят глубоко в сложившуюся систему организации медицинской помощи и государственного управления. Исследуются главные факторы возникшего дефицита кадров: чрезмерная специализация врачебной деятельности в первичной медико-санитарной помощи, несовершенство структурной и инвестиционной политики в отрасли, серьезные дефекты в планировании кадрового обеспечения и в регулировании подготовки врачей, недостаточность мер социальной поддержки медиков. Возможности экстенсивного развития многих секторов здравоохранения уже исчерпаны. Масштабное строительство, включение в государственные гарантии новых видов услуг не укладываются в кадровые возможности отрасли. Текущие меры кадровой политики недостаточны для преодоления кадрового дефицита, поскольку они не затрагивают первопричин проблемы. Развитие долговременного планирования и усиленное государственное регулирование структуры врачебных специальностей способно сфокусировать подготовку медиков на ликвидацию нехватки самых востребованных кадров, причем в ближайшие годы. Преодоление чрезмерной специализации врачей первичного звена, изменение структуры кадров, повышение размера оплаты труда потребуют более значительного периода времени.

Ключевые слова: здравоохранение, кадры здравоохранения, дефицит врачей, первичная медико-санитарная помощь, планирование кадров, подготовка кадров, оплата труда медиков.

Для цитирования: Шейман И.М. Кадровый дефицит в здравоохранении: Причины и пути преодоления // Вопросы государственного и муниципального управления. 2025. № 4. С. 110–138. DOI:10.17323/1999-5431-2025-0-4-110-138

*Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований
Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».*

Original article

DOI:10.17323/1999-5431-2025-0-4-110-138

JEL: J08; H51; I18

STAFFING SHORTAGE IN HEALTHCARE: CAUSES AND WAYS TO OVERCOME IT

Igor M. Sheiman¹

¹ Ph.D. (in Economics), Professor, Honored Economist of Russia Chair of Health Governance and Economics; Department of Public Administration, Faculty of Social Sciences, National Research University High School of Economics (HSE); 20 Myasnitckaya Str., 101000 Moscow, Russia; isheiman@hse.ru; ORCID: 0000-0002-5238-4187

Abstract. The problem of staffing shortage has become acute in the Russian health system. The objective of the article is to study the causes and ways to overcome it. The issues of insufficiency of the current measures of the state workforce policy, the required additional measures and their expected effect are considered. The analysis of draft regulatory documents, domestic and foreign literature, and current periodicals on this issue is carried out. The study demonstrates that the problem is not limited to the outflow of personnel from public service providers; the roots of the personnel shortage go deep into the existing system of service delivery organization and public administration. The main factors are excessive specialization of primary health care, imperfection of structural and investment policy, serious defects in planning of personnel provision and regulation of physician training, insufficiency of measures of social support for medical workers. The possibilities for extensive development in many sectors of healthcare have already been exhausted. Large-scale construction and the inclusion of new types of services in state benefits package are beyond the staffing capabilities of the industry. Current personnel policy measures are insufficient to overcome the personnel shortage because they do not address the root causes of the problem. The development of long-term planning and stronger state regulation of the medical specialty structure can focus the training of doctors on eliminating the shortage of the most in-demand personnel, and in the coming years. Overcoming the excessive specialization of primary care physicians, changing the personnel structure, and increasing the size of remuneration will require additional time.

Keywords: health care, health workforce policy, physician shortage, workforce planning, primary health care, physician training, health workers remuneration.

For citation: Sheiman, I.M. (2025) ‘Personnel shortages in healthcare: Causes and solutions’, *Public Administration Issues*, (4), pp. 110–138. (In Russian). DOI:10.17323/1999-5431-2025-0-4-110-138

The study was carried out within the framework of the Fundamental Research Program of the National Research University Higher School of Economics (HSE).

Введение

В последние годы в российском здравоохранении резко обострилась проблема дефицита кадров. Она широко обсуждается на всех уровнях государственной власти, в экспертном сообществе, в СМИ. Дефицит особенно остро ощущается в сфере первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), что негативно сказывается на доступности массовой медицины. Аналогичная проблема с разной степенью остроты наблюдается и во многих других странах с развитым общественным здравоохранением. При этом механизмы преодоления дефицита заметно различаются по странам (NHS England, 2023; OECD, 2024).

В России отмечается активизация кадровой политики. Планируются и реализуются меры, направленные на смягчение остроты проблемы. Но пока ощущается нехватка мер, затрагивающих первопричины дефицита врачей и среднего медицинского персонала. Накапливаются свидетельства необходимости более системного подхода, позволяющего увязать дефицит кадров с общими тенденциями развития отрасли. Требуется разделение мер на текущие и рассчитанные на перспективу.

Имеющиеся исследования кадровой политики государства сконцентрированы на определении трендов и структуры кадрового обеспечения, подготовки кадров. Например, О. А. Александрова с соавторами (2022) рассматривает качество образования, формирование компетенций, оценки квалификации медиков и предлагает модель наставничества для развития корпоративной культуры медицинских работников. В работе В. Н. Мажарова и др. (2025) исследуются вопросы эффективного трудоустройства медиков. Однако в контексте рассматриваемой темы более актуальными являются вопросы обеспечения не столько качества, сколько количества и структуры кадровых ресурсов здравоохранения.

Обострение кадровой ситуации в отрасли во многом оказалось неожиданным не только для власти, но и для экспертного сообщества. В 2010-е гг. доминировало представление о том, что главная проблема – многочисленные дисбалансы в кадровом обеспечении (дефицит в ПМСП – профицит в стационарах, много врачей – мало медсестер, разрыв между городской и сельской местностью и отдельными регионами и проч.) (Шейман, Сажина, 2018; Gerry, Sheiman, 2018). Сегодня дефицит кадров становится все более универсальным, затрагивая большинство секторов здравоохранения и профессионально-квалификационных групп работников; он ощущается даже в крупных городах, хотя и в меньшей степени. Прежнего его объяснения только дисбалансами уже недостаточно.

Цель данной статьи – исследовать причины и пути преодоления кадрового дефицита в здравоохранении. Поставлены следующие исследовательские вопросы: почему возник дефицит врачей в государственных медицинских организациях? Какие меры предпринимаются для его преодоления и достаточны ли они? Какие нужны дополнительные меры? Можно ли ожидать их быстрого эффекта?

Концептуальной базой исследования послужили теории государственного и муниципального управления, объясняющие кадровую политику как стратегию формирования и использования трудового потенциала системы здравоохранения. Проблема дефицита или избытка кадров – это прежде всего проблема организации и планирования медицинской помощи в стране, а в более широком

плане – управления системой здравоохранения. В зависимости от действующих принципов и методов организации и планирования складываются определенные пропорции между потребностью населения в медицинской помощи и показателями обеспеченности врачами и другими категориями медицинского персонала. При этом важно отметить изменения в господствующих теоретических подходах к управлению кадровыми ресурсами: концептуальное обоснование экстенсивного наращивания численности медицинских работников в последние два-три десятилетия постепенно уступает место проблематике формирования оптимальной структуры медицинских кадров (Kuhlmann et al., 2015).

В настоящей статье делается попытка увязать причины кадрового дефицита с кадровой политикой и проблемами организации медицинской помощи. Системный подход к этой проблеме является новым в научной литературе. При этом выбран формат аналитической записки, а не академической статьи, что предполагает краткость изложения и акцент на результаты предшествующих исследований, в нашем случае – прежде всего на недавно вышедшее исследование НИУ ВШЭ (Шишкин, Шейман, 2025). Мы концентрируемся на новых исследовательских вопросах, ставших актуальными в последние два-три года.

Схема исследования: последовательно рассматриваются факторы обострения проблемы кадрового дефицита; анализируются последние мероприятия государственной кадровой политики, направленные на преодоление дефицита; представлены предложения по дополнительным мерам решения этой проблемы. Учитывая ограниченные рамки статьи, акцент делается на анализе причин нехватки врачей, хотя ощущается острый дефицит и других профессионально-квалификационных групп работников отрасли.

Методы исследования: анализируются нормативно-правовая база кадровой политики, результаты обсуждений в Правительстве Российской Федерации, Государственной Думе Российской Федерации, научных конференций. Собраны материалы, касающиеся проектов реформирования системы медицинского образования, за последние два года. Обобщаются мнения организаторов здравоохранения, врачей, экспертов. Используются аналитические записки НИУ ВШЭ, содержащие результаты исследований, включая статистический анализ трендов и структуры кадров, актуальный международный опыт, а также предложения о направлениях и механизмах кадровой политики в российском здравоохранении. Учитывая необходимость отразить самые последние процессы в кадровом обеспечении отрасли, автор помимо академической литературы использует информацию из СМИ по этому вопросу, включая самые последние решения и развернувшуюся дискуссию по ним.

1. Почему возник дефицит врачей в государственных медицинских организациях?

Самый простой ответ на поставленный вопрос: потому что усиливается отток врачей из государственной системы здравоохранения. Соответственно, поиск путей ликвидации дефицита фокусируется на том, чтобы остановить этот процесс. С этой целью Государственная Дума в третьем чтении приняла законопроект, направленный на обязательную отработку выпускниками медицинских

вузов в государственных медицинских организациях¹. В случае его принятия реализация начнется с марта 2026 г.

Нам представляется, что отток врачей действительно важный, но отнюдь не самостоятельный фактор. Это проявление более общих процессов в отрасли. Часть из них носит долговременный характер, уходя своими корнями в систему здравоохранения СССР, другие стали действовать в последние два-три десятилетия. Рассмотрим следующие главные факторы:

- 1) чрезмерная специализация врачебной деятельности;
- 2) слабая увязка структурной и инвестиционной политики с возможностями кадрового обеспечения;
- 3) недостатки планирования численности и структуры кадров;
- 4) слабое государственное регулирование структуры подготовки врачей;
- 5) недостаточность мер по повышению оплаты и улучшению условий труда медицинских работников.

