

Певцова Е. А.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ФГБОУ ВО «Российский государственный университет народного хозяйства имени В. И. Вернадского», 143900, г. Балашиха, Московская область

Рассмотрены организационно-педагогические и содержательные особенности подготовки медицинских кадров для сельской системы здравоохранения с учетом демографических, инфраструктурных и кадровых диспропорций. На основе международной и российской статистики показано, что дефицит кадров в сельской местности определяется не только общим уровнем обеспеченности врачами и средним медперсоналом, но и пространственным неравенством, условиями труда и ограниченной доступностью образовательных и профессиональных траекторий. Обобщены доказательные подходы подготовки к сельской практике: целевой набор и распределенная клиническая подготовка, симуляционное обучение, телементоринг, межпрофессиональные модели и практики удержания. Обоснована необходимость комплексной экосистемы «образование — клиника — сообщество», опирающейся на региональные запросы и телемедицинскую инфраструктуру.

Ключевые слова: сельское здравоохранение; кадровый дефицит; медицинское образование; распределенная клиническая подготовка; телемедицина; Project ECHO; удержание кадров; межпрофессиональные команды.

Для цитирования: Певцова Е. А. Особенности подготовки медицинских кадров для работы в системе сельского здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(6):1455—1459. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-6-1455-1459>

Для корреспонденции: Певцова Елена Александровна, д-р пед. наук, д-р юр. наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО «Российский государственный университет народного хозяйства имени В. И. Вернадского», e-mail: pevtsova@bk.ru

Pevtsova E. A.

THE CHARACTERISTICS OF MEDICAL PERSONNEL TRAINING FOR WORKING IN RURAL HEALTH CARE SYSTEM

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. I. Vernadsky Russian State University of National Economy” of the Ministry of Agriculture of Russia, 143900, Balashikha, Russia

The article considers organizational, pedagogical and substantive characteristics of training of medical personnel for rural health care system considering demographic, infrastructural and personnel imbalances. It is demonstrated, on the basis of international and Russian statistics, that shortage of medical personnel in rural areas is determined not only by general level of provision of physicians and paramedical personnel, but also by spatial inequality, labor conditions and limited accessibility of educational and professional trajectories. The evidence-based approaches to rural health care practice are summarized: targeted recruitment and distributed clinical training, simulation training, telementoring, inter-professional models and retention practices. The necessity of integrated ecosystem “education–clinic–community” based on regional requests and telemedicine infrastructure is grounded.

Key words: rural health care; personnel shortage; medical education; distributed clinical training; telemedicine; Project ECHO; staff retention; inter-professional teams.

For citation: Pevtsova E. A. The characteristics of medical personnel training for working in rural health care system. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(6):1455–1459 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-6-1455-1459>

For correspondence: Pevtsova E. A., doctor of pedagogical sciences, doctor of juridical sciences, professor, the Chancellor of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The V. I. Vernadsky Russian State University of National Economy” of the Ministry of Agriculture of Russia. e-mail: pevtsova@bk.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 06.06.2025

Accepted 01.09.2025

Введение

Мировой опыт свидетельствует: географическое распределение медицинских работников остается устойчиво неравномерным. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), при том что около половины населения мира проживает в сельской местности, лишь порядка 36% сестринского персонала работает в сельских районах; сходные диспропорции наблюдаются и по врачам. Дисбаланс усугубляют различия в оплате труда, условиях жизни и профессиональных траекториях, а также миграция кадров из периферии в крупные города и за рубеж. Это требует переосмысления подготовки кадров как цепочки «отбор — обучение — первичная

практика — наставничество — удержание» с явным сельским компонентом, а не точечных стимулирующих выплат [1].

Даже страны с высоким обеспечением врачами демонстрируют выраженную внутристрановую вариативность. По данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), количество врачей на 1 тыс. населения существенно различается по регионам внутри стран, пространственная концентрация специалистов в столичных агломерациях — общая проблема для большинства экономик ОЭСР [2].

В России проблема сельского кадрового дефицита носит системный характер. По данным офици-

альных выступлений (июль 2025 г.), в сельской местности занято около 9% от общей численности врачей страны (при ~558 тыс. врачей в целом), что диспропорционально численности сельского населения и потребности в первичном звене. Ранее исследования указывали на обеспеченность сельского населения врачами порядка 13—16 на 10 тыс. сельского населения (с заметной региональной вариацией) при тренде к снижению обеспеченности с 2016 г. для части категорий персонала [3].

