
ОБЗОРЫ

Вера Рубцова

КАДРОВЫЙ ДЕФИЦИТ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ: ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПОДХОДЫ, ЭМПИРИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ

Дефицит врачебных кадров в сельских территориях остается одной из наиболее устойчивых проблем социальной политики в сфере здравоохранения. Несмотря на длительную реализацию государственных программ привлечения и удержания медицинских работников, территориальные различия в обеспеченности врачами сохраняются, а в ряде регионов усиливаются, формируя устойчивое неравенство доступа населения сельских территорий к медицинской помощи. Настоящая статья представляет собой обзор и аналитическое сопоставление отечественных и зарубежных исследований, посвященных кадровой политике в сельском здравоохранении, с целью выявления исследовательских ограничений и теоретико-методологических зазоров в научной литературе. В статье систематизируются три основных направления исследований: данные и возможный инструментарий анализа официальной статистики; эмпирические исследования программ закрепления врачей (прежде всего программы «Земский доктор» и механизма целевого набора); а также качественные и антропологические исследования, фокусирующиеся на профессиональной идентичности, мотивации и рисках выгорания медицинских работников. Показано, что количественные индикаторы позволяют зафиксировать масштаб кадрового дефицита и межрегиональную дифференциацию, однако обладают ограниченной объяснительной способностью и не раскрывают механизмов долгосрочного закрепления

Вера Николаевна Рубцова — д.эконом.н., в.н.с., Институт аграрных проблем — обособленное структурное подразделение ФИЦ «Саратовский научный центр Российской академии наук» (ИАГП РАН), Саратов, Россия. Электронная почта: mailofnick@yandex.ru

врачей. Эмпирические исследования программ демонстрируют их относительную эффективность в краткосрочном привлечении кадров, но указывают на слабую воспроизводимость эффектов в долгосрочной перспективе. Качественные исследования, в свою очередь, выявляют значимость профессиональных смыслов, идентичностей и институционального контекста, однако редко интегрируются с анализом пространственного и территориального неравенства. Особое внимание в статье уделяется анализу территориальных различий сельских регионов, включая плотность населения, размер территории и степень агломерированности, которые формируют различные режимы доступности медицинской помощи. Показано, что универсалистский дизайн кадровых программ не учитывает этой неоднородности, что существенно ограничивает их результативность. В результате исследовательский зазор определяется как отсутствие интегративной аналитической рамки, способной связать количественные данные о распределении врачей, качественные описания профессионального опыта и институциональные условия реализации кадровой политики. В заключение обосновывается необходимость многомерного исследовательского подхода, сочетающего количественное типирование территорий и качественный анализ профессиональных траекторий врачей, а также социологического сопровождения кадровой политики как механизма обратной связи между управленческими решениями и социальной реальностью сельского здравоохранения.

Ключевые слова: сельское здравоохранение, кадровая политика, неравенство доступа к медицинской помощи, профессиональная идентичность врачей, управленческие решения

Цитирование: Рубцова В. Н. (2026) Кадровый дефицит в сельском здравоохранении России: исследовательские подходы, эмпирические результаты и аналитические ограничения. *Журнал исследований социальной политики*, 24 (1): 177–194.

DOI: 10.17323/727-0634-2026-24-1-177-194

Дефицит врачебных кадров в сельских территориях остается одной из наиболее устойчивых проблем социальной политики в сфере здравоохранения. Несмотря на многолетнюю реализацию государственных программ привлечения и удержания врачей, различия в обеспеченности медицинскими кадрами между городскими и сельскими территориями не только сохраняются, но в ряде регионов усиливаются (Калининская и др. 2022а; Калининская и др. 2022b). Формируется устойчивое неравенство доступа населения сельских территорий к медицинской помощи, которое в социологических исследованиях интерпретируется как территориально и стратификационно обусловленное, связанное с социально-экономическими различиями и институциональной организацией здравоохранения. Современные исследования показывают, что кадровый дефицит в сельском здравоохранении не сводится к краткосрочному дисбалансу спроса и предложения. Он воспроизводится

как структурная проблема, укорененная в институциональных механизмах распределения ресурсов и логике пространственного развития сельских территорий (Чернышев и др. 2022; Чигрина и др. 2023). В этом контексте исследовательский фокус постепенно смещается от простой фиксации дефицита к анализу условий, влияющих на устойчивость профессионального присутствия врачей в сельской местности.

В российской научной литературе проблема кадрового обеспечения сельского здравоохранения рассматривается преимущественно в трех аналитических плоскостях. Во-первых, это макроуровневые исследования на основе статистических данных, выявляющие территориальную дифференциацию обеспеченности врачами и ее связь с показателями доступности медицинской помощи (Латышова, Иванова 2023; Калининская и др. 2022а). Во-вторых, работы, анализирующие эффективность отдельных инструментов кадровой политики, прежде всего программ «Земский доктор» и целевого набора, с акцентом на их институциональные ограничения и краткосрочный характер эффектов (Кинчагулова и др. 2019; Шарепина 2022; Шарепина, Ломанова 2024). В-третьих, качественные социологические и социально-психологические исследования, фокусирующиеся на профессиональной идентичности врачей, мотивации, рисках выгорания и стратегиях профессиональной мобильности (Романов 2011; Романов, Ярская-Смирнова 2015; Галкин 2020). Несмотря на значительный массив эмпирических данных, исследования в рамках этих направлений остаются слабо интегрированными. Количественный анализ, как правило, не связан с интерпретацией профессиональных практик и мотиваций, тогда как качественные исследования редко соотносятся с более широким контекстом территориального неравенства и институциональной динамики кадровой политики. В результате возникает аналитический разрыв между описанием масштабов кадрового дефицита и объяснением механизмов его воспроизводства.