1.1. Чрезмерная специализация врачебной деятельности

Эта тенденция в российском здравоохранении действует с конца 70-х гг. XX в., прежде всего в первичной медико-санитарной помощи. Именно тогда началось интенсивное насыщение поликлиник узкими специалистами. Рядом с участковыми врачами (терапевтами, педиатрами и прочими врачами, имеющими прикрепленное население) стали появляться новые категории узких специалистов. Городские многопрофильные поликлиники сегодня имеют 20 и более категорий узких специалистов, на которых приходится от половины до двух третей врачебных посещений. Этот процесс не останавливается даже в разгар обострения кадровой ситуации. Штатные расписания поликлиник дополняются новыми категориями специалистов. Например, недавно вышел приказ Минздрава России о включении в состав поликлиник штатных должностей диетолога, врача по паллиативной помощи, ревматолога, гериатра и проч. (Дун, 2025). Все более утверждается принцип: новая функция – новая категория специалистов. Вопрос о возможности ее выполнения действующим составом врачей при одновременном повышении размера их зарплаты чаще всего не поднимается.

Процесс специализации врачебной деятельности носит объективный характер, отражая появление новых, более сложных медицинских технологий. Но этот процесс имеет свои пределы, он по-разному проявляется в отдельных секторах здравоохранения. В ПМСП действуют особые факторы, диктующие не только сохранение, но и повышение роли врача-дженералиста или участкового врача: прежде всего, на это влияет распространение хронических и множественных заболеваний, требующих постоянного наблюдения за пациентами и координации усилий разных специалистов. На уровне первичного звена осуществляется первый контакт с пациентом, который во многом определяет дальнейший его «маршрут». Особое значение приобретает принцип единоличной ответственности такого врача за состояние здоровья постоянно обслуживаемо-

¹ Проект федерального закона «О внесении изменений в статьи 69 и 79 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации"» от 29 августа 2025 г. N ММ-П8-32141.

го контингента населения. Подчеркнем, не только предоставление врачебных консультаций, а именно ответственность.

В странах с развитым общественным здравоохранением также появляются новые категории специалистов, но они обычно дополняют, а не замещают главного субъекта первичной помощи – врача общей практики. Государство инициирует новые модели общих врачебных практик (далее – ОВП), не прибегая к привлечению дополнительного числа специалистов. Их число в большинстве стран ЕС невелико: три-четыре категории узких специалистов в расчете на одну ОВП. (Groenenwegen et al., 2015). Эти расширенные общие врачебные практики берут на себя основную часть функций оказания ПМСП. Доля пациентов, начинающих и заканчивающих лечение на уровне врача общей практики, варьируется в европейских странах от 80 до 95% (Kringos et al., 2015). Это означает, что специалисты могут сосредоточиться на лечении более сложных заболеваний, требующих специальных компетенций. То есть при всей важности специализации врачебной деятельности эта тенденция менее выражена в первичном звене здравоохранения.

К этому следует добавить, что в западных странах врачи-специалисты достаточно редко работают только на амбулаторном приеме. Чаще они совмещают эту работу с оказанием стационарной помощи, хотя практика заметно различается по отдельным странам. В Англии, Нидерландах, Швеции специализированная амбулаторная помощь полностью сосредоточена в амбулаторных отделениях больниц. Напротив, в Канаде, Франции, Германии, Швейцарии, США эта помощь оказывается специалистами в амбулаторных клиниках. И в том, и в другом случае амбулаторные специалисты в той или иной мере участвуют в работе стационара (в последнем случае на основе контрактов с больницами) (Quentina et al., 2018), что снижает потребность в наращивании их числа.

Российские участковые врачи берут на себя самые легкие заболевания, остальных направляют к специалистам, генерируя тем самым высокую и растущую потребность в их числе. Престиж участкового врача в глазах населения падает, соответствующие вакансии не заполняются. Профессия становится одной из самых дефицитных. Если исходить из действующего норматива численности населения на одного участкового врача-терапевта (1700), то дефицит таких врачей составляет 32%. Оценка для участкового педиатра чуть ниже – 13% (Шишкин, Шейман, 2025, гл. 5). Специалистов тоже не хватает, поскольку они вынуждены вести нарастающий поток пациентов с относительно простыми заболеваниями.

Особенно сильное влияние на потребность во врачебных кадрах оказывает разделение должностей на оказание медицинской помощи в амбулаторных и в стационарных условиях. Абсолютное большинство специалистов поликлиник никак не связаны со стационаром и поэтому обладают ограниченными компетенциями. Помимо негативного влияния на качество помощи, такая специализация повышает потребность в дополнительном числе работников. Обеспечить два «набора» специалистов – для поликлиники и для стационара – становится все сложнее, их дефицит обостряется.

Растет потребность в параклинических специалистах (по функциональной диагностике, ультразвуковым исследованиям, эндоскопии и проч.). Новые технологии делают эти услуги областью специализированной деятельности – это объективный процесс. Но не везде и не всегда. В российском здравоохра-

нении слабо выражены попытки освоения части этих функций действующими участковыми врачами и специалистами (например, освоение УЗИ). Специализация доводится до своего возможного предела.

Сильная участковая служба, особенно представленная врачами общей практики с расширенным лечебным функционалом, обладает значительным потенциалом снижения потребности в общем числе узких специалистов. Это многократно доказано (см., например, первое обоснование – Методические рекомендации, 2000). Поэтому напрашивается переход от действующей терапевтической к общеврачебной модели участковой службы. Стратегия этого перехода отсутствует. Доля врачей общей практики в общем числе врачей участковой службы растет медленно и сегодня составляет лишь 15% (Шишкин, Шейман, 2025, гл. 2). Подготовка таких врачей явно недостаточна. Контрольные цифры приема на обучение по специальности «Общая врачебная практика» на 2025–2026 учебный год в 10 случайно выбранных медицинских вузах составляют 2–4% от общего приема (по данным их сайтов). Во Франции и Канаде доля студентов, проходящих ординатуру по этой специальности, приближается к 50% (Kroezen et al., 2023).

Причины столь осторожного отношения к институту ПМСП остаются неясными. Можно предположить, что главная причина – необходимость существенно перестроить работу медицинских вузов, увеличив мощности по соответствующей специальности, на что понадобится несколько лет, а отвечать за кадровый дефицит приходится уже сейчас.

1.2. Слабая увязка структурной и инвестиционной политики с возможностями кадрового обеспечения

Особенностью структурной политики в российском здравоохранении, унаследованной от советской системы, является значительная роль экстенсивных факторов развития – строительства новых медицинских организаций, расширения мощности действующих учреждений. Масштабы «стройки» имеют тенденцию к росту, усиливается ее демонстрационный аспект: новые корпуса клиник часто подаются как главное достижение региональной политики в области здравоохранения. По данным государственной интегрированной информационной системы «Электронный бюджет», число строящихся объектов здравоохранения в разрезе бюджетных циклов выросло со 152 в 2014–2016 гг. до планируемых 204 объектов в 2024–2026 гг. (Горбач, 2025).

Эта тенденция имеет далеко идущие последствия для кадрового обеспечения отрасли. Новые мощности требуют привлечения дополнительных работников. Обычно это можно сделать только за счет перераспределения из действующих в регионе поликлиник и стационаров, что создает дополнительные зоны дефицита. Кроме того, ограничиваются финансовые ресурсы для повышения зарплаты медиков, что негативно сказывается на мотивации работников и ускоряет процессы их оттока из государственного здравоохранения.

Причины подобной диспропорции коренятся в действующей системе планирования крупных проектов и программ развития здравоохранения. Планы строительства слабо увязываются с планами кадрового обеспечения отрасли. Например, принята масштабная программа строительства перинатальных центров. Но из-за отсутствия дополнительных кадров хорошая идея укрепления

службы родовспоможения была реализована за счет перемещения кадров из территориальных учреждений. Число роддомов сократилось со 186 в 2010 г. до 106 в 2019 г.², обострилась проблема нехватки акушеров-гинекологов. Это привело к перемещению в перинатальные центры растущей части неосложненных родов (Добровольский, Напалкова, 2016). В итоге позитивные результаты программы девальвируются обострением кадровой ситуации и неполным соответствием деятельности перинатальных центров их назначению.

Создаются центры амбулаторной онкологической помощи. В 2022 г., по данным официальной отчетности, действовал 421 центр, но кадров хватило лишь на 43% таких центров. А в ближайшие годы будет уже более 500 центров (Хамитов, 2022).

Строится большое число фельдшерско-акушерских пунктов. По действующим нормативам, каждый ФАП должен иметь не менее трех штатных единиц. Но нужных кадров нет, и они пока не предвидятся. В результате мощности ФАПов используются недостаточно эффективно, а некоторые простаивают. Например, в Волгоградской области в восьми из девяти проверенных ФАПах работает только один фельдшер, совмещающий основную работу с должностью уборщика служебных помещений; простаивает часть оборудования (Медицинская Россия, 2025). Возникает вопрос: зачем так много строить, может, лучше направить освободившиеся средства на оплату труда имеющихся работников и тем самым создать дополнительный экономический стимул для притока медиков в сельскую местность?

