

Секция «Государственное и муниципальное управление (СИУ РАНХиГС)»

Модель управления кадровыми ресурсами здравоохранения Новосибирской области на основе интеграции военно-медицинского потенциала

Набережных Анастасия Александровна

Студент (бакалавр)

Сибирский институт управления – филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Новосибирск, Россия

E-mail: naberezhn.anastasia@mail.ru

Актуальность исследования

Современное состояние системы здравоохранения Российской Федерации характеризуется устойчивым дефицитом медицинских кадров, наиболее остро проявляющимся в первичном звене и труднодоступных территориях. Новосибирская область, являясь крупнейшим научно-образовательным центром Сибири, не является исключением: укомплектованность врачебных должностей в центральных районных больницах и фельдшерско-акушерских пунктах остается критически низкой, что негативно сказывается на доступности и качестве медицинской помощи сельскому населению. Согласно официальным данным Министерства здравоохранения Новосибирской области, дефицит врачебных кадров в ряде отдаленных муниципальных районов достигает 40-50%, при этом сохраняется устойчивая тенденция оттока молодых специалистов в крупные города.

В условиях реализации Указа Президента РФ от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года», ставящего задачу сохранения населения, здоровья и благополучия людей, проблема кадрового обеспечения регионального здравоохранения приобретает особую значимость. Одновременно с этим перед государством стоит приоритетная задача социальной и профессиональной адаптации участников специальной военной операции, включая медицинских специалистов, обладающих уникальным опытом работы в экстремальных условиях.

Парадокс современной кадровой ситуации заключается в наличии двух разнонаправленных процессов: с одной стороны, острый дефицит врачей в сельской местности, с другой – ежегодное высвобождение из рядов Вооруженных Сил РФ высококвалифицированных военных медиков. Существующие кадровые программы, такие как «Земский доктор» и целевое обучение, не учитывают специфический потенциал военных врачей. Зарубежный опыт, в частности система здравоохранения Департамента по делам ветеранов США, демонстрирует эффективность интеграции военно-медицинского ресурса в гражданскую систему.

Цель исследования – разработка и обоснование модели управления кадровыми ресурсами здравоохранения Новосибирской области на основе интеграции военно-медицинского потенциала и адаптации участников СВО для работы в труднодоступных территориях.

Кадровая характеристика муниципальных районов Новосибирской области:

Новосибирская область включает 30 муниципальных районов, которые существенно различаются по обеспеченности медицинскими кадрами. На основе анализа данных Министерства здравоохранения Новосибирской области за 2023-2026 годы все районы могут быть распределены на три группы.

Первая группа – районы с относительно благополучной кадровой ситуацией. В эту группу входят районы, прилегающие к Новосибирской агломерации: Новосибирский район (обеспеченность врачами – 32,4 на 10 тыс. населения), Мошковский район (31,2), Искитимский район (30,8), Колыванский район (29,7), Тогучинский район (29,1), Ордынский район (28,5), Маслянинский район (28,2), Сузунский район (27,9), Черепановский район

(27,6). Близость к областному центру обеспечивает этим районам относительную доступность квалифицированной медицинской помощи, возможность направления пациентов в областные клиники и привлечения врачей на частичную занятость. Однако даже в этих районах сохраняется дефицит узких специалистов, особенно неврологов, кардиологов и эндокринологов.

Вторая группа — районы со средней остротой кадрового дефицита. В эту группу входят районы, удаленные от Новосибирска на расстояние 150-300 км: Болотнинский район (26,3), Коченевский район (26,1), Каргатский район (25,8), Краснозерский район (25,4), Чулымский район (25,1), Кочковский район (24,7), Здвинский район (24,3), Доволенский район (23,9), Карасукский район (23,5), Купинский район (23,1). В этих районах сохраняется относительно развитая сеть медицинских учреждений, но наблюдаются проблемы с привлечением молодых специалистов. Укомплектованность врачебных должностей составляет 70-80%, при этом коэффициент совместительства врачей достигает 1,35-1,45, что свидетельствует о высокой нагрузке на работающих врачей.

Третья группа — районы с критическим кадровым дефицитом. В эту группу входят отдаленные и труднодоступные районы, расположенные в северной и северо-западной части области: Кыштовский район (обеспеченность врачами — 17,8), Убинский район (18,2), Чановский район (19,1), Северный район (20,2), Венгеровский район (21,3), Куйбышевский район (22,5), Барабинский район (23,1), Татарский район (23,8), Чистоозерный район (24,2). В этих районах разрыв в обеспеченности врачами с областным центром достигает 3-3,5 раза. Укомплектованность фельдшерско-акушерских пунктов не превышает 65%, а в наиболее отдаленных селах ФАПы закрыты или работают неполный день. Коэффициент совместительства врачей в этих районах достигает 1,65-1,75, что означает работу на 1,5-1,7 ставки и ведет к профессиональному выгоранию. Доля врачей пенсионного возраста в этих районах превышает 35%, что создает риск обвала системы здравоохранения в ближайшие 5-7 лет.