Сопоставимые диспропорции фиксируются и в других странах. Так, в Соединенных Штатах Америки в 2020 г. в сельских округах насчитывалось 5,1 врача первичной медико-санитарной помощи на 10 тыс. населения против 8,0 в городских; разрыв устойчив к корректировкам на возраст и потребность [4]. Эти данные подтверждают универсальность вызова и релевантность зарубежных практик для российской повестки.

Цель статьи — выявить специфику подготовки медицинских кадров для сельской практики, суммировать доказательные образовательные и кадровые интервенции и предложить проектно-политические ориентиры для российских программ.

Материалы и методы

В основе исследования лежит сочетание статистического, сравнительно-аналитического и историко-научного подходов. Используются официальные статистические данные ВОЗ, аналитические обзоры и статистические отчеты ОЭСР, российские статистические материалы, публичные выступления и материалы заседаний Правительства РФ, содержащие актуальные сведения о доле врачей, работающих в сельской местности, труды отечественных и зарубежных исследователей, посвященные кадровой политике в здравоохранении, эффективности программ «Земский доктор/фельдшер» и результативности образовательных интервенций для подготовки к сельской практике.

При работе над темой применены методы исследования: историко-статистический, сравнительно-аналитический, контент-анализ, метод кейс-стади, систематизация и обобщение научной литературы.

Методология исследования базируется на концепции «трехмерного дефицита» кадров (численность — структура — география), предложенной в аналитических документах ВОЗ, и опирается на междисциплинарный синтез педагогики, медицины и социальной политики. Особое внимание уделено выявлению факторов, обеспечивающих долгосрочное закрепление специалистов в сельской местности, а также анализу образовательных стратегий, сочетающих формальное обучение и механизмы постдипломного наставничества.

Результаты исследования

Масштаб и структура кадрового вызова

Проблема кадрового обеспечения здравоохранения в сельской местности носит системный и мно-

гоуровневый характер, что в современной научной литературе и аналитических докладах определяется как «трехмерный дефицит». Он включает в себя, во-первых, численность, т. е. общее недостаточное предложение медицинских работников относительно спроса на услуги; во-вторых, структуру, связанную с дисбалансом между уровнями подготовки и востребованностью специалистов (особенно дефицитом кадров первичной медико-санитарной помощи по сравнению с узкими специалистами); в-третьих, географию, проявляющуюся в неравномерности распределения кадров между городом и селом.

Глобальные данные ВОЗ показывают: при том что примерно 50% населения мира проживает в сельской местности, лишь около 36% сестринского персонала работают в этих районах [5]. Такая диспропорция приводит к хроническому дефициту кадров первичного звена, что отражается на доступности медицинской помощи, профилактических мероприятиях и лечении хронических заболеваний в сельских сообществах.

Аналитические обзоры ОЭСР фиксируют аналогичную проблему внутри стран. Согласно докладу *Health at a Glance 2023*, распределение врачей по территории демонстрирует выраженные региональные разрывы: в крупных городах и столичных агломерациях концентрация специалистов существенно выше, чем в сельских и удаленных районах. При этом именно сельская территория несет на себе нагрузку по обслуживанию социально уязвимых групп (пожилого населения, жителей с низкими доходами и хроническими заболеваниями), что усиливает социальные последствия кадрового дисбаланса [2].

Российская статистика подтверждает универсальность этих тенденций и дополняет их собственными особенностями. По официальным данным, в настоящее время в сельской местности занято лишь около 9% общей численности врачей в стране, тогда как численность сельского населения значительно выше. Средние показатели обеспеченности составляют 13—16 врачей на 10 тыс. сельских жителей, однако эта величина существенно варьирует в зависимости от региона. Так, в отдельных субъектах федерации фиксируется обеспеченность ниже минимальных нормативов, что напрямую влияет на доступность первичной помощи [6].