Расширяется круг задач, решаемых первичным звеном здравоохранения: углубленная диспансеризация, участие в медицинской реабилитации, оказание паллиативной помощи, выездные формы оказания помощи и ряд других новых видов услуг, предоставление которых требует притока кадров. Однако численность занятых штатных должностей врачей в поликлиниках за 2017–2022 гг. сократилась с 45,7 тыс. до 44,7 тыс. (на 2,2%). За тот же период был отмечен прирост штатных должностей врачей стационаров с 31,1 тыс. до 40,2 тыс. (на 11,1%) (Руколь, Котловский, 2023). И это при том, что коечный фонд стационаров сокращался и часть объемов помощи перемещалась в поликлиники. То есть перемещения врачей из устойчивой в дефицитную область кадрового обеспечения не произошло.

1.3. Недостатки планирования численности и структуры кадров

Ниже представлены главные недостатки действующих методик планирования потребности во врачах и среднем медицинском персонале³.

Отсутствуют среднесрочные и долгосрочные планы кадрового обеспечения, необходимые для обоснования подготовки врачей по отдельным специальностям. Потребность в кадрах оценивается только на два-три года вперед, хотя длительный срок подготовки врача диктует необходимость планирова-

² Министерство здравоохранения России. «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации за отдельные годы».

³ Методика расчета потребности во врачебных кадрах, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 ноября 2019 г. N 974; Методика расчета потребности в специалистах со средним медицинским образованием, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 ноября 2019 г. N 973.

ния на значительно более продолжительный срок – как минимум, на 7–10 лет. Без долгосрочных планов мы будем воспроизводить кадровые диспропорции: одних врачей будет мало, других – с избытком.

В экономически развитых странах в начале 2010-х гг. имелись перспективные планы по численности работников по отдельным специальностям до 2030 г. Была создана сильная инфраструктура планирования (Ono et al., 2016).

Недостаточный учет новых факторов развития – тенденций заболеваемости, влияния новых медицинских и информационных технологий, ожидаемых сдвигов в организации медицинской помощи. Эти факторы существенно влияют на потребность в кадрах, их игнорирование делает планы бессодержательными.

Недостаточная обоснованность штатных нормативов. Основой действующей методики планирования являются объемы медицинской помощи и штатные нормативы, отражающие потребность в медицинских работниках на единицу объемов. Размер штатных нормативов во многом определяет результаты оценки потребности в кадрах, особенно в тех случаях, когда нормативные показатели объемов медицинской помощи не повышаются.

Игнорирование тенденций предложения кадров, в том числе их выбытия. Прогноз притока и выбытия кадров не менее важен, чем оценка потребности в кадрах. Их сравнение дает ожидаемый дефицит/профицит работников на перспективу.

1.4. Недостаточное регулирование структуры подготовки врачебных кадров

Численность и структура подготовки врачей основана на контрольных цифрах приема в ординатуру. Они определяются за полтора года до объявления публичного конкурса, по итогам которого медицинские вузы получают бюджетное финансирование на обучение определенного количества ординаторов по каждой специальности. Каждый вуз формирует свои заявки, исходя из своих возможностей и экономических интересов.

В ситуации отсутствия перспективных планов установление контрольных цифр основано на показателях текущей потребности во врачебных кадрах. Велика вероятность того, что потребность изменится через 7–10 лет и структура врачебных специальностей также изменится.

Медицинские вузы увеличивают прием на платное обучение – чаще всего по наиболее популярным специальностям, основная часть которых ориентирована на удовлетворение платежеспособного спроса. Поэтому структура контрольных цифр и фактического приема часто существенно отличается, в чем признаются представители Минздрава России (Лукьянова, 2018). Государство не имеет сильных инструментов контроля за структурой бюджетных и платных мест в ординатуре, а значит и за структурой врачебных кадров, которые будут выпущены через несколько лет.

1.5. Недостаточность мер по повышению зарплаты и улучшению условий труда медицинских работников

Майские указы Президента России 2012 г. стали отправной точкой качественно нового отношения к оплате труда медиков. В последующие годы раз-

мер заработной платы в отрасли стал быстро подтягиваться к установленным целевым показателям. Как следует из Таблицы 1, среднемесячная зарплата в отрасли в 2010-е гг. росла быстрее, чем в экономике в целом. Отношение размера зарплаты медиков к средней по экономике увеличилось с 75,4% в 2010 г. до 92,7% в 2020 г. Эти показатели часто достигались за счет всякого рода структурных манипуляций, но вряд ли можно отрицать, что за десятилетие произошло существенное улучшение оплаты труда медиков.

Пиком роста оплаты труда стал период пандемии: добавились существенные надбавки определенным категориям медиков. В последующие годы произошел перелом этой позитивной тенденции. Из той же таблицы видно, что за 2021–2024 гг. зарплата в здравоохранении росла медленней, чем в экономике в целом, ее отношение к средней по стране снизилось с 88,5% в 2021 г. до 80,5% в 2024 г. Были отменены надбавки, стало забываться общественное признание самоотверженного труда медиков в условиях пандемии. Соотношение зарплат почти вернулось к исходному уровню до майских указов.

Таблица 1

Динамика среднемесячной начисленной заработной платы в экономике и в здравоохранении за 2015–2024 гг.

	2010	2015	2020	2021	2022	2023	2024.
Среднемесячная зарплата, руб.							
Экономика	20952	34030	53441	57244	65338	74854	89069
Здравоохранение*	15794	28318	49532	50690	55420	61651	71735
Изменения зарплаты в процентах к предыдущему году, %							
Экономика	112,4	105,1	107,3	107,0	114,1	114,6	119,0
Здравоохранение*	106,1	104,1	114,9	102,0	109,3	111,2	116,3
Отношение зарплаты к средней по экономике, %							
Экономика	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Здравоохранение*	75,4	83,2	92,7	88,5	84,8	82,7	80,5

Примечание: *Деятельность в области здравоохранения и социальных услуг. Доля последних незначительна.

Источники: Росстат России. Труд и занятость в России. 2023. С. 149–152; Росстат России. Оперативные показатели. Среднемесячная номинальная заработная плата tab3-zpl. 2024. URL: https://www.rosstat.gov.ru/labor_market_employment_salaries (дата обращения: 01.10.2025).

На фоне общего роста реальной заработной платы в экономике за 2019–2024 гг. в здравоохранении этот показатель имел тенденцию к сокращению: в 2019 и 2020 гг. отмечался прирост к предыдущему году, в 2021 и 2022 гг. – сокращение (табл. 2). Официальные данные по динамике реальной заработной платы в здравоохранении за последние два года отсутствуют. Наши собственные оценки показывают, что негативный тренд сохраняется.

Таблица 2

Динамика реальной среднемесячной начисленной заработной платы в экономике и в здравоохранении за 2019–2022 гг.,

	2019	2020	2021	2022
Экономика	104,8	103,8	104,5	100,3
Здравоохранение*	103,1	111,1	95,9	96,1

Примечание: *Деятельность в области здравоохранения и социальных услуг.

Источники: данные по экономике: Росстат России. Оперативные показатели tab5-zpl2024; данные по здравоохранению tab3-zpl2024.

Не менее важный негативный тренд – усиливающееся недовольство специалистов условиями труда в государственных медицинских организациях. Перегрузка, неудобные графики работы, отмена надбавок, чрезмерное административное давление – вот наиболее популярные темы для обсуждения на сайтах профессиональных сообществ медицинских работников. Как показал опрос врачей, проведенный компанией AlphaRM по заказу «Медвестника», о смене профессии в 2025 г. задумывались 20,5% врачей. Из них 22,1% в качестве причины указали низкую зарплату, 11,8% – высокую нагрузку, 8,7% – выгорание, 8,1% – неадекватное отношение пациентов (Дун, 2025). Показательно мнение участника врачебного сообщества «Врачи РФ»: «Доминирует дефицит врачей, готовых работать в режиме 7/24/365 за 30 тыс. руб. Дефицит таких специалистов будет всегда». Явно напрашиваются меры по преодолению этой тенденции для закрепления персонала в государственных медицинских организациях.

2. Планируемые меры государственной кадровой политики

Кадровая политика государства в сфере медицины существенно активизировалась начиная с конца 2010-х гг. Особое значение придается первичному звену здравоохранения. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 N 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» предусматривает «ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». Постановление Правительства Российской Федерации от 09.10.2019 N 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации» устанавливает требование разработки субъектами Российской Федерации программ преодоления кадрового дефицита. Так, Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» на 2018–2024 гг. определял как важнейший показатель реализации планируемых мероприятий достижение в 2024 г. укомплектованности врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на уровне 95% – и он не был достигнут. Данные о фактической укомплектованности не публиковались, но, по нашим оценкам, в пересчете на полную занятость сегодня она вряд ли превышает 80%. Большие надежды возлагались на програм-

мы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Численность врачей в сельской местности за 2012–2019 гг., по оценке Минздрава России, выросла на 21,4%. Но уже в 2018 г. намечилось снижение этого показателя (Семенова, 2019, с. 56).

В последующие годы дефицит кадров ПМСП обострился, что потребовало принятия дополнительных мер. Главная мера – *расширение подготовки врачей и среднего медицинского персонала* (далее – СМП). Начиная с 2020 г. последовательно увеличивается объем контрольных цифр приема студентов в медицинские вузы – на 23% за последние пять лет. Более представительную картину подготовки врачей дают данные о выпуске из ординатуры (постдипломного обучения) (табл. 3). Этот показатель по группе специальностей «Клиническая медицина» увеличился за 2019–2023 гг. на 44%.