Цель настоящей обзорной статьи состоит в систематизации и аналитическом сопоставлении отечественных и зарубежных исследований, посвященных кадровой политике в сфере сельского здравоохранения. В центре внимания находится не оценка эффективности отдельных программ как таковых, а анализ того, каким образом в научных работах концептуализируются социальные и институциональные условия закрепления врачей в сельских территориях, включая профессиональную идентичность, условия труда и жизни, организационные режимы медицинских учреждений и пространственные характеристики территорий. Исследовательский фокус статьи определяется следующим вопросом: каким образом в современной научной литературе описываются механизмы воспроизводства кадрового дефицита в сельском здравоохранении и какие аналитические подходы используются для объяснения ограниченной эффективности инструментов кадровой политики? Такой подход позволяет выявить теоретические и методологические лакуны и обозначить направления дальнейших исследований, ориентиро-

ванных на более глубокое понимание взаимосвязи социальной политики, профессиональной динамики и территориального неравенства.

Обзор предпринят как попытка восполнить дефицит исследований, позволяющих систематизировать и аналитически сопоставить отечественный и зарубежный опыт кадровой политики в сфере сельского здравоохранения. Для анализа использованы: данные официальной статистики, государственные программы закрепления врачей в сельской местности, публикации отечественных и зарубежных исследователей. Источники отбирались по ключевым словам: сельское здравоохранение, кадровая политика, неравенство доступа к медицинской помощи, профессиональная идентичность, управленческие решения. Поиск источников осуществлялся в базах *Scopus*, *Web of Science*, поисковых системах *Google*, *Яндекс*; на официальных сайтах органов исполнительной власти за период с 1981 по 2025 гг. В анализ включались полнотекстовые англоязычные статьи, материалы монографий, главы из книг, прошедшие рецензирование. Всего по ключевым словам выявлено 80 материалов. Из выборки исключались неофициальные материалы, комментарии, новостные материалы.

В обзор вошли 34 источника, позволившие выделить ключевые аспекты указанного обзора: инструментарий анализа официальной статистики, управленческие решения и эмпирические исследования итогов их реализации в России и за рубежом, качественные и антропологические исследования, сфокусированные на профессиональной идентичности, мотивациях, рисках выгорания медицинских работников в условиях села. Обоснована необходимость разработки и применения научного подхода, интегрирующего ключевые аспекты кадрового обеспечения современного сельского здравоохранения.

Подходы к анализу неравенства доступа к медицинской помощи

Проблема неравенства доступа к медицинской помощи является одной из центральных тем в исследованиях социальной политики и социологии здравоохранения. Она рассматривается не только как следствие дефицита ресурсов, но и как результат устойчивых социальных и институциональных различий, закрепляющих неравные возможности получения медицинской помощи для различных групп населения. В классических социологических и политико-экономических подходах неравенство доступа к медицинской помощи связывается прежде всего с социальной стратификацией. Различия в уровне доходов, образования, занятости и социального капитала определяют способность индивидов и домохозяйств пользоваться системой здравоохранения, что позволяет рассматривать неравенство доступа как производное от более широких социально-экономических неравенств и как механизм их воспроизводства в сфере здоровья (Wilkinson, Marmot 1998;

Marmot 2005). Одновременно подчеркивается, что доступ к медицинской помощи не может быть объяснен исключительно через индивидуальные ресурсы. Существенную роль играют институциональные характеристики системы здравоохранения, включая территориальное распределение медицинских учреждений, кадровую обеспеченность, организационные режимы работы и особенности государственной политики. Именно сочетание социальных и институциональных факторов позволяет говорить о структурном характере неравенства доступа, особенно выраженном в сельских и удаленных территориях (Starfield 2001; WHO 2010).

В международной литературе широко используется различие между формальным и фактическим доступом к медицинской помощи. Формальный доступ предполагает наличие инфраструктуры и нормативных гарантий, тогда как фактический доступ определяется возможностью реально воспользоваться медицинскими услугами с учетом расстояния, транспортной доступности, времени ожидания, кадровой обеспеченности и финансовых издержек. В сельских районах расхождение между формальным и фактическим доступом становится одним из ключевых источников неравенства (Penchansky, Thomas 1981; Gulliford et al. 2002). Особое место в анализе занимает территориальное измерение неравенства. Исследования показывают, что сельские территории структурно уязвимы с точки зрения доступа к медицинской помощи вследствие низкой плотности населения, пространственной удаленности, ограниченной инфраструктуры и дефицита медицинских кадров. Эти факторы действуют кумулятивно, формируя устойчивые зоны ограниченного доступа, в которых уровень медицинской помощи остается ниже даже при формальном наличии медицинских учреждений (Strasser 2003; WHO 2010).

В российском контексте проблема неравенства доступа к медицинской помощи в сельских районах также широко исследуется. Отечественные работы фиксируют значительную межрегиональную дифференциацию обеспеченности врачами и медицинской инфраструктурой, а также связь кадрового дефицита с ухудшением показателей здоровья населения (Калининская 2022а; Латышова, Иванова 2023). При этом подчеркивается, что неравенство носит не только межтерриториальный, но и внутрисельский характер: более обеспеченные группы населения частично компенсируют институциональные ограничения за счет платных медицинских услуг, тогда как менее обеспеченные оказываются в ситуации фактического исключения из системы медицинской помощи.

