



НОВАЯ ГАЗЕТА

СЮЖЕТЫ • ОБЩЕСТВО

Запах карболки

Справиться с кадровым дефицитом в медицине современными методами невозможно. На помощь призваны забытые старые. Обязательная отработка после обучения — один из них



Фото: ИТАР-ТАСС / Валерий Шарифулин

17:02, 23 января 2026,

Ольга Путилова

Полную версию материала со всеми мультимедиа-элементами вы можете прочитать [по этой ссылке](#) или отсканировав QR-код →



По данным Минздрава, в стране не хватает более 23 тыс. врачей и 63,6 тыс. медработников со средним образованием. Наиболее ощутим дефицит узких специалистов. На портале «Работа России» только за первые восемь месяцев 2025-го были опубликованы 18 тысяч врачебных вакансий. И даже в частных клиниках годом ранее случился отток — почти на 10% впервые за несколько лет. В конце прошлого года президент РФ подписал закон об обязательной отработке для студентов-медиков (в более благозвучной формулировке — о наставничестве). Он призван решить проблему с дефицитом кадров в государственном здравоохранении, которую в Госдуме называют остройшей, а начавшуюся реформу системы подготовки специалистов масштабной.

Стетоскоп и пряники

При обсуждении с разными людьми принятого закона вспомнился популярный некогда кинофильм «Большая афера». Что, впрочем, не удивительно. Ведь все разговоры об отработке неизбежно сводились к одному: чем привлечь выпускника, чтобы обязательное стало осознанным. Как ни странно, но сюжет фильма, развернувшийся в заграничном рыболовецком поселке, чем-то схож с ситуацией в нашей стране. Только масштабы иные.

В картине герои всем миром пытаются сделать буквально невозможное, чтобы удержать в своем забытом богом поселении заезжего доктора. В ход идут самые разные варианты «обольщения» — от организации крикетного поля на территориях, отродясь такой игры не видавших, до подбрасывания денежных купюр, которые доктор находит на дороге всякий раз, возвращаясь из бара. Приезжего эскулапа селят в симпатичном домике и обеспечивают ему сверх занятость, выстраиваясь в очередь на прием с мнимыми

болезнями. Все для того, чтобы показать, как доктор нужен.

Знакомый российский врач, выслушав эту историю, лишь снисходительно улыбнулся. Хотя признал, что организаторы заманивания доктора шли верным и вполне перспективным путем. А вот один из участников профильного форума по поводу уже реальных «пряников» высказался весьма категорично. Дескать, они уходят все больше в сторону молодых айтишников, это у них серьезные преференции в виде той же льготной ипотеки и серьезных зарплат. А в отношении медиков решено применить методы иного характера. И такая реакция вполне оправданна. Кадровым дефицитом вряд ли все объяснишь. Нехватка специалистов существует не только в медицине.

Врачей – не хватает, нагрузки – с избытком

Информация Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения говорит о снижении за последние 20 лет количества работников больниц и поликлиник, подведомственных Минздраву. Скажем, численность среднего медперсонала с 2000 года в его учреждениях упала на 16%. По данным Росстата, в 2024-м в стране насчитывалось 1,4 млн медиков среднего звена. То есть 96,3 человека на 10 тысяч населения. Это самый низкий показатель с 1960 года.

Весьма красноречивы и другие цифры: лечащими являются лишь 63% врачей государственных медучреждений. А это значит, что каждый третий из них не занимается диагностикой и назначениями. То есть не работает напрямую с пациентом. Просто в статистику попадают не только практикующие доктора, но и, к примеру, сотрудники санитарно-эпидемиологической службы или преподаватели вузовских клиник.



Фото: Данила Егоров / Коммерсантъ

Обеспеченность медиками упала — нагрузка на них возросла. Зависимость прямая. Сегодня один врач скорой помощи вынужден обслуживать 16 тысяч человек, а положено 9500. Четыре из пяти бригад скорой помощи в России — фельдшерские. Именно они зачастую выезжают на те вызовы, которые относятся к компетенции врача. А что делать, если последние в дефиците.