Таблица 3

Динамика выпуска из ординатуры по укрупненным группам специальностей и отдельным специальностям за 2019–2023 гг., тыс. человек

	2019	2020	2021	2022	2023
Всего	19,3	24,1	26,5	27,4	27,8
Клиническая медицина	19,1	23,5	25,9	26,8	27,1
<i>в том числе по специальностям:</i>					
– акушерство и гинекология	1,2	1,5	1,6	1,6	1,4
– анестезиология и реаниматология	1,2	1,3	1,4	1,6	1,7
– неврология	0,9	1,2	1,1	1,2	1,0
– терапия	1,0	1,7	1,9	2,0	1,8
– стоматология ортопедическая	1,0	1,2	1,2	1,2	1,1
Науки о здоровье и профилактическая медицина	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5
Фармация	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3

Источники: Гохберг Л.М., Озерова О.К., Саутина Е.В. и др. Образование в цифрах: 2021: краткий статистический сборник. М.: НИУ ВШЭ, 2021; Варламова Т.А., Гохберг Л.М., Зорина О.А. и др. Образование в цифрах: 2024: краткий статистический сборник. М.: ИСИЭЗ ВШЭ, 2024.

По нашей оценке, в расчете на 100 тыс. населения в 2023 г. было выпущено 21,4 врача с учетом выпускников специалитета, аккредитованных на оказание медицинской помощи без прохождения ординатуры. Для сравнения заметим, что в ЕС выпуск составляет в среднем 15,5 врача на 100 тыс. населения при сильной вариации по странам (от 12–13 новых врачей в Германии, Словении, Эстонии до 24 в Румынии, Латвии, Ирландии) (ОЕСД, 2024). То есть по международным меркам приток врачей в России в последние годы был весьма значителен.

При оценке перспектив решения кадровой проблемы следует учитывать два важных фактора. Первый – возможное сохранение тенденции оттока врачей (в том числе выпускников вузов) из государственной системы в частные и ве-

домственные медицинские организации, другие сферы. Основываясь на сравнении общего числа врачей и числа врачей в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России, мы оцениваем сложившуюся долю оттока примерно на уровне 25% от общего числа выпускников. Нет сомнения в том, что эта доля должна снижаться. В противном случае значительные усилия по расширению подготовки врачей будут девальвироваться для государственной системы здравоохранения.

Второй фактор – отсутствие сильных свидетельств приоритетной подготовки врачей наиболее востребованных специальностей. Как следует из Таблицы 3, в 2023 г. выпуск акушеров-гинекологов упал с 1,6 тыс. до 1,4 тыс., терапевтов – с 2 тыс. до 1,8 тыс., неврологов – с 1,2 тыс. до 1 тыс. Дефицит этих специалистов в государственной системе здравоохранения весьма значителен, особенно в ПМСП. По оценке НМИЦ акушерства и гинекологии, сейчас вакантны 3663 ставки акушеров-гинекологов и 1734 ставки врачей-неонатологов (Бескаравайная, 2024). По данным сервиса Headhunter, рейтинг самых востребованных врачебных специализаций возглавили терапевты – к ним относятся 12% всех профильных вакансий. Далее идут педиатры и стоматологи (по 8%), неврологи и хирурги (по 6%) (Герiatrics, 2023).

Федеральный проект «Медицинские кадры» как часть Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» на 2025–2030 гг.⁴ предусматривает ряд мероприятий, направленных на сокращение кадрового дефицита. Планируется обеспечение трудоустройства ординаторов второго года обучения врачами-стажерами – 10 тыс. человек в год за 2025–2026 гг. с последующим сокращением их числа до 5 тыс. Скорее всего, предполагается, что по мере снижения остроты кадрового дефицита потребность в этом будет снижаться. Между тем за рубежом уже давно утвердилась практика полноценного участия в клинической работе обучающихся специалистов, что направлено на повышение качества подготовки врачей. Планируемая мера в российском здравоохранении давно назрела, причем не только для преодоления дефицита кадров.

Данная мера контрастирует с другим обсуждаемым предложением – *снижением срока обучения в ординатуре*. По оценке НИУ ВШЭ, в России получение врачебной специальности после вузовской подготовки по сравнению с доминирующей практикой в мировом здравоохранении ограничено во времени (Шишкин, Шейман, 2025, гл. 5). Дальнейшее сокращение этого срока, не решив сколько-нибудь заметно проблему дефицита врачей, с высокой вероятностью обострит проблему качества подготовки кадров. Трудно признать обоснованной стратегию решения одной проблемы за счет другой.

Направления врачей, в том числе вахтовым методом, в медицинские организации субъектов Российской Федерации. Эта мера предусматривает почти пятикратное увеличение в 2030 г. числа врачей, направляемых в регионы для работы вахтовым методом, в том числе на основе сезонной вахты. За каждый календарный день в период вахты предусмотрена надбавка в размере 30% тарифной ставки работника (для удаленных территорий еще выше). Пока труд-

⁴ Вариант Федерального проекта на начало июня 2025 г. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/V-Minzdrave-utochnili-plan-y-po-otpravke-vrachei-vahtovikov-v-regiony.html> (дата обращения: 01.10.2025).

но сказать, будет ли такая надбавка достаточной, чтобы стимулировать работу по вахтовому принципу.

Увеличение контрольных цифр приема по программам среднего профессионального образования. Это очень важное направление решения кадровой проблемы – с учетом того, что объективной тенденцией развития отрасли является дополнение, а в некоторых случаях замещение врачей средним медицинским персоналом (там же, гл. 10). Поэтому важно не только увеличить контрольные цифры приема в медицинские колледжи, но и поставить задачу повышения соотношения СМП/врачи до средневропейского уровня, а также повышение качества подготовки медсестер.

Одним из механизмов решения этой проблемы является планируемое в рамках федерального проекта *создание образовательных кластеров*, объединяющих медицинские вузы и колледжи, ведущие медицинские организации региона. Использование возможностей медицинских вузов для подготовки медсестер может дать существенный эффект. Но только при условии отбора вузов, которые обладают достаточной мощностью для подготовки СМП, а также путем создания экономических стимулов для профессорско-преподавательского состава и врачей, участвующих в практической части обучения.

Активно обсуждается вопрос об *обязательной отработке выпускниками медицинских вузов в государственных медицинских организациях и частных организациях, участвующих в системе ОМС*. Вышеупомянутый законопроект об обязательной отработке – ее увязка с аккредитацией выпускника и наставничеством. Выпускники специалитета и ординатуры будут обязаны отработать три года под управлением опытных наставников. Поступление в ординатуру будет возможно только при наличии целевого направления от медицинской организации, которая впоследствии примет выпускника на работу. Обучение в специалитете примерно на 70% будет целевым. При этом студенты выбирают медицинскую организацию для отработки. В случае невыполнения отработки предусмотрен штраф в трехкратном размере от стоимости обучения. Студент может избежать штрафа, заключив новый целевой договор на следующий уровень обучения. Но при нарушении условий второго договора придется возместить убытки по всем ранее заключенным договорам. Для заказчика целевого обучения также предусмотрены санкции в случае невыполнения условий договора – компенсация затрат на обучение в федеральный бюджет. Наставничество рассматривается в законопроекте как обязательный элемент новой системы образования.

Обязательная отработка нацелена на сохранение выпускников в государственной системе здравоохранения. Идея имеет как сторонников, так и противников. Наши сомнения сводятся к следующему. Во-первых, законопроект не предусматривает дополнительные социальные гарантии для выпускников, в том числе в части предоставления жилья или помощи в его оплате. Более того, никак не регулируется место отработки – рядом с домом или в удаленной местности, где особенно не хватает врачей, в стационаре или в поликлинике. Легко предположить, что большинство выпускников выберут самый удобный для себя вариант, который не соответствует запросу территорий и конкретных медицинских организаций. В результате межтерриториальная мобильность кадров, необходимая для решения структурных проблем кадрового дефицита, вряд ли повысится.

При всей своей противоречивости советская система распределения имела свою логику: государство определяло место трудоустройства выпускника в первые годы его трудовой карьеры. В планируемой системе отработки эта логика отсутствует. В ее основе другая логика – сдерживать отток медиков из государственной системы. Но этого явно недостаточно для того, чтобы снизить дефицит кадров на территориях, где эта проблема ощущается наиболее остро.

Во-вторых, далеко не очевидно, что общий приток дополнительных кадров в государственные медицинские организации существенно увеличится благодаря системе отработки. Законопроект предусматривает исключительно целевой прием в ординатуру. Поступление будет возможно только при наличии целевого направления от медицинского учреждения, которое впоследствии примет выпускника на работу. Выпускники специалитета должны получить такое направление в сжатые сроки и в зависимости от интересов заказчика целевого обучения. Если выпускник не успел или не согласовал с заказчиком место в нужной ему ординатуре (например, по кардиологии), то пройти общий конкурс он уже не сможет. Придется отрабатывать три года как выпускнику специалитета. А это означает отсрочку притока новых узких специалистов на рынок труда. Кроме того, возможности заполнения вакансий узких специалистов никак не изменятся, так как выпускники специалитета не имеют соответствующей аккредитации (первичная аккредитация распространяется только на работу в качестве участковых врачей).

В-третьих, неясно, где взять столько наставников и будут ли врачам платить за это. Если раньше не удавалось решить проблему наставничества, то маловероятно, что она будет решена после решения об отработке выпускников. На это нужны годы и дополнительные средства. Между тем в пояснительной записке к законопроекту утверждается, что «в государственном здравоохранении по всем ключевым направлениям реализована система наставничества». Это явное преувеличение. Действительно, в 2019 г. был запущен пилотный проект по наставничеству в 13 регионах страны, но в масштабах страны проект так и не был реализован (Шамардина, 2023).