Таким образом, в современных исследованиях неравенство доступа к медицинской помощи рассматривается как многоуровневое явление, формируемое на пересечении социальной стратификации, институциональной организации здравоохранения и пространственной структуры территорий. В этой перспективе кадровый дефицит врачей в сельском здравоохранении предстает не как изолированная проблема, а как один

из ключевых механизмов воспроизводства территориального и социального неравенства, что задает аналитическую рамку для дальнейшего рассмотрения исследований кадровой политики.

Количественные индикаторы кадрового обеспечения сельского здравоохранения и их аналитические ограничения

Количественные данные остаются одним из базовых источников для анализа кадровой ситуации в сельском здравоохранении, поскольку именно они позволяют зафиксировать масштаб и устойчивость дефицита врачебных кадров, а также выявить межрегиональные различия. Такие данные формируются и публикуются в рамках официальной статистики Министерства здравоохранения РФ и Федеральной службы государственной статистики. Они используются как в управленческой практике, так и в научных исследованиях, однако их аналитические возможности имеют принципиальные ограничения, которые необходимо учитывать.

В качестве основного индикатора кадрового обеспечения сельских территорий в статистике Министерства здравоохранения применяется показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. сельского населения. Этот показатель позволяет сопоставлять регионы между собой и отслеживать динамику кадровой обеспеченности во времени. На его основе можно выявлять устойчивые тенденции сокращения или стабилизации численности врачей, а также фиксировать межрегиональную дифференциацию. Пример такого анализа представлен в табл. 1 электронного приложения, где на данных Министерства здравоохранения РФ за 2015–2021 гг. показана динамика обеспеченности врачами сельского населения субъектов Приволжского федерального округа. Анализ официальной статистики позволяет сделать несколько обобщающих наблюдений. Во-первых, в большинстве регионов фиксируется устойчивая тенденция сокращения обеспеченности врачами сельского населения, различающаяся по масштабам и темпам. Во-вторых, даже при сходных значениях показателя «врачи на 10 тыс. сельского населения» социальные последствия кадрового дефицита оказываются различными. Это указывает на то, что сам по себе данный индикатор не отражает реальных условий доступа к медицинской помощи и требует дополнительной контекстуализации (Министерство здравоохранения РФ 2017, 2019, 2021, 2022).

Одним из способов такой контекстуализации является сопоставление кадровых показателей с пространственными характеристиками регионов — размером территории и плотностью населения (табл. 2 электронного приложения). Эти данные публикуются Росстатом и их можно найти в открытых онлайн источниках, они позволяют уточнить характер выявленного неравенства. Сравнение этих данных с динамикой обеспеченности врачами позволяет выявить различные территориально-кадровые

режимы. В регионах с высокой плотностью населения и компактной территориальной структурой сокращение численности врачей чаще компенсируется агломерационными эффектами, транспортной доступностью и концентрацией инфраструктуры. В территориально протяженных и малонаселенных регионах даже умеренное снижение обеспеченности врачами приводит к ухудшению реальной доступности медицинской помощи, вплоть до фактической утраты регулярного медицинского обслуживания на части сельских территорий.

Такое сопоставление создает основу для типирования регионов по характеру воспроизводства кадрового дефицита: от агломерационно-компенсируемых режимов до пространственно усугубленных форм неравенства. Важно подчеркнуть, что речь идет не о классификации регионов по степени «успешности», а о выявлении различных структурных условий, в которых реализуется кадровая политика в сфере сельского здравоохранения.

Дополнительным количественным инструментом может стать корреляционно-регрессионный анализ. В рамках подобных подходов численность врачей в сельской местности рассматривается в связи с показателями развития социальной и медицинской инфраструктуры. В качестве независимых переменных, как правило, используются расходы региональных бюджетов на здравоохранение, уровень заработной платы медицинских работников, число зданий медицинских организаций, объем жилищного фонда, показатели развития образовательной инфраструктуры, транспортной доступности и численности сельского населения. Такой анализ позволяет выявить статистические связи между распределением врачебных кадров и инфраструктурными характеристиками территорий и может быть использован для предварительного типирования регионов по степени структурной обусловленности кадрового обеспечения.

Вместе с тем аналитический потенциал регрессионных моделей в данном контексте существенно ограничен. Они фиксируют корреляции между агрегированными показателями, но не позволяют объяснить социальные и институциональные механизмы долгосрочного закрепления врачей. Кроме того, подобные модели сталкиваются с проблемой эндогенности показателей, поскольку численность врачей, инфраструктура и демографические характеристики территорий формируются взаимосвязанно. В результате регрессионный анализ отражает сложившееся распределение кадров, но не дает ответа на вопрос о причинах профессиональных решений врачей и эффективности конкретных управленческих мер.

Таким образом, количественные данные официальной статистики позволяют зафиксировать масштаб и устойчивость кадрового дефицита, выявить межрегиональную дифференциацию и предварительно типировать регионы по характеру пространственно-кадровых режимов. Однако они не позволяют перейти от описания распределения врачебных кадров к анализу механизмов их долгосрочного закрепления. В этом смысле количественный анализ выс-

тупает лишь первым, ориентирующим этапом исследования, задающим рамку для дальнейшего изучения социальных, институциональных и профессиональных факторов, которые могут быть раскрыты только с помощью качественных и смешанных методологических подходов.