Как свидетельствует опрос «Медвестника», треть врачей хотят уйти из государственной медицины. Главные причины — низкая зарплата и высокая нагрузка. Плюс — конвейерный поток пациентов. Когда на одного больного отводится от 15 до 20 минут, несложно подсчитать, сколько их, пациентов, проходит за день, а потом умножить на рабочую неделю. Через пару лет в таком режиме жалобы на эмоциональное выгорание выглядят закономерно.

На участкового терапевта сегодня приходится пациентов на 65% больше, чем установлено нормативами

(информация платформы «Если быть точным»). Но надо пояснить: работа именно терапевта имеет свою специфику. В европейских странах такой врач берет на себя 80–90% обращений. Участковый терапевт в России по большей части координатор. Он редко занимается лечением сам, скорее направляет пациентов к узким специалистам и выполняет ряд бюрократических обязанностей (направления, выписки). Посетители районных поликлиник знают: дорога к большинству профильных врачей лежит через терапевта. Увы, но попытка ввести институт врачей общей практики, которые обладают **дополнительными компетенциями** в различных областях медицины, к ощутимым результатам не привела. Со специалистами, оказывающими первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, тоже как-то не сложилось.

Сколько надо и сколько есть

Сейчас средний возраст российского медработника — 44,5 года. Каждый второй врач и медсестра старше 50 лет. Такие цифры на коллегии Минздрава назвала вице-премьер Татьяна Голикова. Тенденция тревожная, а потребность в молодых силах очевидная. В Минтруде подсчитали, что нужно каким-то образом наладить приход в отрасль до 100 тысяч новых врачей ежегодно. Всего же российским медучреждениям до 2030-го требуется привлечь почти полмиллиона медработников со средним специальным и высшим образованием. Один из способов выйти на такой результат — повысить количество абитуриентов. Еще в прошлом году, по прогнозу Минздрава, число выпускников должно было вырасти до 78 тысяч человек. Цифра серьезная, но это меньше, чем здравоохранению

необходимо. Надо иметь в виду, что далеко не все имеющие медицинский диплом добираются до кабинета врача. Примерно каждый четвертый, сообщает «Медвестник», идет в смежные коммерческие отрасли. Рост числа выпускников-медиков обеспечивают в значительной степени те, кто приходит учиться платно. Возможна ли такая прибавка в свете нового закона, остается только гадать.

Закон об обязательной отработке для выпускников медвузов и колледжей, обучающихся на бюджетных местах, вступает в силу 1 марта 2026-го. Под него подпадают те, кто поступит в ординатуру после этой даты. Коротко напомним суть документа: студенты-бюджетники после выпуска должны отработать в медицинской организации, входящей в систему ОМС, под руководством наставника от одного до трех лет. Кроме того, обучение в ординатуре станет полностью целевым. Минздрав России установит конкретные сроки наставничества и перечень специальностей, по которым выпускникам предстоит работать. Минимум (1–1,5 года) — у медиков, которые отправятся в сельскую местность и малые города. Совсем избежать отработки не удастся. На этот счет предусмотрены определенные меры, в том числе и для медучреждений, отказавшихся трудоустроить своего целевика. Закон призван обеспечить государственное здравоохранение квалифицированными кадрами, повысить доступность медицинской помощи и улучшить ее качество — именно так оптимистично видят это парламентарии и чиновники от здравоохранения.

Москвичке Анне 24 года, она заканчивает стоматологический факультет одного из медвузов Москвы. Подрабатывать начала после второго года обучения, сначала — помощником. А нынешним летом два месяца уже самостоятельно выполняла базовый функционал. В клинику, где практиковалась, планирует вернуться после выпуска, а период наставничества уже прошла — в процессе подработки и в добровольном

режиме.