Важно также подчеркнуть, что отработка и наставничество – это два совершенно разных направления кадровой политики. Их увязка в одном решении представляется нам стремлением сделать отработку более привлекательной для выпускников на этапе принятия решения о реформе образования.

В-четвертых, санкции за невыполнение условий отработки установлены без учета возможностей молодых специалистов оплатить многомиллионные штрафы. В пояснительной записке к законопроекту сказано, что меньше нельзя, поскольку это будет беспроцентным кредитом на обучение. Но это объяснение не делает санкции реалистичными.

Реализовать предлагаемую систему обязательной отработки будет трудно. С ней относительно легко согласятся студенты без сформировавшихся профессиональных амбиций, остальные будут рассматривать отработку как серьезную преграду для освоения желаемой специальности в ординатуре. Многое зависит от тех ценностей, которые прививаются в процессе обучения и от условий отработки выпускников. Пока не обсуждаются вопросы о размере оплаты труда выпускников и наставников, о качестве наставничества, о новой траектории

постдипломного обучения и проч. Вполне предсказуема реакция заказчиков целевого обучения: под угрозой невыполнения выпускниками условий отработки усилится административное давление на них, а следовательно, возрастет поток жалоб и судебных разбирательств. Очень емко отразил перспективы реализации законопроекта профессор Первого МГМУ им. И. М. Сеченова В. Фадеев, назвавший будущее системы «позиционной войной несчастного Минздрава с медицинским сообществом, которая будет длиться бесконечно» (Профессор, 2025). Побочный продукт этой «войны» – снижение интереса молодежи к медицине.

Оценивая планируемые меры, трудно предположить, что их будет достаточно для сколько-нибудь заметного смягчения первопричин кадрового дефицита. Поэтому предлагаются дополнительные меры, вытекающие из предшествующего анализа.

3. Дополнительные меры преодоления кадрового дефицита

3.1. Снижение темпов специализации ПМСП и кадровое укрепление участковой службы

В сегодняшней кадровой ситуации важно по-новому оценить процесс специализации ПМСП, увязав его с возможностями кадрового обеспечения. Чтобы приостановить быстрый рост потребности в узких специалистах, необходимо *отказаться от включения в штатное расписание многопрофильных поликлиник новых специальностей без очевидной необходимости и возможностей заполнить дополнительные ставки.*

Одновременно начать работу по *расширению клинического функционала участковых врачей, освоение ими части функций специалистов.* В качестве первого шага инициировать соответствующие меры, используя ресурсы крупных медицинских организаций. Возможный набор мер: проведение учебных сессий с участием опытных специалистов и преподавателей вузов, установление целевых показателей частоты направлений к узким специалистам каждым участковым врачом, налаживание мониторинга за этими показателями, а главное – введение сильных экономических стимулов: расширение лечебного функционала должно повышать оплату труда участковых врачей.

Стратегическое направление преобразований – *переход на общеврачебную модель участковой службы.* Основным отличием врача общей практики от участкового врача-терапевта является значительно более широкий спектр его компетенций. Это сокращает потребность в узких специалистах амбулаторного звена. Условием реализации этой модели является массовая подготовка врачей общей практики с прохождением выпускниками двухгодичной ординатуры по специальности «Общая врачебная практика».

Из всех возможных вариантов увеличения числа врачей общей практики предпочтительным представляется *создание нового направления обучения в медицинском вузе по укрупненной специальности «Первичная медико-санитарная помощь».* Это даст возможность сфокусировать обучение по наиболее востребованным врачебным специальностям, прежде всего по общей врачебной практике.

По такому пути пошли многие европейские страны. Например, в Германии и Франции действует *принцип долговременных учебных программ по ОВП*, который исходит из того, что знакомство студентов с этой специальностью должно начаться как можно раньше и охватывать весь период их обучения. По действующим государственным программам медицинские вузы обязаны создавать дополнительные мощности, ориентированные на подготовку врачей для первичной помощи, обеспечить включение курса по ОВП в учебную программу на протяжении всего периода клинической подготовки студентов. Предпочтение при приеме отдается лицам из сельских и удаленных районов. Государство предоставляет дополнительные субсидии на срок обучения студентов, готовых практиковать в таких районах. Наличие специального направления подготовки врачей общей практики в сочетании с мерами финансовой поддержки студентов заметно повысило популярность данной специальности. Так, в Германии выходцы из сельских районов, получившие доступ в медицинские вузы по специальной программе, с большей вероятностью работают в сельской местности (Kroezen et al., 2023).

Нетрудно заметить отличия этого опыта от практики целевого приема в России: а) нацеленность вузов на подготовку по специальным учебным программам для ПМСП, б) предпочтения при приеме в вузы лиц, готовых специализироваться в этой области, в) наличие финансовой поддержки таких студентов.

Предлагается в российских медицинских вузах, в том числе частных, *создать отдельное направление по общей врачебной практике*, сделать обязательным наличие соответствующих кафедр, довести долю приема в ординатуру по ОВП с сегодняшних 2–4% от общего числа мест в ординатуре до 15–20% уже в ближайшие три-четыре года с последующим увеличением этой доли. В распределении бюджетных мест нужно отдавать предпочтение жителям сельской местности и удаленных территорий, а также существенно повысить долю врачей общей практики в составе целевого приема.

Еще один фактор, существенно влияющий на выбор врачами работы в качестве врача общей практики, – *развитие новых моделей организации ПМСП, в частности небольшой по размеру общей врачебной практики*. Самостоятельность и клиническая автономия врача, отсутствие административного давления могут стать сильным стимулом для выбора такой модели выпускниками вузов. Появление новых цифровых технологий существенно расширяет возможности таких практик, они могут опираться на удаленные консультации узких специалистов, использовать инструменты дистанционного мониторинга за состоянием установленных групп пациентов. Известны примеры «мини-поликлиник», действующих на основе цифровых технологий. Такие модели особенно востребованы в сельской и удаленной местности, где нет возможности создавать многопрофильную поликлинику.

Для ликвидации дефицита врачей участковой службы важно предусмотреть строительство, предоставление и оплату служебного жилья. Строительство служебного жилья должно быть синхронизировано с планами подготовки врачей общей практики. Кроме того, для привлечения таких врачей необходимо обеспечить компенсацию аренды жилья, расходов на проезд внутри населенного пункта, дать приоритет детям специалистов при приеме в детские сады, предусмотреть выделение путевок в санатории.

Для преодоления чрезмерной специализации по признаку условий оказания медицинской помощи (например, уролог для амбулаторного приема и уролог, оперирующий в стационаре) целесообразно начать работу *по перемещению части узких специалистов из территориальных поликлиник в клиничко-диагностические отделения при крупных больницах*. Эти отделения должны выполнять функции третьего уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а не только готовить больных к госпитализации. Появится возможность приблизить компетенции специалистов поликлиник к уровню их коллег, работающих в стационаре, в том числе за счет проведения учебных сессий с участием лучших врачей больницы. Будут понятны те зоны клинической деятельности, в которых можно обеспечить ротацию специалистов. Выявление таких зон может стать исходной точкой движения от модели «двух категорий узких специалистов» к модели, основанной на более широком совмещении их функций при одновременном повышении размера оплаты труда (меньшее число врачей – выше оплата их труда).

Представленные соображения по сокращению уровня специализации ПМСП рассчитаны на перспективу примерно 10–12 лет. Но если начать эту работу сейчас, то первые результаты можно получить уже в ближайшие пять-шесть лет, включая: а) появление нового массового института врачей общей практики с более высоким лечебным и координационным функционалом; б) относительное сокращение потребности в узких специалистах в многопрофильных поликлиниках; в) заметное укрепление ПМСП в сельских и удаленных районах.

3.2. Увязка инвестиционных и структурных проектов с возможностями кадрового обеспечения

С учетом финансовых и ресурсных ограничителей, возникших на нынешнем этапе развития здравоохранения, *целесообразно сократить масштабы нового строительства*. На этой основе можно освободить финансовые ресурсы и направить их на повышение оплаты труда медработников, столь необходимое для решения проблемы кадрового дефицита.

Также требуется обеспечить обоснование инвестиционных проектов (независимо от их масштабов) в увязке с возможностями обеспечить строящиеся или модернизируемые объекты необходимыми кадрами, синхронизировать планирование нового строительства с кадровыми программами регионов. Для этого целесообразно *сделать правилом разработку штатного расписания новых объектов с указанием нужных кадров и оценивать возможности его обеспечения*, а также проводить согласование этого соответствия с Минздравом России.

Необходимо установить ответственность за ненадлежащее предоставление информации о реальных потребностях в медицинских кадрах в разрезе каждого строящегося объекта. Возникающие диспропорции обычно коренятся в системе планирования строительства и всегда имеют конкретного виновника.

Минздрав России объявил, что с 2026 г. стартует второй этап модернизации первичного звена здравоохранения, предполагающий обновление более 30 тыс. медицинских объектов и 60 тыс. единиц оборудования. На это будут потрачены значительные средства (Бескаравайнова, Погонцева, 2025). Поэтому важно увязать экстенсивные и интенсивные факторы развития – создавать и мо-

дернизировать новые объекты с учетом приоритета задачи их реального ввода в действие без ссылок на нехватку кадров. Если такой возможности в регионе нет, то имеет смысл перераспределить финансирование на мероприятия по привлечению и удержанию медиков в системе государственного здравоохранения.