Исследования, обобщенные в систематических обзорах Национального центра биотехнологической информации (National Center for Biotechnology Information, NCBI) подтверждают, что кадровый дефицит в сельской местности имеет комплексный характер: низкий уровень обеспеченности специалистами сочетается с ограниченными возможностями профессионального роста, дефицитом наставничества и инфраструктурными трудностями (жилье, дороги, транспорт). Именно поэтому простое повышение заработной платы или разовые выплаты, такие как программа «Земский доктор», при их позитивном эффекте не решают проблему стратегически. Необходима долгосрочная подготовка кадров,

Образование и кадры

ориентированная на сельскую практику, включая образовательные треки, клинические ротации и телемедицинскую поддержку [1].

Таким образом, кадровый вызов в системе сельского здравоохранения должен рассматриваться не как частная проблема регионов, а как часть глобальной тенденции, требующей целостного подхода. Для России это означает, что наряду с финансовыми стимулами необходимо уделять внимание системной подготовке медицинских специалистов к работе в сельских условиях, развитию образовательных экосистем и интеграции технологий дистанционной поддержки. Международные данные ВОЗ и ОЭСР, а также российская статистика указывают, что именно сочетание количественных, структурных и географических факторов формирует устойчивый кадровый дефицит, который невозможно преодолеть мерами краткосрочного характера.

Что работает в подготовке медицинских работников к сельской практике:

- *Целевой набор и так называемый сельский путь (rural track)*. Систематические обзоры показывают, что включение сельских модулей и треков в ординатуру/резидентуру, а также клинические ротации в сельских медицинских организациях кратно повышают вероятность последующей работы в сельской местности — в исследованиях по семейной медицине эффект достигает 5–6-кратного увеличения шансов на выбор сельской практики; метаоценки демонстрируют долю закрепления выпускников в сельских районах в диапазоне ≈ 37 –82% в зависимости от программы и контекста [7].
- *Распределенная клиническая подготовка*. Обучение «в и для» сельской местности — длительные клинические ротации на базе районных больниц, фельдшерско-акушерских пунктов и межрайонных центров — повышает готовность к широкому профилю практики, самостоятельности и межпрофессиональному взаимодействию; по данным обзоров, такие модели связаны с более высокой вероятностью последующей сельской занятости.
- *Телементоринг и непрерывная поддержка*. Модель, основанная на регулярных телеконсультациях «эксперты — периферия», достоверно повышает знания и уверенность провайдеров, сокращает ожидание приема у узких специалистов (в кейсах гепатологии — с месяцев до недель) и поддерживает ведение хронических и сложных случаев на уровне первичной медико-санитарной помощи. В условиях кадрового дефицита и сложной географии эта модель критична для поддержания компетентности сельских кадров после выпуска.
- *Межпрофессиональные команды и расширенные роли*. Эффективность сельских служб опирается на рациональные смешанные компетенции: врачи общей практики/семейные врачи, фельдшеры, медсестры с расширенными полномочиями, фокус на профилактике. Россий-

ский контекст характеризуется относительно низким соотношением «врач : медсестра» по сравнению с ОЭСР (около 2,3:1), что ограничивает перераспределение задач и требует целевой подготовки среднего звена для работы «на расстоянии» под теленаставничеством [8].

Российская практика привлечения и удержания медицинских кадров на селе

Федеральные программы («Земский доктор/фельдшер») за рассматриваемый период привлекли в сельскую местность более 33 тыс. врачей, а в 2019–2024 гг. участниками стали около 37,5 тыс. медработников в целом; при этом 82,2% продолжили работу свыше обязательных 5 лет — сильный сигнал в пользу сочетания финансового стимула и долговременного закрепления. Вместе с тем региональные различия остаются высокими, что указывает на ключевую роль образовательной и организационной составляющих (треков, наставничества, жилья, школ для детей, карьеры супругов) [9].

Одновременно статистика ряда регионов демонстрирует локальные улучшения обеспеченности сельского населения врачами, однако федеральная картина остается неоднородной. Ведомственные и журналистские обзоры фиксируют снижение обеспеченности на 10 тыс. населения по ряду категорий с 2016 г. и перегрузку первичного звена. Это требует системного, а не только «точечного» решения.