«Наставничество для нас, стоматологов, абсолютно бесполезная затея, так как 90% студентов стоматологического факультета уже ко 2–3-му курсу начинают работу ассистентами, а к концу 5-го курса находят себе наставников, — рассказывает Анна. — А более смелые ребята к началу ординатуры начинают принимать пациентов самостоятельно. За лечебников поголовно ответить не могу, но мне кажется, для них это намного логичнее, так как им после окончания университета, грубо говоря, некуда идти. Для нормальной работы нужна узкая специализация, поэтому все поступают в ординатуру. Но и после нее поиск рабочего места не становится проще».

Кто в наставники пойдет...

С одной стороны — дефицит кадров. С другой — трудности с устройством на работу у начинающих. Какие резоны у руководителя медучреждения при прочих равных выбрать не опытного врача, а вчерашнего выпускника? Много говорится про социальную ответственность последнего, но проявлять ее почему-то требуют исключительно там, куда пошлют. Сплошные противоречия.

«Все хотят работать в Москве, ну или хотя бы в больших городах, — продолжает Анна — А это самое наставничество распределяет студентов по каким-то не очень понятным пока критериям. Например, нужен врач в маленькую больницу далекого поселка. Но там может не оказаться наставника. И что? Молодого доктора туда не отправят, и место так и будет пустовать? Наставничество стоило организовать в рамках летней практики, а не «подписывать» людей сразу на несколько лет».



Фото: Елена Афонина / ТАСС

Оппонент Анны, уже выпустившийся и год отработавший Илья, напротив, считает, что в малокомплектной больнице где-нибудь в регионе опыта набраться проще, чем биться в закрытые для новичка столичные двери. Сам он по такому пути и пошел.

Как бы то ни было, «несколько лет» студента-медика действительно жестко расписаны. В ТГ-канале профсоюза работников здравоохранения «Действие» опубликована общая схема: специалитет — ординатура — первичная аккредитация — отработка/наставничество — периодическая аккредитация.

Дефицит кадров в медицине, согласно принятому закону, будут закрывать с помощью рекрутированных выпускников. На начальном

этапе им предстоит трудиться там, куда направят, и под началом того, к кому прикрепят.

При таком раскладе неизбежен вопрос, к которому уже подвела наша собеседница: откуда у идеологов процесса уверенность, что они привлекут необходимое количество наставников, да еще и на добровольной основе?

«А это вопрос как раз из системы планирования: сколько наставников потребуется, каких, где их взять, — объясняет Александр Саверский, президент «Лиги защитников пациентов», член Этического совета Минздрава России. — Я вообще сомневаюсь, что Минздрав хотя бы близко прикасался к проблеме. Если уж Москве не хватает врачей, пока до села дело дойдет... Все должно быть спланировано и скоординировано. Для начала — базы данных по регионам и условиям. А государство весь этот процесс перекладывает на плечи самих студентов и органов, которые должны заниматься им на местах, но которые тоже не умеют этого. Распределение, которое мы возобновляем, фактически — часть плановой экономики. В свое время целый Госплан со структурными подразделениями занимался им. Здесь фактически нужно восстанавливать работу по планированию распределения кадров».

Из всего происходящего следует: долгосрочной программы планирования в стране нет. Но очевидно, что регулировать процесс нужно, исходя не только из текущего дефицита.

На дальней станции сойду....

Председатель Госдумы Володин доходчиво объяснил, что документ, разработанный по инициативе министра здравоохранения Мурашко, нужен, чтобы не закрывались

больницы и фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы): «Страна у нас большая. Во многих центральных районных больницах, особенно сельских, не хватает врачей и среднего медицинского персонала». На этой ноте все становится как-то определенней. И понятней, где именно требуются рабочие руки. Пока борьба за кадры велась в столичных кабинетах законодателей, на местах ликвидировались медицинские учреждения.