3.3. Использование кадровых ресурсов больниц для укрепления ПМСП

Несколько лет назад Минздрав России признавал наличие зон профицита кадров, прежде всего в стационарах. В последние два года такие признания исчезли из официальных оценок. Можно предположить, что это связано с несовершенством нормативов кадрового обеспечения и методик планирования кадров. Но если допустить, что какая-то часть врачей стационара работает не с полной нагрузкой (например, неоперирующие хирурги), то уместно поставить вопрос о необходимости частичного перераспределения врачей из стационаров в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, где кадровый дефицит бесспорен.

В ряде европейских стран рассматривается такая возможность. Так, в Великобритании принятый в 2023 г. стратегический план кадрового обеспечения предусматривает, что в 2030–2031 финансовом году врачи стационаров будут обязаны отработать четыре месяца в сфере первичной медицинской помощи (п. 38 плана). Главные аргументы: усилить взаимодействие с врачами общей практики, лучше понять формирование потребности в стационарной помощи (NHS England, 2023).

Что-то подобное планируется сегодня в рамках пилотного проекта в поликлиниках г. Москвы. Врачи стационаров будут проводить прием пациентов в амбулаторных условиях. Инициатива направлена на обмен опытом между специалистами различных уровней медицинской помощи и повышение эффективности взаимодействия между амбулаторным и стационарным звеньями (Шамардина, 2025). Но пока остаются неясными формы организации приема и масштабы участия врачей стационара, а значит и возможности укрепления кадрового потенциала поликлиник.

Нам представляется малоперспективной политика жесткого перераспределения кадров из стационаров в поликлиники. В Москве десять лет назад была предпринята такая попытка. Она оказалась конфликтной. Непросто определить, кого конкретно нужно уволить из стационара и как адаптировать для работы в поликлинике. Альтернативой такой стратегии может быть, во-первых, *расширение мощности консультативно-диагностических отделений в составе больниц и перевод в них части специалистов, работающих сегодня в лечебных подразделениях больниц*. Во-вторых, *усиление контроля за появлением новых штатных единиц в стационарах*, т.е. недопущение возникновения профицита кадров. Для этого требуются более обоснованные штатные нормативы.

3.4. Разработка перспективного плана кадрового обеспечения

Чтобы не допустить дисбаланс в кадровом обеспечении (каких-то врачей не хватает, других – слишком много), необходимо перейти от текущего к перспективному планированию – среднесрочному (до 2030 г.) и долгосрочному (до 2035 г.). Перспективный план должен иметь модули спроса и предложения

кадров, включая оценку их выбытия. Нужно расширить число учитываемых факторов. Особенно важно оценить прогнозную заболеваемость – сначала по укрупненным классам заболеваний, а затем по отдельным заболеваниям, лечение которых требует особо значительных кадровых ресурсов. На этой основе предстоит разработать детальные планы по каждой врачебной специальности и профилю больничной койки, по СМП, прочим категориям работников, а также необходимо создать методику учета влияния планируемых мероприятий по изменению организации медицинской помощи, использованию новых медицинских и цифровых технологий.

В Перечне поручений Президента Российской Федерации по вопросам совершенствования кадрового обеспечения системы здравоохранения от 25 августа 2023 г. Пр-1675 поставлена задача (п. 1б) «представить предложения, предусматривающие актуализацию основных принципов формирования методик расчета потребности в медицинском персонале (в том числе с учетом трудозатрат, численности населения, заболеваемости, объемов медицинской помощи), применяемых в территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Во исполнение поставленной задачи НИУ ВШЭ разработал в 2024 г. методику формирования среднесрочных и долгосрочных планов развития кадровых ресурсов здравоохранения. Реакция Минздрава России на эту методику пока неизвестна.

Разработка детальных перспективных планов представляет собой сложный и длительный процесс, требующий участия профильных специалистов и большого числа экспертов. Первый опыт такой разработки продемонстрировал *необходимость создания новой институциональной структуры планирования кадров*, включая дополнительные плановые подразделения в органах управления здравоохранением всех уровней, а также в научных учреждениях Минздрава России.

3.5. Усиление государственного регулирования структуры постдипломной подготовки кадров

Важно преодолеть ориентацию медицинских вузов на расширение подготовки кадров по наиболее «капитализируемым» специальностям (гинекологии, урологи, косметические хирурги и проч.). *Перспективный план кадрового обеспечения по отдельным специальностям должен быть единственным основанием для определения числа и структуры учебных подразделений, набора преподавателей, инвестиций в расширение мощности вузов.* Контроль за соблюдением этих планов должен быть усилен.

Предметом регулирования целесообразно сделать прием не только на бюджетные места, но и на платные места, которые оттягивают ресурсы медицинских вузов. Уместно заметить, что во всех развитых странах квоты на обучение по отдельным врачебным специальностям устанавливаются безотносительно к источникам финансирования обучения и будущей траектории трудоустройства выпускников. Главные критерии – степень необходимости специалиста для всей системы здравоохранения, действующие приоритеты кадровой политики (Lafortune, Moreira, 2015).

Ясно, что российские медицинские вузы могут потерять доходы от оказания платных образовательных услуг. Чтобы их компенсировать, необходимо

укрепить их финансовую базу – *повысить базовый норматив финансирования на одного студента*. Одновременно придется усилить требования к медицинским вузам: больше денег – сильней акцент на подготовку врачей по дефицитным специальностям.

Медицинские вузы должны повысить ответственность за реализацию стратегии кадрового обеспечения отрасли. Их участие является важнейшим условием сбалансированного развития кадровых ресурсов отрасли. Только экстенсивным наращиванием масштабов подготовки врачей эту проблему решить невозможно.

Позитивным шагом к усилению регулирования является предложение Комитета Государственной Думы по охране здоровья, сделанное 1 апреля 2025 г., о необходимости закрепить за Минздравом России право регулировать контрольные цифры приема не только по целевым и бюджетным, но и платным местам в ординатуру⁵.

Формирование контрольных цифр приема в ординатуру по отдельным специальностям следует проводить не за полтора года, как сейчас, а за три-четыре года до начала приема. Вузы должны иметь время для перестройки своей структуры, необходимой для обучения растущего числа наиболее дефицитных специалистов.

3.6. Меры социальной поддержки медицинских работников

Эти меры имеют ключевое значение для смягчения остроты кадрового дефицита. В напряженной финансовой ситуации государство находит возможности для социальной поддержки медиков. Правительство России (Постановление от 31 декабря 2022 г. N 2568) установило специальные социальные выплаты, которые получают больше 1 млн медработников. По оценке Минздрава России, это позволило привлечь в медучреждения небольших и отдаленных населенных пунктов страны более 6,5 тыс. сотрудников (Бескаравайная, Погонцева, 2025). Возможности дополнительной социальной поддержки могут увеличиться при условии реализации перечисленных мер структурной и инвестиционной политики.

Нужны также меры по улучшению морально-психологической ситуации в медицинских организациях. Сегодня такие меры принимаются во многих странах. Так, правительство Великобритании, столкнувшись с проблемой неблагоприятных условий труда во многих больницах, в вышеупомянутом стратегическом плане определило отдельный набор мер по закреплению кадров на рабочих местах, включая:

- поощрение медицинских организаций, которые используют различные формы обратной связи персонала с администрацией, дают возможность сотрудникам участвовать в обсуждении имеющихся проблем на регулярной основе, исключают наказания за критические высказывания;
- предоставление гибких графиков работы для работающих матерей, пожилых медиков;

⁵ Проект Постановления Государственной Думы Российской Федерации N 139/1 от 01.04.2025 «Об информации Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Д.Н. Чернышенко... о кадровом обеспечении медицинских и образовательных организаций».

- финансирование содержания детей в детских садах для части работников;
- повышение ставок пенсионных накоплений для пожилых медиков за годы после наступления пенсионного возраста при условии продолжения медицинской практики;
- специальные меры в отношении медиков-мигрантов (их доля в Англии намного выше, чем в России). Линия на уменьшение доли мигрантов сочетается с мерами по организации дополнительного их обучения, недопущения расовой дискриминации.

За счет комплекса предложенных мер планируется снизить отток врачей с 9,1% в 2022 г. до 7,4–8,2% в 2030 г. (NHS England, 2023). Не менее масштабные усилия предпринимаются в странах ЕС – действует проект «Метеор», нацеленный на закрепление кадров здравоохранения (OECD, 2024).

Следует рассмотреть возможность реализации подобных мер в российском здравоохранении. Они не потребуют больших финансовых вложений, но могут смягчить наиболее острые проявления неудовлетворенности медиков условиями труда и на этой основе снизить их отток из государственной системы здравоохранения. Для начала нужно понять реальные масштабы выбытия кадров по отдельным причинам, что требует улучшения статистического учета кадров.

В среднесрочной и долгосрочной перспективе целесообразно повысить средний размер оплаты труда всех категорий медицинских работников, увязав его со средним уровнем оплаты труда в регионе. То есть реализовать второй раунд майского указа Президента России. Начать стоит с наиболее дефицитных категорий работников, прежде всего в сфере ПМСП.

4. Обсуждение и заключение

Анализ причин дефицита кадров в здравоохранении показал, что они не сводятся только лишь к оттоку кадров из государственных медицинских организаций. Дефицит порожден комплексом факторов, большинство которых носит долговременный характер: чрезмерная специализация врачебной деятельности, несовершенство структурной и инвестиционной политики, недостатки в планировании кадрового обеспечения и регулировании подготовки кадров.

Самое сильное влияние на этот процесс оказывает недостаточность мер по повышению оплаты и улучшению условий труда медицинских работников. Позитивный импульс майских указов Президента России 2012 г. почти исчерпан. Надбавки в период пандемии повысили средний размер зарплаты части медиков, подняв планку их зарплатных ожиданий. Но острота проблемы оплаты труда могла бы быть меньше при иной структуре врачебных кадров (более сильной участковой службе и совмещении функций) и более эффективной инвестиционной и структурной политике.