Сельская практика предъявляет специфические требования к выпускнику: широкопрофильная диагностика и ведение мультипатологии, неотложная помощь «первого часа», умение работать с ограниченными ресурсами и в условиях транспортной удаленности, владение телемедицинскими протоколами и «трежем на расстоянии», межпрофессиональная координация с фельдшерами и медсестрами, коммуникация с пожилыми и социально уязвимыми группами, навыки общественного здоровья и работы с сообществом (скрининг, профилактические программы). Такие требования диктуют адаптацию образовательных стандартов: выделение сельских треков в ординатуре (семейная медицина, общая врачебная практика, педиатрия, акушерство и гинекология, анестезиология-реаниматология), обязательные длительные ротации в сельских лечебно-профилактических учреждениях, симуляционные сценарии для низкочастотных, но критичных случаев, а также «вшитые» модули по телемедицине, логистике и управлению ресурсами [10–12]. Доказательная база международных обзоров подтверждает, что именно длительная экспозиция в сельской среде и постдипломное наставничество определяют решение остаться в сельской практике.

Международный опыт показывает: образовательные меры эффективны при наличии согласованной среды — от целевой подготовки / распределения мест в медицинских вузах до телемедицинской инфраструктуры, жилья и социальных благ. Ставка только на миграцию кадров (в том числе международную) чревата нестабильностью и этиче-

скими рисками, при этом зависимость от миграции не должна подменять развитие собственных кадровых мощностей. Для России это означает усиление региональных заказов на подготовку, совместные клинические базы «вуз — районная больница», а также масштабирование телементоринга и межрегиональных сетей экспертизы.

Заключение

Подготовка медицинских кадров для сельского здравоохранения в современных условиях должна рассматриваться как самостоятельная образовательная и кадровая стратегия, а не как побочный элемент общенациональных программ. Исследования ВОЗ, зарубежных и отечественных экспертов убедительно демонстрируют, что кадровый дефицит в сельской медицине имеет комплексный характер: он связан не только с численным недостатком специалистов, но и со структурными диспропорциями (превалирование узких специалистов при нехватке врачей общей практики), а также с географическим неравенством, выражающимся в низкой доле врачей, реально работающих на селе.

Международный опыт и российская практика указывают, что наибольшую эффективность обеспечивают комплексные меры подготовки и удержания, а именно:

- целевой набор абитуриентов из сельской местности и создание «сельских треков» в программах до- и последипломного медицинского образования;
- организация распределенной клинической подготовки в сельских лечебных учреждениях, позволяющей студентам и ординаторам на практике адаптироваться к условиям дефицита ресурсов и широкого спектра обязанностей;
- использование телементоринга и цифровых образовательных моделей, позволяющих компенсировать ограниченность наставничества в периферийных районах и поддерживать профессиональное развитие медицинских работников после завершения формального обучения;
- внедрение межпрофессиональных моделей оказания помощи, в которых ключевую роль играют врачи общей практики, фельдшеры и медицинские сестры с расширенными полномочиями;
- реализация адресных мер удержания — предоставление жилья, социальных пакетов, карьерных траекторий для специалистов и членов их семей.

Финансовые стимулы, такие как программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер», доказали свою эффективность: по данным Минздрава РФ, более 80% участников продолжают работать в сельских районах и после завершения обязательного срока. Однако устойчивость и масштабируемость этих программ значительно возрастают, если они встроены в образовательную экосистему, региональные клинические базы и телемедицинскую ин-

фраструктуру. Без сочетания финансовых и образовательных механизмов добиться долговременного эффекта невозможно.

В условиях демографического старения населения и роста хронических заболеваний именно сильное первичное звено, укомплектованное кадрами, подготовленными к сельской практике, становится определяющим фактором доступности медицинской помощи. Сельский врач или фельдшер должен обладать не только клиническими компетенциями широкого профиля, но и навыками работы с сообществом, профилактики, использования телемедицинских технологий. В этом смысле сельская медицина требует специалистов с уникальной интеграцией профессиональных, коммуникативных и организационных умений, что может быть обеспечено только через специально ориентированную образовательную стратегию.