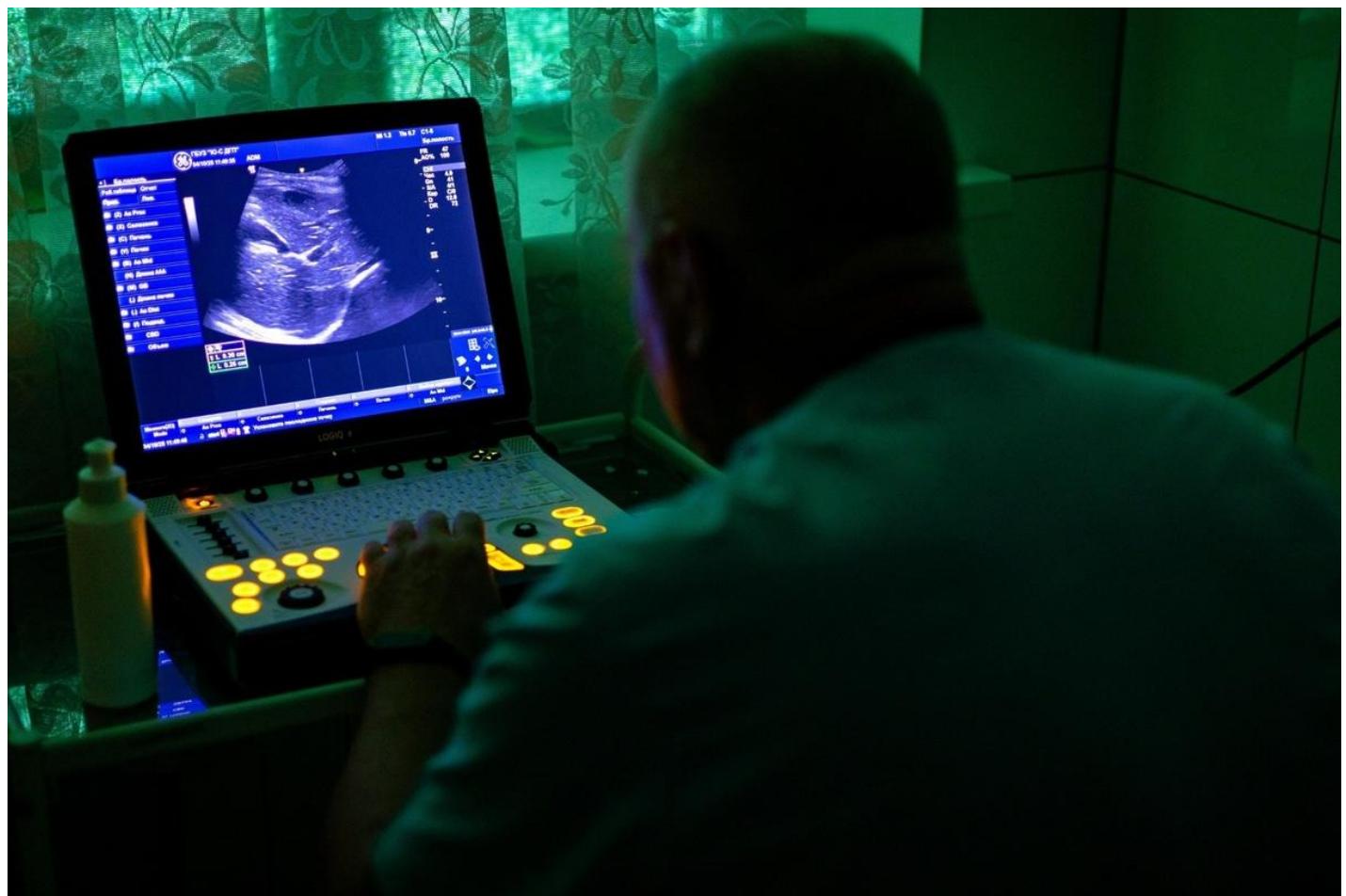


Фото: Юрий Смитюк / ТАСС

Еще весной прошлого года Минздрав Алтайского края сообщил о планах ведомства закрыть 32 ФАПа в 10 районах. На смену им должны прийти передвижные медицинские комплексы. Летом прошлого года Омский региональный Минздрав говорил о нехватке медработников в 43 ФАПах. Годом ранее в области уже закрыли 18 таких пунктов. Тогда же громкий скандал, вызванный закрытием единственной на 30 тысяч жителей больницы, случился в подмосковном Электрогорске. Пациентам предложили лечиться в соседнем городе, до которого 25 км.

Некоторое время назад по распоряжению губернатора Кемеровской области были ликвидированы все поликлиники, расположенные на первых этажах жилых домов. Он пообещал, что пациентов будут обслуживать новые медучреждения, построенные к 2030 году, и ушел в Москву на повышение. Кстати, сами чиновники подобные закрытия называют, как правило, реорганизацией.

— **Кому-то, наверное, придется ехать в те же ФАПы, там дефицит кадров очевидный,** — продолжаем разговор с Анной.

— Да. Как будто логично, но очень жалко таких ребят. Какую-то стопроцентную пользу от этого никто не видит.

— **Но с принятием закона выпускнику гарантированно рабочее место. В этом смысле он имеет свою пользу.**

— В итоге все это опять вызовет безумную коррупцию. И все, кто «может», останутся в Москве — будут откупаться от распределения. Всё как обычно.

— **А если к распределению за пределы столицы добавят жилье или солидные подъемные?**

— Так жилье, наверное, будет предоставляться только на время работы. А если по ипотеке, то совсем не интересно. И какой смысл уезжать тем, кто имеет квартиру в своем городе?

— **Хорошая зарплата могла бы стать стимулом?**

— Да, в этом случае можно было бы подумать. Я сама как-то хотела поработать в одном северном регионе за солидную зарплату. Но изменились семейные обстоятельства, и не долетела.

Больная тема