Активизация кадровой политики государства в сфере медицины очевидна. Наибольшие надежды можно возлагать на увеличение числа мест в медицинских вузах и колледжах. Это направление кадровой политики может дать эффект уже в ближайшие три-четыре года при условии приоритетной подготовки

наиболее востребованных категорий врачей и медсестер, прежде всего в сфере ПМСП. Это сделать непросто. Система пока не «заточена» на их подготовку: нет долговременного планирования, позволяющего определить наиболее болезненные зоны дефицита в разрезе врачебных специальностей; экономические интересы медицинских вузов доминируют, а контроль государства за структурой подготовки врачей ослаблен.

Недостаточны меры по кадровому укреплению участковой службы, что во многом является результатом чрезмерной специализации ПМСП. Плотно растет число врачебных специальностей, а врачи участковой службы уходят на второй план – вопреки той особой роли, которую они играют в любой системе здравоохранения. Их нехватка и ограниченный клинический функционал порождают дополнительный спрос на узких специалистов, который все трудней удовлетворить.

Усиливается дисбаланс между новыми проектами модернизации здравоохранения, требующими больших инвестиций, и их кадровым обеспечением. Врачей не хватает не потому, что их мало (Россия по-прежнему входит в число мировых лидеров по обеспеченности врачами на 10 тыс. населения) (ОЕСД, 2024), а потому, что обязательства государства и инвестиционные планы расширяются без достаточного учета ожидаемого притока кадров. Можно утверждать, что *возможности экстенсивного развития многих секторов здравоохранения, прежде всего ПМСП, уже исчерпаны*. Слишком масштабное строительство, появление новых видов услуг и новых секторов здравоохранения, демонстрационный эффект новых зданий и интерьера клиник – все это не укладывается в кадровые возможности отрасли. Возникающий кадровый дефицит трудно преодолеть без повышения роли интенсивных факторов развития с акцентом на совершенствование структуры оказания медицинской помощи и структуры кадровых ресурсов.

Сегодня доминирует представление о том, что решить кадровую проблему можно ограниченным набором поверхностных мер. Обращает на себя внимание, что среди планируемых мероприятий Федерального проекта «Медицинские кадры» на 2025–2030-е гг. особое место занимают организационные действия, которые относительно легко реализовать (создание региональных кадровых центров для управления персоналом, разработка кадровых программ, создание образовательных кластеров и проч.). В отличие от предыдущего федерального проекта по кадрам, не прослеживается линия на первоочередное кадровое обеспечение ПМСП.

Текущие меры по наращиванию подготовки врачей и СМП представляются более эффективными по сравнению с конфликтной борьбой с оттоком кадров из государственной системы здравоохранения, а также с сокращением срока подготовки медработников и работой вахтовым методом. Развитие долговременного планирования и усиленное государственное регулирование структуры врачебных специальностей способно сфокусировать подготовку медиков на ликвидацию нехватки самых востребованных кадров, причем в ближайшие годы. Более серьезное обоснование инвестиционных планов и модернизация программы диспансеризации также могут дать относительно быстрое улучшение кадровой ситуации.

Что же касается остальных факторов кадрового дефицита, то преодоление их действия потребует значительного финансирования и большего времени для реализации. В первую очередь это касается мер по повышению оплаты труда медиков, а также мер по кадровому укреплению участковой службы. В ситуации ограниченных финансовых возможностей целесообразно сделать первые шаги – наметить векторы и механизмы требуемых изменений, сделать ощутимыми улучшения для наиболее дефицитных специалистов, не рассчитывая на быстрое решение проблемы кадрового дефицита.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Александрова О.А., Аликперова Н.В., Бурдастова Ю.В., Комолова О.А., Махрова О.Н. Модель наставничества для развития корпоративной культуры медицинских работников: методические рекомендации. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022.
2. Александрова О.А., Ярашева А.В., Медведева Е.И., Крошилин С.В. Научные подходы к развитию кадрового потенциала столичного здравоохранения: опыт пяти лет исследований // Народонаселение. 2024. № 4. С. 140–152.
3. Бескаравайная Т. Дефицит медработников в акушерстве и гинекологии оценили в 11,5 тысячи // Медвестник. 19.08.2024. URL: https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossiiskom-obshestve-akusherov-soobshili-pro-kadrovyy-deficit-v-5-3-tys-specialistov.html?utm_source=main (дата обращения: 29.10.2025).
4. Бескаравайная Т. Мурашко попросили проработать дополнительные предложения по кадровой проблеме // Медвестник. 28.04.2025. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-poprosili-prorobotat-dopolnitelnye-predlozheniya-po-kadrovoy-probleme.html> (дата обращения: 29.10.2025).
5. Бескаравайная Т., Погонцева Е. О чем говорили на итоговой коллегии Минздрава // Медвестник. 16.05.2025. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/O-chem-govorili-na-itogovoi-kollegii-Minzdrava.html> (дата обращения: 29.10.2025).
6. Гериатры возглавили рейтинг самых дефицитных врачебных специальностей в России // Медвестник. 10.03.2023. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Geriatriy-vozglavili-reiting-samyh-deficitnyh-vrachebnyh-specialnostei-v-Rossii.html> (дата обращения: 29.10.2025).
7. Горбач Э.В. Механизмы снижения объемов незавершенного строительства в сфере здравоохранения. НИУ ВШЭ, Выпускная квалификационная работа. Магистратура. 2025. URL: <https://www.hse.ru/ma/health/students/diplomas/1049386559> (дата обращения: 29.10.2025).

8. Добровольский Т., Напалкова А. Что мешает перинатальным центрам заниматься сложными случаями? // *Vademecum*. 23.11.2016. URL: https://vademec.ru/article/yavka_s_purovino/ (дата обращения: 29.10.2025).
9. Дун А. Минздрав изменил штатные нормативы для поликлиник // *Медвестник*. 03.06.2025. URL: <https://www.solidarnost.org/news/minzdrav-peresmotrel-shtatnye-normativy-poliklinik.html> (дата обращения: 29.10.2025).
10. Дун А. Об уходе из медицины задумываются 20% врачей // *Медвестник* 05.05.2025. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Ob-uhode-iz-mediciny-zadumyvautsya-20-vrachei.html> (дата обращения: 29.10.2025).
11. Елизова А. Доработана концепция закрепления выпускников медвузов // *Врачи РФ*. 21.06.2025. URL: <https://vrachirf.ru/users/profile/15378> (дата обращения: 29.10.2025).
12. Лукьянова О. Татьяна Семенова отчитала ректоров медвузов за нежелание анализировать кадровую ситуацию в стране // *Vademecum*. 2018. 6 сентября. URL: <https://vademec.ru/news/2018/09/06/tatyana-semenova-otchitala-rektorov-medvuzov-zanezhelanie-analizirovat-kadrovuyu-situatsiyu-v-stran/> (дата обращения: 29.10.2025).
13. Мажаров В.Н., Семенова Т.В., Решетников В.А., Козлов В.В., Мовсесян Л.Э. Анализ проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения и пути их решения (на примере Ставропольского края): ретроспективное аналитическое описательное исследование // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2025. Т. 32, № 2. С. 69–77.
14. *Медицинская Россия* // ВКонтakte. 20.05.2025. URL: https://vk.com/wall-131908471_817832 (дата обращения: 29.10.2025).
15. Профессор Валентин Фадеев раскритиковал превращение медицинского образования в бизнес // *Медвестник*. 11.07.2025. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Professor-Valentin-Fadeev-raskritikoval-prevrashenie-medicinskogo-obrazovaniya-v-biznes.html> (дата обращения: 29.10.2025).
16. Руголь Л.В., Котловский М.Ю. Динамика кадрового обеспечения медицинских организаций в аспекте достижения целевых показателей реализации федерального проекта // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2023. Т. 69, № 1. С. 9. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1453/30/lang/ru/> (дата обращения: 29.10.2025).
17. Семенова Т.В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении // *Вестник Росздравнадзора*. 2019. № 4. С. 56.
18. Хамитов М. Мурашко сообщил о существенном дефиците онкологов в амбулаторном звене // *Медвестник*. 26.07.2022. URL: <https://vademec.ru/news/2022/07/26/murashko-v-pervichnom-zvene-ne-khvataet-1-3-tysyachi-onkologov/> (дата обращения: 29.10.2025).
19. Шамардина Л. Врачей повысят до наставников: как это отразится на нагрузке и зарплате // *Медвестник*. 25.04.2023 URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Vrachei-povytyat-do-nastavnikov-kak-eto-otrazitsya-na-nagruzke-i-zarplate.htm> (дата обращения: 29.10.2025).
20. Шамардина Л. Врачей московских стационаров направят на работу в поликлиники в рамках эксперимента // *Врачи РФ*. 06.05.2025. URL: <https://vrachirf.ru/concilium/172310.html> (дата обращения: 29.10.2025).