Решение кадровой проблемы в сельском здравоохранении требует перехода от «точечных» мер стимулирования к созданию комплексной модели, включающей подготовку, поддержку и удержание специалистов в сельских районах. Это позволит не только повысить доступность медицинской помощи, но и укрепить социальную стабильность, снизить межрегиональные различия и повысить качество жизни населения в условиях углубляющегося демографического кризиса.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570769/> (дата обращения 03.07.2025).
2. Health at a Glance 2023. OECD Indicators. Режим доступа: https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/geographic-distribution-of-doctors_5b1219d2.html (дата обращения 03.07.2025).
3. Заседание с членами Правительства РФ. Выступление (о численности врачей и доле занятых на селе). 23.07.2025. Режим доступа: <https://kremlin.ru/events/president/news/77514> (дата обращения 03.10.2025).
4. Pender J. Availability of healthcare providers in rural areas lags that of urban areas. Режим доступа: <https://www.ers.usda.gov/data-products/charts-of-note/chart-detail?chartId=106208&> (дата обращения 03.10.2025).
5. State of the world's nursing report 2025. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 2025.
6. Департамент здравоохранения ХМАО–Югры. Доклад о состоянии здоровья (2023): обеспеченность врачами сельского населения. Режим доступа: <https://dzhmao.admhmao.ru/deyatelnost/doklad-o-sostoyanii-zdorovya/10256520/-doklad-za-2023-god/> (дата обращения 03.10.2025).
7. Russell D. J., Wilkinson E., Petterson S., Bazemore A. Family Medicine Residencies: How Rural Training Exposure in GME Is Associated With Subsequent Rural Practice. *J. Grad. Med. Educat.* 2022;14(4):441—50.
8. Sheiman I. Health workforce policy in the Russian Federation: How to overcome a shortage of physicians? *Front. Public Health.* 2022;10:1023845.

Образование и кадры

9. Латышова А. А., Ходакова О. В. Привлечение врачей в сельскую местность в рамках государственной программы: показатели результативности. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2024;68(4):261—6.
10. Пестушко Н. А., Ткач Е. Н. Содержание и организация психолого-педагогической работы по развитию асертивности студентов медицинского вуза. *Антропологическая дидактика и воспитание*. 2024;7(2):224—39.
11. Богданова Т. М., Семенова В. А., Синькеев М. С., Занкин М. А. Значение базовых теоретических знаний для подготовки обучающихся к изучению клинических дисциплин. *Педагогический научный журнал*. 2023;6(1):183—92.
12. Гайворонская Т. В., Дробот Н. Н., Алексеенко С. Н. Профессионально-ориентированное обучение студентов медицинского вуза, зачисленных по целевому набору. *Педагогический научный журнал*. 2023;6(2):145—51.
4. Pender J. Availability of healthcare providers in rural areas lags that of urban areas. Available at: <https://www.ers.usda.gov/data-products/charts-of-note/chart-detail?chartId=106208> & (accessed 03.10.2025).
5. State of the world's nursing report 2025. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
6. Department of Health of Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Yugra. Health Status Report (2023): provision of doctors to rural populations. Available at: <https://dzhmao.admhmao.ru/deyatelnost/doklad-o-sostoyanii-zdorovya/10256520/-doklad-za-2023-god/> (accessed 03.10.2025) (in Russian).
7. Russell D. J., Wilkinson E., Petterson S., Bazemore A. Family Medicine Residencies: How Rural Training Exposure in GME Is Associated With Subsequent Rural Practice. *J. Grad. Med. Educat.* 2022;14(4):441—50.
8. Sheiman I. Health workforce policy in the Russian Federation: How to overcome a shortage of physicians? *Front. Public Health*. 2022;10:1023845.
9. Latyshova A. A., Khodakova O. V. Attracting doctors to rural areas within the framework of the state program: performance indicators. *Healthcare of the Russian Federation*. 2024;68(4):261—6 (in Russian).
10. Pestushko N. A., Tkach E. N. The content and organization of psychological and pedagogical work on the development of assertiveness of medical university students. *Anthropological Didactics and Education*. 2024;7(2):224—39 (in Russian).
11. Bogdanova T. M., Semenova V. A., Sinkeev M. S., Zankin M. A. The importance of basic theoretical knowledge for preparing students to study clinical disciplines. *Pedagogical Scientific Journal*. 2023;6(1):183—92 (in Russian).
12. Gaivoronskaya T. V., Drobot N. N., Alekseenko S. N. Professionally oriented education of medical university students enrolled in the target set. *Pedagogical Scientific Journal*. 2023;6(2):145—51 (in Russian).

Поступила 06.06.2025
Принята 01.09.2025

REFERENCES