«Новая газета» на условиях анонимности поинтересовалась мнением о нововведении остальных студентов различных столичных профильных вузов. Как ожидалось, почти все они встретили инициативу правительства без восторга.

- **Анна, 3-й курс:** «Я узнала об этом законопроекте из рилсов в соцсетях — там было очень много мемов. Изначально вообще обсуждали отработку на неограниченный срок, что сама организация решает, сколько ты должен отработать, потом хоть ограничили до трех лет, но легче от этого не стало. Потом еще хотели сделать 100% мест ординатуры целевыми, и вот это уже звучит как тотальная несвобода выбора. В вузе особой паники не было, были какие-то ташутки от преподавателей, но это все разовые комментарии. А внутри ощущение, что тебя как будто тихо поставили перед фактом, без права голоса».
- **Ксения, 4-й курс:** «Мне 21 год, и я всегда представляла, что рожу ребенка до 25. А теперь просто считаем: в 18 поступили, шесть лет учимся — нам уже 24, потом ординатура, в среднем еще три года, и вот нам 27. После ординатуры еще три года обязательной отработки — и уже 30. В итоге ты становишься полноценным специалистом к 30+ годам, когда гинекологи уже называют это «старородящей». И где здесь пресловутая демографическая политика, о которой так любят говорить депутаты? Мы с подругами всерьез думали: а можно ли в этот период отработки уйти в декрет, чтобы хоть как-то совместить карьеру и семью? Но выяснилось, что годы декрета не будут засчитываться в отработку. То есть ты три года сидишь с ребенком, а потом еще три года отдельно должна дорабатывать. Получается, что закон вообще не учитывает женщин-врачей как людей, которые тоже хотят иметь детей».
- **Илья, 5-й курс:** «Больше всего раздражает, что обязательная отработка распространяется и на платников. Я уже сейчас плачу огромные деньги за обучение, суммарно около трех миллионов за шесть лет, и все равно обязан буду три года