21. Шейман И.М., Сажина С.В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей // Мир России. 2018. Т. 27, № 3. С. 130–153.
22. Шишкин С.В., Шейман И.М. (ред.) Организация и финансирование здравоохранения в России и в мире: тенденции и перспективы. Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2025.
23. Gerry C., Sheiman I. Too many and too few: The paradoxical case of physicians in the Russian Federation // International Journal of Health Planning and Management. 2018. Vol. 33, no. 1. P. 391–402.
24. Groenewegen P., Heinemann S., Greb S., Scharfer W. Primary care practice composition in 34 countries // Health Policy. 2015. Vol. 119. P. 1576–1583.
25. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A. et al. (eds) Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series. Copenhagen (Denmark), European Observatory on Health Systems and Policies. 2015. No. 38. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458731/> (дата обращения: 31.10.2025).
26. Kroezen M., Rajan D., Richardson E. Strengthening primary care in Europe: How to increase the attractiveness of primary care for medical students and primary care physicians? // WHO: Policy Brief. 2023. No. 55.
27. Kuhlmann E., Groenewegen P.P., Batenburg R., Larsen C. Health Human Resources. Policy in Europe. In: The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance. Kuhlmann E., Blabk R., Bourgeault I., Wendt C. (eds.). Palgrave MacMillan, 2015. P. 289–307.
28. Lafortune G., Moreira L. Trends in supply of doctors and nurses in EU and OECD countries. Expert Group Meeting on European Health Workforce. Brussel, 16 November 2015.
29. OECD. Health at a Glance: Europe 2024 OECD Publishing, Paris, 2024. DOI:10.1787/b3704e14-en
30. Ono T., Lafortune G., Schoenstein M. Health Workforce Planning in OECD Supply and Policy Responses // OECD Health Working Papers. No. 69. OECD Publishing. 2014.
31. Quentina M. Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries // Health Policy. 2018. Vol. 122. P. 473–484.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Методические рекомендации «Формирование генеральной схемы реструктуризации сети ЛПУ региона». М.: Минздрав России, ЦНИИОИЗ, 2000.
2. NHS England. NHS Long Term Workforce Plan. June 2023. London.

REFERENCES

1. Alexandrova, O., Alikperova, N., Burdastova, U., Komolova, O., and Mahrova, O. (2022) *The model of mentoring medical workers: Guidelines*. Moscow: GBU «NII OZMM DZM». (In Russian).
2. Alexandrova, O., Yarasheva, A., Medvedeva, E., and Kroshilin, S. (2024) 'Approaches to the development of Moscow health workforce', *Narodonaselenie*, (4), pp. 140–152. (In Russian).
3. Beskaravainaya, T. (2024) 'The shortage of medical workers in obstetrics and gynecology was estimated at 11.5 thousand', *Medvestnik*, 19.08.2024. (In Russian) Available at: https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossiiskom-obshestve-akusherov-soobshili-pro-kadrovyy-deficit-v-5-3-tys-specialistov.html?utm_source=main (accessed 29 October 2025).
4. Beskaravainaya, T. (2025) 'Murashko is asked to submit additional proposals on workforce problem', *Medvestnik*, 28.04.2025. (In Russian). Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-poprosili-prorabotat-dopolnitelnye-predlozheniya-po-kadrovoy-probleme.html> (accessed 29 October 2025).
5. Beskaravainaya, T., and Pogonceva, E. (2025) 'What was discussed at the final meeting of the Ministry of Health', *Medvestnik*, 16.05.2025. (In Russian). Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/O-chem-govorili-na-itogovoi-kollegii-Minzdrava.html> (accessed 29 October 2025).
6. *Medvestnik*, 10.03.2023. 'Geriatricians top the list of the most in-demand medical specialties in Russia'. (In Russian). Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Geriatry-vozglavili-reiting-samyh-defitsitnyh-vrachebnyh-specialnostei-v-Rossii.html> (accessed 29 October 2025).
7. Dun, A. (2025) 'Ministry of Health changed the workforce rates for polyclinics', *Medvestnik*, 03.07.2025. (In Russian). Available at: <https://www.solidarnost.org/news/minzdrav-peresmotrel-shtatnye-normativy-poliklinik.html> (accessed 29 October 2025).
8. Dun, A. (2025) '20% of physicians think about leaving medicine', *Medvestnik*, 05.05.2025. (In Russian). Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Ob-uhode-iz-mediciny-zadumyvautsya-20-vrachei.html> (accessed 29 October 2025).
9. Gorbach, E. (2025) *Mechanisms of reducing unfinished construction in health*. Moscow: National Research University High School of Economics. Master's degree diploma. (In Russian). Available at: <https://www.hse.ru/ma/health/students/diplomas/1049386559> (accessed 29 October 2025).
10. Dobrovolski, T., and Napalkova, A. (2023) 'What prevents perinatal centers from dealing with complex cases?', *Vademecum*, 22.01.2023. (In Russian). Available at: https://vademec.ru/article/yavka_s_pupoviny/ (accessed 29 October 2025).
11. Elizova, A. (2025) 'The strategy of retaining medical school graduates has been improved', *Vrachi RF*, 21.06.2025. (In Russian). Available at: <https://vrachirf.ru/users/profile/15378> (accessed 29 October 2025).

12. Khamitov, M. (2022) 'Murashko reported about substantial outpatient onkologists', *Medvestnik*, 26.07.2022. (In Russian). Available at: <https://vademec.ru/news/2022/07/26/murashko-v-pervichnom-zvene-ne-khvataet-1-3-tsyachi-onkologov/> (accessed 29 October 2025).
13. Lukjanova, O. (2018) 'Tatyana Semenova reprimanded medical school rectors for their unwillingness to analyze the personnel situation in the country', *Vademecum*, 06.09.2018. (In Russian). Available at: <https://vademec.ru/news/2018/09/06/tatyana-semenova-otchitala-rectorov-medvuzov-za-nezhelanie-analizirovat-kadrovuyu-situatsiyu-v-stran/> (accessed 29 October 2025).
14. Mazcharov, V., Semenova, T., Rechetnikov, V., Kozlov, V., and Movsesjan, L. (2025) 'The analysis of health workforce problems and the ways to solve them (the case of Stavropol kraj): retrospective descriptive research', *Kubanski research medical vestnik*, 32(2), pp. 69–77. (In Russian)
15. *Medical Russia*, 20.05.2025. (In Russian). Available at: https://vk.com/wall-131908471_817832 (accessed 29 October 2025).
16. *Medvestnik*, 11.07.2025. 'Professor Fadeev is against the transformation of medical training to business'. (In Russian). Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Professor-Valentin-Fadeev-raskritikoval-prevrashenie-medicinskogo-obrazovaniya-v-biznes.html> (accessed 29 October 2025).
17. Rugol, L., and Kotlovski, M. (2023) 'Dynamics of staffing of medical organizations in terms of achieving target indicators for the implementation of the federal project', *Social aspects of population health*, 69(1), p. 9. (In Russian). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1453/30/lang.ru/> (accessed 29 October 2025).
18. Shamardina, L. (2023) 'Physicians are promoted to mentors', *Medvestnik*, 25.04.2023. (In Russian). Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Vrachei-povysyat-donastavnikov-kak-eto-otrazitsya-na-nagruzke-i-zarplate.htm> (accessed 29 October 2025).
19. Shamardina, L. (2025) 'Physicians of Moscow hospitals will be directed to polyclinics under the experiment', *Vrachi RF*, 06.05.2025. (In Russian). Available at: <https://vrachirf.ru/concilium/172310.html> (accessed 29 October 2025).
20. Sheiman, I., and Sazchina, S. (2018) 'Health workforce strategy: how to cope with the deficit', *Mir Rossii*, 27(3), pp. 130–153. (In Russian).
21. Shishkin, S., Sheiman, I., Almazov, A., Birukova, A., Vlasov, V., Potapchik, E., and Salahutdinova, S. (2024) *Russian health care: prospects of development. Report of the NRU HSE*. Ed. Shishkin S. Moscow: HSE. (In Russian).
22. Shishkin S., and Sheiman I. (eds) (2025) *Health care organization and finance in Russia and the world: trends and prospects*. Moscow: HSE. (In Russian).
23. Gerry, C., and Sheiman, I. (2018) 'Too many and too few: The paradoxical case of physicians in the Russian Federation', *International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), pp. 391–402.
24. Groenewegen, P., Heinemann, S., Greb, S., and Scharfer, W. (2015) 'Primary care practice composition in 34 countries', *Health Policy*, (119), pp. 1576–1583.

25. Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Hutchinson, A., et al. (eds) (2015) *Building primary care in a changing Europe*. Observatory Studies Series, No. 38. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458731/> (accessed 31 October 2025).
26. Kroezen, M., Rajan, D., and Richardson, E. (eds) (2023) ‘Strengthening primary care in Europe: How to increase the attractiveness of primary care for medical students and primary care physicians?’, *WHO: Policy Brief*, (55).
27. Kuhlmann, E., Groenewegen, P.P., Batenburg, R., and Larsen, C. (2015) ‘Health human resources. Policy in Europe’, in: *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Kuhlmann E., Blabk R., Bourgeault I., Wendt C. (eds.). Palgrave MacMillan, pp. 289–307.
28. Lafortune, G., and Moreira, L. (2015) *Trends in supply of doctors and nurses in EU and OECD countries*. *Expert Group Meeting on European Health Workforce*. Brussel, 16 November.
29. OECD (2024) *Health at a Glance: Europe 2024*. Paris: OECD Publishing. DOI:10.1787/b3704e14-en
30. Ono, T., Lafortune, G., and Schoenstein, M. (2014) ‘Health workforce planning in OECD supply and policy responses’, *OECD Health Working Papers*, (69).
31. Quentina, M. (2018) ‘Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries’, *Health Policy*, (122), pp. 473–484.

OFFICIAL DOCUMENTS

1. Ministry of Health. Central Research Institute of Healthcare Organization and Information (2000) *Methodological recommendations “Developing a general scheme of regional network of health care delivery”*. Moscow.
2. NHS England (2023) *NHS Long Term Workforce Plan*. June 2023. London.

Статья поступила в редакцию 08.08.2025;
одобрена после рецензирования 20.10.2025;
принята к публикации 19.11.2025.