Исследования программ закрепления врачей

Эмпирические исследования программ привлечения и закрепления врачей в сельских территориях сосредоточены преимущественно на анализе двух ключевых инструментов кадровой политики — программы «Земский доктор» (Постановление... 2017) и механизмов целевого набора (ФЗ 2011). Эти работы опираются на разнообразные источники данных (анкетные опросы, биографические и полуструктурированные интервью, анализ административной статистики) и позволяют выявить как непосредственные эффекты программ, так и их институциональные ограничения.

Программа «Земский доктор», реализуемая с начала 2010-х годов, является наиболее изученным инструментом кадровой политики в сельском здравоохранении. Исследования, проведенные в отдельных регионах, показывают, что программа действительно обеспечивает краткосрочный приток врачей в сельские медицинские организации. Вместе с тем эмпирические данные указывают на ограниченность ее долгосрочного эффекта. Так, на материалах анкетного опроса врачей — участников программы в сельских территориях Тюменской области показано, что лишь небольшая часть респондентов рассматривает возможность продолжения профессиональной деятельности в сельских населенных пунктах после завершения обязательного срока отработки (Кинчагулова и др. 2019). Эти результаты свидетельствуют о временном характере воздействия программы и слабой устойчивости сформированных профессиональных траекторий. В более поздних исследованиях, основанных на биографических интервью с врачами — участниками программы «Земский доктор», акцент смещается с количественной оценки результатов на анализ профессиональных мотиваций и жизненных стратегий. На материалах исследований, проведенных в сельских территориях регионов Центрального федерального округа, показано, что решение о продолжении работы в сельской местности определяется не только уровнем материальной поддержки, но и наличием социальных связей, условиями для семейной жизни, возможностями профессионального общения и карьерного развития (Шарепина 2022). Эти данные указывают на ограниченность подходов, сводящих мотивацию врачей к финансовым стимулам.

Отдельный блок исследований посвящен анализу программы целевого набора. Несмотря на формальное закрепление обязательств по последующей отработке, эмпирические данные показывают, что данный механизм также не обеспечивает устойчивого закрепления молодых специалистов в сельских медицинских учреждениях. На материалах интервью с врачами,

участниками программы, выявлены проблемы, связанные с качеством отбора абитуриентов, недостаточной информированностью о будущих условиях работы и отсутствием системной поддержки на этапе профессиональной адаптации (Шарепина, Ломанова 2024). Институциональный дизайн программы ориентирован преимущественно на восполнение кадрового дефицита «на входе», оставляя за рамками риски профессионального разочарования и раннего ухода из сельской медицины.

В совокупности исследования российских программ закрепления врачей демонстрируют устойчивый разрыв между формальными целями кадровой политики и фактическими результатами ее реализации. Независимо от используемых инструментов (финансовых выплат, образовательных квот или административных обязательств) программы оказываются более эффективными в привлечении врачей, чем в их долгосрочном удержании. При этом большинство эмпирических работ фокусируется на последствиях реализации программ, слабо интегрируя их с анализом территориального неравенства, профессиональной идентичности и институциональной среды сельского здравоохранения. Это ограничивает их объяснительный потенциал и подчеркивает необходимость более комплексных аналитических рамок при изучении кадровой политики в сельских территориях.

Важно подчеркнуть, что выявленные ограничения программ закрепления врачей во многом связаны с универсалистской логикой их проектирования и реализации. Как показывают количественные данные, сельские территории различаются по плотности населения, пространственной протяженности, степени агломерированности и инфраструктурной насыщенности, что формирует различные территориально-кадровые режимы воспроизводства дефицита. Однако действующие программы, как правило, не учитывают этих различий и предполагают однородные условия реализации для принципиально разных типов территорий. В результате одинаковые инструменты кадровой политики оказываются встроенными в неоднородные пространственные и институциональные контексты, что снижает воспроизводимость их эффектов и ограничивает возможности долгосрочного удержания врачей.

Антропология профессии и профессиональная идентичность врачей

Антропологический и социологический анализ профессии врача занимает особое место в исследованиях здравоохранения, поскольку позволяет выйти за рамки институциональных и экономических объяснений кадрового дефицита и обратиться к повседневным практикам, профессиональным смыслам и идентичностям медицинских работников. В рамках данного подхода внимание сосредоточивается на том, как врачи осмысливают свою профессиональную роль, взаимодействуют с организационными ограничениями

и выстраивают стратегии профессионального присутствия или ухода из системы. Классические работы по антропологии профессий показывают, что профессиональная идентичность формируется не только через формальные требования профессии, но и через опыт повседневной работы, включенность в профессиональные сообщества и соотношение между ожиданиями и реальными условиями труда (Abbott 1988; Freidson 2001). Для медицинских профессий это означает, что решения о месте и продолжительности профессиональной карьеры тесно связаны с тем, какие смыслы врач придает своей деятельности и какие формы признания считает значимыми. В социологии медицины особое внимание уделяется анализу профессиональных рисков, сопровождающих медицинскую деятельность. Исследования показывают, что высокая интенсивность труда, эмоциональная вовлеченность и ответственность за здоровье и жизнь пациентов создают структурные условия для профессионального выгорания, утраты мотивации и деформации профессиональной идентичности (Maslach, Leiter 2016; Shanafelt et al. 2015). Эти риски особенно обостряются в условиях кадрового дефицита, когда на отдельных врачей ложится повышенная нагрузка и расширенный спектр профессиональных обязанностей.