Для апробации разработанной модели управления кадровыми ресурсами на основе интеграции военно-медицинского потенциала были выбраны три муниципальных района: Кыштовский, Убинский и Чановский. Выбор обусловлен следующими критериями.

Кыштовский район является самым проблемным районом области по кадровому обеспечению. Обеспеченность врачами составляет 17,8 на 10 тыс. населения — это самый низкий показатель в регионе. Дефицит врачей в физических лицах достигает 23 человек при потребности в 42 ставках. Укомплектованность ФАПов составляет всего 54%. Район расположен в 680 км от Новосибирска, что делает его труднодоступным для санитарной авиации и экстренной эвакуации пациентов. Население района — 18 200 человек, рассредоточено по 42 населенным пунктам, многие из которых не имеют постоянного медицинского работника. В районе отсутствуют врачи-специалисты по следующим направлениям: невролог, офтальмолог, отоларинголог, эндокринолог. Хирургическая служба представлена одним хирургом, работающим на 1,75 ставки. Анестезиолог-реаниматолог отсутствует. Кыштовский район выбран в качестве пилотного как район с максимальной остротой кадрового кризиса, где любое улучшение ситуации будет наиболее заметным и значимым для населения.

Убинский район занимает второе место в области по остроте кадрового дефицита. Обеспеченность врачами составляет 18,2 на 10 тыс. населения. Дефицит врачей — 21 человек. Укомплектованность ФАПов — 57%. Район расположен в 320 км от Новосибирска, что создает проблемы для экстренной эвакуации пациентов в областные клиники. Особенностью Убинского района является высокая доля населения старше трудоспособного возраста (34%), что требует развития гериатрической и паллиативной помощи, а также кардиологической и неврологической служб. В районе полностью отсутствуют врачи-

кардиологи и ревматологи. Убинский район выбран в качестве пилотного как район со сложной демографической структурой, требующий привлечения специалистов терапевтического профиля с опытом работы с пожилыми пациентами.

Чановский район занимает третье место в области по остроте кадрового дефицита. Обеспеченность врачами составляет 19,1 на 10 тыс. населения. Дефицит врачей — 19 человек. Укомплектованность ФАПов — 61%. Район расположен в 420 км от Новосибирска, при этом через район проходит Транссибирская железнодорожная магистраль, что создает дополнительные риски, связанные с травматизмом на железной дороге. В районе функционирует центральная районная больница на 185 коек, однако из 12 врачебных специальностей, предусмотренных штатным расписанием, фактически работают врачи только по 7 специальностям. Острый дефицит испытывают анестезиолог-реаниматолог, травматолог, невролог, инфекционист. Чановский район выбран в качестве пилотного как район, имеющий развитую инфраструктуру (ЦРБ, сеть ФАПов) и транспортную доступность, что создает благоприятные условия для апробации модели и оценки ее эффективности в сравнении с более отдаленными районами.

Сравнительный анализ пилотных районов:

Все три пилотных района характеризуются следующими общими чертами: расположение в северо-западной части области; удаленность от областного центра на расстояние более 300 км; обеспеченность врачами ниже 20 на 10 тыс. населения; укомплектованность ФАПов ниже 65%; доля врачей пенсионного возраста более 35%; отсутствие врачей по 4-6 критически важным специальностям. Вместе с тем районы различаются по ряду параметров, что обеспечивает репрезентативность пилотного проекта: Кыштовский район представляет наиболее сложный сценарий (максимальная удаленность, минимальная обеспеченность), Убинский район — сценарий со сложной демографической структурой, Чановский район — сценарий с развитой инфраструктурой при остром дефиците узких специалистов.

Заключение

Проведенное исследование, посвящено разработке модели управления кадровыми ресурсами здравоохранения Новосибирской области на основе интеграции военно-медицинского потенциала. По итогам работы сформулированы следующие основные выводы.

1. Кадровая ситуация в Новосибирской области характеризуется критической дифференциацией. Анализ 30 муниципальных районов области позволил выделить три группы территорий по остроте кадрового дефицита. В первую (благополучную) группу входят 10 районов Новосибирской агломерации с обеспеченностью врачами 27,6-32,4 на 10 тыс. населения. Вторую (средней остроты) группу составляют 11 районов с показателями 23,1-26,3. Наиболее проблемной является третья группа — 9 отдаленных районов северо-западной части области, где обеспеченность врачами не превышает 17,8-24,2 на 10 тыс. населения, что в 3-3,5 раза ниже, чем в областном центре (59,8). В этих районах укомплектованность ФАПов не превышает 65%, коэффициент совместительства врачей достигает 1,65-1,75, а доля врачей пенсионного возраста превышает 35%.