отрабатывать там, куда распределят. Если я не хочу — мне грозят штрафами. При этом никто не думает о тех, кто учился ради корочки, а потом понял, что в медицине не сможет работать: кого[□] т[□]ломали унижения на кафедрах, кого[□] то— тяжелые случаи в стационарах. Параллельно есть еще вопрос, который все стесняются проговаривать: жилье. Если меня отправят работать в другой город, кто мне оплатит квартиру? Или я должен сам искать, как выжить на небольшую зарплату, еще и часть которой будут удерживать? Отработка ведь «привязывает» к одному месту на три года — и не факт, что это будет город, в котором ты вообще хочешь жить».

Впрочем, некоторые студенты пытаются найти в обязательной отработке и положительные моменты.

- **Дмитрий, 4-й курс:** «Это почти гарантированное рабочее место по узкой специальности. Сейчас многие после ординатуры по нейрохирургии или онкологии не могут устроиться: их никуда не берут без опыта, и в итоге люди идут обычными терапевтами, хотя учились на сложные специальности. Новый закон дает понятный маршрут: если не поступаешь в ординатуру — три года работаешь терапевтом по программе наставничества, иначе тебе вообще не дадут вести врачебную деятельность. Если поступаешь — ординатура целевая, заключаешь контракт с организацией и потом отрабатываешь там. Для онкологов и хирургов это, как ни странно, может стать хорошим подспорьем. Если ты работаешь в поликлинике по целевому направлению, ведешь прием, то можешь набирать своих пациентов и оперировать их в клинике, где учишься в аспирантуре. У меня есть знакомый хирург[□] онколоиз Владимира, который так и делает: ведет прием в родном городе, а оперирует пациентов в Москве в рамках аспирантуры. Для молодого врача это реальный шанс «набить руку» и сформировать свою пациентскую базу».
- **Софья, 5-й курс:** «Интересный момент — этот законопроект

касается и иностранных студентов, которые учатся в российских медвузах. Среди моих одногруппников из Узбекистана, Казахстана, Таджикистана многие сказали: «Так это же прекрасно, если отработка даст шанс получить ВНЖ или гражданство». Для них это не только рабочее место, но и возможность закрепиться в стране, где они хотят жить и развиваться. С точки зрения государства тоже есть логика: у нас действительно дефицит врачей, особенно за пределами крупных городов, и выпускники оседают в Москве и Петербурге, потому что там выше зарплаты. Если целевая отработка даст регионам новых специалистов, люди в этих городах хотя бы начнут видеть у себя врачей узких направлений. Идея не выглядит совсем тупой — но ее нужно «докрутить»: поднять зарплаты, улучшить условия труда, вложиться в больницы за МКАД, где до сих пор стоят советские корпуса без ремонта и нормального оборудования».

- **Артем, 4-й курс:** «По ощущениям, среди одногруппников реакция все равно ближе к негативной. Россия — огромная страна, и медицина в регионах сильно слабее столичной. Да, таким образом можно частично закрыть кадровый дефицит, но возникает вопрос справедливости: почему у врачей обязательная отработка, а у других профессий похожего ничего нет

Отдельная боль — чувство несвободы. Ты учишься, не спишь, подрабатываешь в больнице, стоишь на операциях, чтобы хоть какой-то получить, а на выходе тебе говорят: вот тебе три года жизни, которые ты обязан отдать, иначе штрафы и запрет на профессию. Многие и так выгорают еще до диплома, потому что нагрузки запредельные, а благодарности — минимум. Для кого-то этот закон станет последней каплей, чтобы вообще уйти из медицины».

Как за каменной стеной?