В российской исследовательской традиции антропологический подход к профессии врача представлен в работах П. В. Романова и Е. Р. Ярской-Смирновой. Авторы показывают, что профессиональное выгорание и утрата профессионального смысла являются не индивидуальной проблемой, а результатом институциональных ограничений и организационной среды медицинских учреждений (Романов 2011; Романов, Ярская-Смирнова 2015). Для анализа кадровой политики в сельском здравоохранении данный подход имеет принципиальное значение, поскольку позволяет интерпретировать отток врачей не только как следствие материальных ограничений, но и как результат несоответствия между профессиональными ожиданиями и реальными условиями работы. В сельских территориях эти риски усиливаются за счет сочетания высокой нагрузки, ограниченных возможностей профессионального общения и суженных траекторий карьерного развития (WHO 2010; Weichelt et al. 2025).

Развитие антропологического подхода к анализу медицинских профессий связано также с концепцией профессиональной идентичности. Врачи по-разному конструируют смысл своей профессиональной деятельности и по-разному реагируют на одни и те же институциональные условия. На материале биографических интервью с молодыми врачами выявлены различные типы профессиональной идентичности, условно обозначенные как «специалисты-помощники» и «специалисты-эксперты», различающиеся по степени вовлеченности в сообщество, ориентации на карьерный рост и восприятию профессиональной автономии (Галкин 2020). Эти различия оказываются значимыми для анализа устойчивости профессионального присутствия врачей в различных типах сельских территорий. Международные исследо-

вания подтверждают, что чувство принадлежности к профессиональному и локальному сообществу, возможности непрерывного образования и признание профессионального вклада нередко оказываются не менее важными факторами удержания медицинских работников, чем уровень оплаты труда (WHO 2010; Weichelt et al. 2025).

Таким образом, антропологический подход позволяет рассматривать кадровый дефицит в сельском здравоохранении как результат взаимодействия институциональных условий, профессиональных рисков и разнообразных форм профессиональной идентичности. В контексте данной обзорной статьи его значение состоит в смещении фокуса с универсальных управленческих решений на контекстуальное понимание профессиональной мотивации и ограничений, что имеет принципиальное значение для интерпретации ограниченной эффективности программ закрепления врачей в сельских территориях.

Обсуждение: где находится исследовательский зазор

Проведенный обзор исследований кадрового обеспечения сельского здравоохранения выявляет парадоксальную ситуацию. С одной стороны, дефицит врачей в сельских территориях подробно описан на уровне официальной статистики, программных документов и отдельных эмпирических исследований. С другой стороны, несмотря на накопленный массив данных, остается неясным, какие именно механизмы воспроизводят кадровое неравенство и почему реализуемые меры демонстрируют ограниченную эффективность в долгосрочной перспективе. Ключевой исследовательский зазор располагается в разрыве между насыщенным описанием проблемы и слабой объяснительной способностью существующих аналитических подходов.

В междисциплинарном дискурсе сельское здравоохранение рассматривается как система, формируемая под воздействием демографических, пространственных и институциональных факторов. Проблемы сельских территорий при этом интерпретируются как результат длительных структурных процессов, а не отдельных ресурсных дефицитов (Rickards 2011). Однако подобные подходы, как правило, остаются на уровне общей проблематизации и не предлагают аналитических моделей, позволяющих связать пространственные условия, кадровые решения и профессиональные траектории медицинских работников в единую объяснительную схему.

Количественные исследования преимущественно фиксируют динамику сокращения численности врачей и устойчивую межрегиональную дифференциацию обеспеченности медицинскими кадрами. Эти данные убедительно демонстрируют наличие территориального и стратификационного неравенства доступа к медицинской помощи. Вместе с тем количественные индикаторы не позволяют ответить на вопрос, почему кадровый дефицит воспроизводится даже в условиях целевых программ

поддержки и какие факторы оказываются решающими для профессиональных решений врачей. Ограниченность статистического подхода подтверждается исследованиями профессиональной миграции выпускников медицинских вузов, показывающими, что миграционные стратегии молодых врачей формируются под воздействием совокупности институциональных, инфраструктурных и профессиональных факторов, слабо отражаемых в агрегированной статистике (Гайдаров и др. 2019).

Качественные исследования, напротив, дают более глубокое понимание мотиваций, профессиональных идентичностей и жизненных стратегий врачей, участвующих в программах привлечения и удержания. Они показывают, что материальные стимулы и институциональные гарантии являются необходимым, но недостаточным условием долгосрочного закрепления специалистов. Однако такие исследования, как правило, локальны и слабо связаны с анализом пространственных и институциональных условий, в которых разворачиваются профессиональные траектории. В результате сохраняется разрыв между микроуровнем профессионального опыта и макроуровнем управленческих решений.

Дополнительным ограничением выступает доминирование универсалистской логики в проектировании кадровой политики. В экспертно-управленческом дискурсе меры по развитию сельского здравоохранения часто формулируются как универсальный набор инструментов, предполагающий применимость к различным территориям. При этом акцент делается на инфраструктурных решениях, финансовых стимулах и образовательных программах (Advent Health University 2022), без учета различий в профессиональных траекториях врачей и институциональных контекстах реализации политики, что ограничивает объяснительный и прогностический потенциал таких подходов. Международные исследования подтверждают, что устойчивость кадрового обеспечения сельского здравоохранения не может быть достигнута за счет изолированных мер стимулирования. Закрепление врачей требует поэтапного подхода, охватывающего образовательные траектории, профессиональную социализацию и условия практики на разных этапах карьеры, а эффективность решений определяется их согласованностью с локальными социальными и институциональными условиями (Lyle, Barclay 2015). Попытки интеграции количественного мониторинга и качественного анализа предпринимались и в рамках международных проектов, координируемых Всемирной организацией здравоохранения (Gupta, Dal Poz 2009), однако и в этих исследованиях подчеркивается ограниченность универсальных объяснительных моделей.