2. Для пилотного проекта обоснованно выбраны три наиболее проблемных района. Кыштовский, Убинский и Чановский районы являются лидерами антирейтинга по обеспеченности врачами (17,8; 18,2; 19,1 соответственно). Выбор обусловлен совокупностью критериев: наихудшие кадровые показатели в области, наличие центральных районных больниц с коечным фондом, удаленность от областного центра (от 320 до 680 км), требующая автономной работы медицинского персонала, а также согласие администраций на участие в проекте. Различия между районами (по степени удаленности, демографической структуре, инфраструктурной развитости) обеспечивают репрезентативность пилотного проекта.

3. Существующие кадровые программы не решают проблему системно. Программа «Земский доктор» и механизм целевого обучения позволяют лишь сдерживать падение кадровых показателей. Закрепляемость целевиков не превышает 65%, участников «Земского доктора» после отработки — 67%. При этом ежегодно из военных госпиталей увольняются 15-20 военных врачей, 73% из которых выражают готовность работать в сельской местности, однако отсутствует система их целенаправленного привлечения.

4. Разработанная модель интеграции военно-медицинского потенциала включает четыре ключевых элемента. Во-первых, систему «раннего оповещения» — механизм межведомственного взаимодействия с Минобороны РФ для заблаговременного выявления военных врачей, завершающих контрактную службу. Во-вторых, адаптационный контракт, предусматривающий подъемные выплаты (2,5 млн руб.), управленческую должность, жилищные субсидии, социальный пакет и программу менторства. В-третьих, образовательную интеграцию — два модуля: «Гражданское здравоохранение» для военных врачей и «Неотложная помощь в условиях ресурсных ограничений» для фельдшеров. В-четвертых, инфраструктурное обеспечение — телемедицину по военным стандартам связи для удаленных ФАПов.

5. Предложенный пилотный проект финансово реализуем. Общий объем финансирования на 2026-2028 годы составляет 50,85 млн рублей, из которых 38,3% приходится на федеральный бюджет и фонд «Защитники Отечества», что снижает нагрузку на региональный бюджет. Затраты на привлечение одного военного врача (5,5 млн руб. за 2 года) сопоставимы с затратами на подготовку специалиста с нуля, но обеспечивают получение готового специалиста экстра-класса с уникальным опытом работы в экстремальных условиях.

6. Ожидаемые результаты к 2028 году включают: привлечение не менее 5 военных врачей в три пилотных района; повышение обеспеченности врачами с 18,4 до 22,5 на 10 тыс. населения (рост на 20%); обучение 40 фельдшеров по военно-медицинским методикам; снижение летальности на догоспитальном этапе при травмах и ОКС на 10%; закрепляемость привлеченных врачей после 1 года работы — не менее 90%.

7. Практическая значимость исследования заключается в возможности масштабирования разработанной модели на все 30 муниципальных районов Новосибирской области, а также на другие субъекты Российской Федерации, сталкивающиеся с дефицитом медицинских кадров в сельской местности. Ежегодное высвобождение 15-20 военных врачей позволяет закрывать 15-25% потребности региона в медицинских кадрах для труднодоступных территорий.

Таким образом, разработанная модель управления кадровыми ресурсами на основе интеграции военно-медицинского потенциала является эффективным инструментом решения проблемы кадрового дефицита в сельском здравоохранении Новосибирской области, а также вносит вклад в решение общегосударственной задачи социальной и профессиональной адаптации участников специальной военной операции.

Ключевые слова: кадровый дефицит, здравоохранение, Новосибирская область, муниципальные районы, Кыштовский район, Убинский район, Чановский район, военные врачи, участники СВО, интеграция военно-медицинского потенциала, пилотный проект, телемедицина, адаптационный контракт.

Источники и литература

- 1) Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://www.pravo.gov.ru>

- 2) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 28.12.2025) // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724
- 3) Постановление Правительства РФ от 09.02.2023 № 187 «О государственном фонде поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества"» // Собрание законодательства РФ. – 2023. – № 7. – Ст. 1123.; Алексеев, В.Н. Интеграция военной и гражданской медицины: зарубежный опыт и российские перспективы / В.Н. Алексеев, Д.С. Петров // Военно-медицинский журнал. – 2025. – № 3. – С. 12-19.
- 4) Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах» (ред. от 28.12.2025) // Собрание законодательства РФ. – 1995. – № 3. – Ст. 168