Чтобы работать наставником, необходим стаж по специальности не менее пяти лет. И добровольное согласие. В идеале — это должен быть высококвалифицированный специалист. В свое время необходимые навыки мог дать, например, институт повышения квалификации или клиническая база соответствующей кафедры. Но сегодня кадровый дефицит настолько серьезен, что заставляет форсировать события. Поэтому детали оставлены за кадром. Но обозначены два главных параметра: наставлять будут в рамках отдельного трудового договора и за отдельную плату. Нет сомнений, что начинать профессиональную деятельность под патронатом опытного коллеги — серьезное подспорье для новичка в профессии.

Комментируя нововведения, спикер Володин, уверяет, что «выпускники медвузов получат компетенцию, бесценный опыт, именно работая в тех больницах, где сегодня не хватает врачей». И это утверждение опять возвращает нас к кадровому вопросу, только в ином контексте: где медучреждение, которому не хватает специалистов, будет брать наставников — способных, а главное, готовых заниматься патронированием? Несложно предположить, что в недоукомплектованной больнице врач и без того работает не на одной ставке. Готовы ли медработники к дополнительной нагрузке, пусть и за доплату? Или добровольное в определенных условиях легко может стать принудительным? Кто, в свою очередь, станет контролировать работу наставника? И кто даст гарантии, что она не превратится в формальность?



Фото: Виталий Невар / ТАСС

Слишком много неясного, чтобы принять идею как данность. Наконец, нельзя не заметить странный дисбаланс: еще в 2024 году серьезно были сокращены расходы по нацпроекту «Здравоохранение» и на модернизацию его первичного звена. А сегодня уже найдены средства на создание института наставничества. И Роструд дал на этот счет четкие разъяснения: размеры и условия выплат наставникам должны быть не хуже, чем те, которые установлены нормативными актами в соответствующей сфере.

Гарантированное трудоустройство, которое обеспечивает принятый закон, это его весомый плюс. А как быть с обязаловкой?

— Ваши коллеги часто говорят, что гайки закручивают почему-то в отношении именно медиков. Вы действительно ощущаете этот несправедливый подход? — спрашиваю Анну.

— Стоматологам грех жаловаться. Нам, конечно, трудно, но не так, как лечебникам. От них — да, были слышны такие высказывания. Но не то чтобы часто. А обесценивание медиков — оно, конечно, «на ладошке». Обвиняют в инфантилизме, но при этом решают всё за нас.

Мы просчитались, вам — прикрывать

«Однажды Зурабова, когда он еще был министром здравоохранения, я спросил, нельзя ли вводить какие-то нормативно-правовые акты последовательно, — продолжает Саверский. — Зачем так сразу — взять и поменять жизнь людей. На что он ответил: а по-другому в России ничего не работает. Я тогда спорить не стал, хотя подумал, что с людьми надо все-таки по-человечески обращаться. В данной ситуации студенты поступали в свое время на определенных условиях. У них были свои планы. А сейчас взять и на 180 градусов развернуть жизнь людей — это не очень правильно. А те, кто родил детей, у кого квартира в ипотеке — с ними как? Понятно, что они будут искать другие решения или уйдут из профессии. С отработкой в целом я не спорю. Но из-за того, что все это неожиданно и не подготовлено, часть студентов начнет переводиться в другие вузы. Хотя бы потому, что не захотят менять город на село, например. Решит ли закон кадровую проблему — вопрос вообще спорный».

Попробуем рассуждать практически: выпускник отработал положенное, приобрел тот самый «бесценный опыт», и что может заставить его остаться там, куда в свое время направили? А значит, никогда занятое им место снова станет вакантным? Или же на него придет следующий выпускник, и система будет работать как конвейер?

Большинство опрошенных на платформе приложения «Справочник врача» позитивных перспектив не видит. 63% респондентов считают, что отработка не сможет восполнить

дефицит кадров в здравоохранении. А 42,6% студентов сказали, что, существуй в период их поступления обязательная отработка, просто отказались бы поступать.