Сопоставление кадровых показателей с пространственными характеристиками территорий дополнительно показывает, что регионы различаются не только по масштабам дефицита, но и по структурным условиям его воспроизводства. Плотность населения, размер территории, степень агломерированности и институциональная насыщенность формируют различные

режимы доступности медицинской помощи, которые практически не учитываются при проектировании и оценке программ закрепления кадров. Таким образом, исследовательский зазор заключается в отсутствии интегративной аналитической рамки, связывающей количественные данные о распределении врачей, качественные описания профессионального опыта и институциональные условия реализации кадровой политики. Речь идет не о расширении перечня факторов, а о выстраивании последовательного исследовательского дизайна, в котором количественные данные используются для типирования территориально-кадровых режимов, а качественные и антропологические подходы — для анализа механизмов формирования профессиональных идентичностей, мотиваций и стратегий закрепления врачей. В таком понимании социологическое сопровождение кадровой политики перестает быть вспомогательным инструментом и становится механизмом обратной связи между управленческими решениями и социальной реальностью профессиональной группы, создавая основу для более адресной и устойчивой политики в сфере сельского здравоохранения.

Выражение признательности

Редакция благодарит программу «Университетское партнерство» за поддержку и возможность опубликовать данную статью.

Материалы для анализа

Министерство здравоохранения РФ (2017) *Сельское здравоохранение России в 2016 году (статистические материалы)*. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

Министерство здравоохранения РФ (2019) *Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I часть. Медицинские кадры (статистические материалы)*. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Министерство здравоохранения РФ (2021) *Сельское здравоохранение России в 2020 году (статистические материалы)*. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Министерство здравоохранения РФ (2022) *Сельское здравоохранение России в 2021 году (статистические материалы)*. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

Постановление Правительства РФ (2017) *Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»* (с изменениями и дополнениями), № 1640 от 26.12.2017.

Федеральный закон РФ (2011) *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации*, № 323-ФЗ от 21.11.2011.

Список источников

- Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Алексеева Н. Ю., Маевская И. В. (2019) Комплексная оценка трудовой миграции выпускников медицинского вуза как важный фактор формирования кадрового потенциала региональной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, 27 (1): 63–67.
- Галкин К. (2020) Все прелести сельской жизни? Типы профессиональной идентичности молодых врачей, работающих в сельской местности. *Журнал исследований социальной политики*, 18 (2): 175–190.
- Калининская А. А., Бакирова Э. А., Кизеев М. В., Лазарев А. В., Муфтахова А. В., Смирнов А. А. (2022а) Проблемы здравоохранения села, состояние и перспективы развития. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, 30 (6): 1224–1229.
- Калининская А. А., Бакирова Э. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Кизеев М. В. (2022б) Анализ заболеваемости и кадровое обеспечение населения сельских территорий в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*, (7): 2–5
- Кинчагулова М. В., Брынза Н. С., Горбунова О. П., Сунгатуллина Л. А. (2019) Мотивация участников программы «Земский доктор» в Тюменской области и оценка их удовлетворенности условиями труда и жизни в сельской местности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, 27 (2): 158–162.
- Латышова А. А., Иванова М. А. (2023) Динамика обеспеченности врачебными кадрами в государственных медицинских организациях Российской Федерации в период с 2018 по 2022 года. *Социальные аспекты здоровья населения*, 69 (6): DOI: 10.21045/2071–5021–2023–69–6–11.
- Романов П. В. (2011) Идеологии профессионализма и социальное государство. П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова (ред.) *Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен*. М.: Вариант: 64–81.
- Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. (2015) *Социология профессий: аналитические перспективы и методология исследований*. М.: Вариант.
- Чернышев В. М., Воевода М. И., Стрельченко О. В., Мингазов И. Ф. (2022) Сельское здравоохранение России. Состояние, проблемы, перспективы. *Сибирский научный медицинский журнал*, 42 (4): 4–14.
- Чигрина В. П., Тюфилин Д. С., Деев И. А., Кобякова О. С. (2023) Мировые практики привлечения и удержания медицинских работников в сельских районах (обзор литературы). *Бюллетень сибирской медицины*, 22 (1): 153–163.
- Шарепина Е. А. (2022) Программа «Земский доктор» как фактор миграции врачей на периферию регионов Центрального федерального округа. *Демографическое обозрение*, 9 (4): 104–125.
- Шарепина Е. А., Ломанова А. К. (2024) Выгода или принуждение: восприятие программы целевого набора врачами, трудоустройствающимися на периферию для отработки целевого направления. *Интеракция. Интервью. Интерпретация*, 16 (3): 87–109.