И снова вопросы: институт наставничества — это именно то, что способно удержать молодого специалиста в профессии и на отведенном ему месте? Не зарплата, не перспективы карьерного роста, а именно такая форма адаптации? Обязательства закреплены законодательно, а что с соцгарантиями и перспективами? Как сказал один из экспертов, всё это пока похоже не на системный подход, а на затыкание дыр.

Противники закона считают, что

отсутствие свободы выбора при трудоустройстве может сыграть злую шутку с поборниками социальной ответственности — привести к снижению конкурса в медицинские вузы, а затем и кадровому провалу.

Основной курс, ординатура плюс два-три года наставничества — не каждый доберется до самостоятельной работы спустя десятилетие после старта.

Один из собеседников резонно спрашивает, почему решение принималось сразу на законодательном уровне, а не в порядке, скажем, эксперимента, позволяющего понять, оправдывает ли себя подобная практика настолько, чтобы закрепить ее и распространить на всю страну? В подобных случаях чиновники обычно говорят, что в процессе реализации поправки и доработки неизбежны. А сырой, возможно, документ укрепят подзаконными актами и распоряжениями. Но ощущение, что

готовился он экстренно, не покидает.

«Очень много нерешенных важных моментов, — считает Александр Саверский. — Например, кто будет нести ответственность за какие-то негативные последствия — бывший студент или его наставник? Это важный юридический вопрос на самом деле. И он не решен. Любая создаваемая (или восстанавливаемая) система требует серьезной проработки нормативно-правовых актов. Из того, что я понимаю, — система нацелена на заключение договоров чуть ли не на первом курсе. Но в таком случае они должны быть детально подготовлены и кем-то курироваться в течение всего срока обучения. А пока не предложено даже типовой формы. Должна быть единая система управления всеми этими процессами, иначе неизбежны накладки: по несколько студентов на одно место или, наоборот, — где-то их не будет хватать. Нужна большая подготовительная работа. А ее не было. Мы ничего не сделали, но мы так решили».

Гарантий нет, но вы держитесь

Ежегодно 35% выпускников медвузов и без нововведений отказываются от работы в государственных клиниках. Об этом недавно в Госдуме говорила замминистра здравоохранения Семенова. Лишь один пример: бесплатной медицине серьезно не хватает стоматологов. А они практически массово стремятся попасть в частные медучреждения, которые покрывают уже до 80% рынка стоматологических услуг.

И последнее: в законе говорится, что выпускникам должны быть созданы условия для трудоустройства, в том числе, оказаны дополнительные меры социальной поддержки. Какие именно и в каком объеме — не уточняется. В регионах существуют социальные гарантии для молодых специалистов: единовременные выплаты, компенсации на улучшение жилищных условий или оплату ЖКУ, подъемные при переезде и т.п. И формы преференций, и размеры серьезно разнятся. По

большому счету, и в масштабах страны эти меры только предстоит разработать. И как раз отсутствием в законе четко прописанных социальных гарантий для выпускников объясняют свою позицию депутаты, не поддержавшие его. Если проще, противники нововведения считают, что отработка появилась в качестве способа закрыть кадровый дефицит, потому что денег на другие меры просто нет.

К слову, в профессиональном сообществе в ходу еще одно определение принятого закона — «о закреплении медиков».

Ольга Путилова, Ерофей Коротков — для «Новой»

ЧИТАЙТЕ ТАКЖЕ:



[Кого вы лечите?](#)

Чем глубже цифровизация здравоохранения, тем сильнее хочется спросить: а можно просто лечиться?

15:20, 30 октября 2025, Ольга Путилова



[Почему в России не хватает врачей, как с этим живут пациенты?](#)

Смотрите разговор с автором статьи Ириной Тумаковой*

16:24, 14 августа 2025, Антон Орехъ, Ирина Тумакова*, Сергей Соколов