- Gupta N., Dal Poz M. R. (2009) Assessment of Human Resources for Health Using Cross-National Comparison of Facility Surveys in Six Countries. *Human Resources for Health*, (7): 22.
- Weichelt B., Shakespear K. D., Fallgatter T. (2025) Rural Workforce Recruitment and Retention Factors. *National Rural Health Association Policy Brief*. Available at: <https://clck.ru/3RUxez> (accessed 27 December 2025).
- Shanafelt T. D., Hasan O., Dyrbye L. N., Satele D., West C. P. et al. (2015) Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90 (12): 1600–1613.
- Maslach C., Leiter M. (2016) Understanding the Burnout Experience. *World Psychiatry*, 15 (2): 103–111.
- Abbott A. (1988) *The System of Professions*. University of Chicago Press.
- Advent Health University (2022) *How to Improve Healthcare in Rural Areas* Available at: <https://clck.ru/3RVDKB> (accessed 24 October 2025).
- Freidson E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. University of Chicago Press.
- Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Hudson M. et al. (2002) What Does 'Access to Health Care' Mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7 (3): 186–8 <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>.
- Lyle D., Barclay L. (2015) Securing a Rural Health Workforce for the Next Generation of Rural Australians. *The Medical Journal of Australia*, 9 (202): 469.
- Marmot M. (2005) Social Determinants of Health Inequalities. *The Lancet*, 365 (9464): 1099–1104.
- Penchansky R., Thomas J. W. (1981) The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19 (2): 127–140.
- Rickards L. (2011) Rural Health: Problems, Prevention and Positive Outcomes. *Healts*, (1): 148–173.
- Starfield B. (2001) Improving Equity in Health: A Research Agenda. *International Journal of Health Services*, 31 (3): 545–566.
- Strasser R. (2003) Rural Health around the World: Challenges and Solutions. *Fam Pract*, 20 (4): 457–63.
- WHO (2010) Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention. Global Policy Recommendations. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564014> (accessed 15 October 2025).
- Wilkinson R., Marmot M. (1998) Social Determinants of Health: The Solid Facts. World Health Organization. Regional Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/108082>

PHYSICIAN SHORTAGES IN RURAL HEALTHCARE IN RUSSIA: RESEARCH APPROACHES, EMPIRICAL FINDINGS, AND ANALYTICAL LIMITATIONS

The shortage of medical personnel in rural areas is one of the most persistent social policy challenges in the healthcare sector. Despite the long-term implementation of state programmes aimed at attracting and retaining medical professionals, territorial disparities in physician availability persist and deepen in some regions, resulting in stable inequalities in access to healthcare for rural populations. This article reviews and analytically compares Russian and international studies on rural healthcare workforce policy, with the aim of identifying limitations in existing research and theoretical–methodological gaps. It systematises three major strands of research: analyses based on official statistical data and the analytical tools applied to them; empirical studies of physician retention programmes (primarily the Zemsky Doctor programme and targeted admission schemes); and qualitative and anthropological studies focusing on professional identity, motivation, and burnout risks among medical professionals. The analysis shows that, while quantitative indicators can capture the scale of workforce shortages and interregional differentiation, they have limited explanatory power and fail to reveal the mechanisms underlying long-term physician retention. Empirical studies of policy instruments indicate their relative effectiveness in short-term recruitment, but highlight the weak sustainability of outcomes over time. Qualitative research, in turn, emphasises the importance of professional meanings, identities, and institutional contexts, but is rarely integrated with analyses of spatial and territorial inequality. Particular attention is given to territorial differences among rural regions, such as population density, territorial size, and levels of agglomeration, which determine distinct regimes of healthcare accessibility. The article shows that the universalistic design of workforce programmes largely disregards this heterogeneity, which significantly constrains their effectiveness. The core research gap identified is the absence of an integrative analytical framework capable of linking quantitative data on physician distribution with qualitative accounts of professional experience and the institutional conditions of workforce policy implementation. The article concludes by emphasising the need for a multi-dimensional research approach that combines quantitative territorial typologies with qualitative analyses of physicians' professional trajectories and sociological support for workforce policy as a feedback mechanism between managerial decision-making and the social realities of rural healthcare.

Keywords: rural healthcare, workforce policy, inequality in access to healthcare, physicians' professional identity, managerial decision-making

Citation: Rubtsova V. (2026) Kadrovyy defitsit v sel'skom zdravookhraneni Rossii: issledovatel'skie podkhody, empiricheskie rezul'taty i analiticheskie ogranicheniya [Physician Shortages in Rural Healthcare in Russia: Research Approaches, Empirical Findings, and Analytical Limitations]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 24 (1): 177–194.

DOI: 10.17323/727-0634-2026-24-1-177-194

References

- Shanafelt T. D., Hasan O., Dyrbye L. N., Satele D., West C. P. et al. (2015) Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90 (12): 1600–1613.
- Abbott A. (1988) *The System of Professions*. University of Chicago Press.
- Advent Health University (2022) *How to Improve Healthcare in Rural Areas* Available at: <https://clck.ru/3RVDKB> (accessed 24 October 2025).
- Freidson E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. University of Chicago Press.
- Gupta N., Dal Poz M. R. (2009) Assessment of Human Resources for Health Using Cross-National Comparison of Facility Surveys in Six Countries. *Human Resources for Health*, (7): 22.
- Gaidarov G. M., Makarov S. V., Alekseeva N. Yu., Maievskaya I. V. (2019) [The Complex Evaluation of Labor Migration of Graduates of Medical University as an Important Factor of Formation of Personnel Potential of Regional Health Care System]. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine], 27 (1): 63–67.
- Galkin K. A. (2020) Vse prelesti sel'skoy zhizni? Tipy professional'noy identichnosti molodykh vrachey, rabotayushchikh v sel'skoy mestnosti [All the Delights of Rural Life? Types of Professional Identity of Young Doctors Working in Rural Areas]. *Zhurnal issledovaniy social'noj politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 18 (2): 175–190.
- Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Hudson M. et al. (2002) What Does 'Access to Health Care' Mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7 (3): 186–8.
- Chernyshev V. M., Voevoda M. I., Strel'chenko O. V., Mingazov I. F. (2022) Sel'skoe zdravookhranenie Rossii. Sostoyanie, problemy, perspektivy [Rural Healthcare in Russia: Current State, Problems, and Development Prospects]. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal* [Siberian Scientific Medical Journal], 42 (4): 4–14.
- Chigrina V. P., Tyufilin D. S., Deev I. A., Kobayakova O. S. (2023) Mirovye praktiki privlecheniya i uderzhaniya meditsinskikh rabotnikov v sel'skikh rayonakh (obzor literatury) [Global Best Practices in Recruiting and Retaining Healthcare Workers in Rural Areas (literature review)]. *Byulleten' sibirskoy meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine], 22 (1): 153–163.
- Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Kizeev M. V., Lazarev A. V., Muftakhova A. V., Smirnov A. A. (2022a) Problemy zdravookhraneniya sela, sostoyanie i perspektivy razvitiya [Problems of Rural Healthcare: Current State and Development Prospects]. *Problemy sotsial'noj gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine], 30 (6): 1224–1229.
- Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Lazarev A. V., SHIyafer S. I., Kizeev M. V. (2022b) Analiz zabolevaemosti i kadrovoe obespechenie naseleniya sel'skih territorij v Rossijskoj Federacii [Morbidity Analysis and Staffing of Rural Population in the Russian Federation]. *Menedzher zdravookhraneniya* [Healthcare Manager], (7): 2–5.

- Kinchagulova M. V., Brynza N. S., Gorbunova O. P., Sungatullina L. A. (2019) Motivatsiya uchastnikov programmy 'Zemskiy doktor' v Tyumenskoy oblasti i otsenka ikh udovletvorennosti usloviyami truda i zhizni v sel'skoy mestnosti [The Motivation of Participants of the 'Zemstvo Doctor' Program in the Tyumen Oblast and Evaluation of Their Satisfaction with Conditions of Work and Life in Rural Territory]. *Problemi socialnoi gigieni, zdruvookhraneniya i istorii meditsini* [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine], 27 (2): 158–162.
- Latyshova A. A., Ivanova M. A. (2023) Dinamika obespechennosti vrachebnymi kadrami v gosudarstvennykh medicinskih organizatsiyah Rossijskoj Federacii v period s 2018 po 2022 goda [Dynamics of the Provision of Medical Personnel in State Medical Organizations of the Russian Federation in the Period from 2018 to 2022]. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [Social Aspects of Population Health], 69 (6): DOI: 10.21045/2071–5021–2023–69–6–11.
- Lyle D., Barclay L. (2015) Securing a Rural Health Workforce for the Next Generation of Rural Australians. *The Medical Journal of Australia*, 9 (202): 469.
- Maslach C., Leiter M. (2016) Understanding the Burnout Experience. *World Psychiatry*, 15 (2): 103–111.
- Marmot M. (2005) Social Determinants of Health Inequalities. *The Lancet*, 365 (9464): 1099–1104.
- Penchansky R., Thomas J. W. (1981) The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19 (2): 127–140.
- Rickards L. (2011) Rural Health: Problems, Prevention and Positive Outcomes. *Healts*, (1): 148–173.
- Romanov P. V. (2011) Ideologii professionalizma i social'noe gosudarstvo [Ideologies of Professionalism and the Social State]. In: P. V. Romanov, E. R. Iarskaia-Smirnova (eds.) *Antropologiya professij, ili postoronnim vnod razreshen* [An Anthropology of Professions, or Unauthorized Entry is Allowed]. Moscow: Variant: 64–81.
- Romanov P. V., Yarskaya-Smirnova E. R. (2015) *Sotsiologiya professiy: analiticheskie perspektivy i metodologiya issledovaniy* [Sociology of the Professions: Analytical Perspectives and Research Methodology]. Moscow: Variant.
- Sharepina E. A. (2022) Programma 'Zemskiy doktor' kak faktor migratsii vrachey na periferiyu regionov Tsentral'nogo federal'nogo okruga [The Zemsky Doctor Program as a Factor of the Doctors' Migration to the Peripheral Territories of the Central Russian Regions]. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review], 9 (4): 104–125.
- Sharepina E. A., Lomanova A. K. (2024) Vygodu ili prinuzhdenie: vospriyatie programmy tselevogo nabora vrachami, trudustraivayushchimisya na periferiyu dlya otrabotki tselevogo napravleniya [Benefit or Coercion: the Perception of Compulsory Service Programs by Doctors Who Are Employed on the Periphery]. *Interaktsiya. Interv'yu. Interpretatsiya* [Interaction. Interview. Interpretation], 16 (3): 87–109.
- Starfield B. (2001) Improving Equity in Health: A Research Agenda. *International Journal of Health Services*, 31 (3): 545–566.
- Strasser R. (2003) Rural Health around the World: Challenges and Solutions. *Fam Pract*, 20 (4): 457–63.
- WHO (2010) Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention. *Global Policy Recommendations*. Available at: <https://www.who.int/publications/item/9789241564014> (accessed 15 October 2025).
- Wilkinson R., Marmot M. (1998) Social Determinants of Health: The Solid Facts. *World Health Organization. Regional Office for Europe*. <https://iris.who.int/handle/10665/108082>