

**Программа «Земский доктор»
как фактор миграции врачей
на периферию регионов
Центрального федерального
округа**

Екатерина Александровна Шарепина
(eaandreeva@hse.ru), Национальный
исследовательский университет
«Высшая школа экономики», Россия.

**The Zemsky Doctor program
as a factor of the doctors'
migration to the peripheral
territories of the central
Russian regions**

Ekaterina A. Sharepina
(eaandreeva@hse.ru),
HSE University, Russia.

Резюме: Программа «Земский доктор» (далее Программа) в 2022 г. отмечает 10-летний юбилей, наряду с положительными эффектами исследователи и эксперты отмечают ряд проблем ее реализации и спорность достигнутых результатов. Существующие исследования конструируют социально-демографический «портрет» врачей-участников без привязки к мотивациям и направлениям переезда, что противоречит подходу рассмотрения процесса миграции как комплексного, обоснованного в теории push-pull факторов миграции Э. Ли. В данной работе представлена классификация стратегий, основанная на мотивациях к переезду (притягивающие и выталкивающие факторы); обстоятельствах, осложняющих процесс переезда; социально-демографических характеристиках врачей-мигрантов и их миграционных намерениях. Эмпирическая база исследования: биографические интервью с врачами – участниками Программы и экспертные интервью с руководителями и кадровыми службами медучреждений из 9 регионов Центрального федерального округа. В 5 из 6 выделенных стратегий переезд мотивируется совокупностью факторов и выходит за рамки только материальной мотивации. В большей степени остаются работать в медучреждениях те врачи – участники Программы, которые заинтересованы в переезде в более крупный или центральный населенный пункт или наоборот в «побеге» из предыдущего населенного пункта (используют средства Программы как стартовый капитал), а также те, кто получают выплаты при возвращении в родной населенный пункт по семейным причинам или для отработки целевого направления. Врачи, участвующие в Программе исключительно для получения материальных выплат, предпочитают формат маятниковых перемещений или оценивают свой переезд как временный. Основной практический вывод статьи заключается в том, что программы компенсационных выплат для более эффективной работы должны быть дополнены неэкономическими стимулами.

Ключевые слова: внутрисоссийская миграция, миграция на периферию, миграция врачей, программа «земский доктор», дефицит медицинских кадров.

Благодарности: Автор работы признателен научному руководителю Лилии Борисовне Карачуриной за помощь и комментарии на всех этапах проведения исследования, а также Екатерине Валерьевне Ланиной за ценные замечания и рекомендации, позволившие повысить качество данной статьи.

Финансирование: Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2022 г. Данные собраны при поддержке Центра перспективных управленческих решений (ЦПУР) в рамках грантовой программы «Доказательная политика 2021».

Для цитирования: Шарепина Е. А. (2022). Программа «Земский доктор» как фактор миграции врачей на периферию регионов Центрального федерального округа. Демографическое обозрение, 9(4), 104-125. <https://doi.org/10.17323/demreview.v9i4.16745>

Abstract: The “Zemsky Doctor” program is celebrating the 10-year anniversary in 2022. Along with positive effects, researchers and experts have some concerns about its implementation and the controversial results achieved. Existing studies describe a socio-demographic profile of participating doctors without reference to the motivations and destination of relocation. This contradicts the integrated approach of migration process proven in the theory of push-pull factors of migration by E. Lee. This work presents a classification of relocation strategies under the Program, which include: the motivation for relocation (pull and push factors); circumstances that complicate the process of moving; socio-demographic characteristics of migrant doctors and their migration intentions. The research is based

on biographical interviews with program participants and expert interviews with heads of medical institutions and its human resources departments from 9 regions of the Central Federal District in Russia. In five of the six outlined strategies, decision of migration is a combination of factors that goes beyond financial motivation. There are mostly two types of doctors who remain to work: those who are interested in moving to a larger or main city and those who have to move from the previous city (they use funds as start-up capital) including those who get paid upon their return home due to family matters or in order to take up employment according to their conditional scholarships and employee reimbursement obligation agreement. Those doctors who only participate in the Program in order to receive financial payments prefer the pendulum transfers or consider their relocation as temporary. The practical conclusion of the article is that compensation programs should be complemented with non-economic incentives to make it more efficient.

Keywords: *migration of doctors, professional migration, internal migration, migration to small towns and rural area, migration models, the federal program "Zemsky doctor", shortage of physicians.*

Acknowledgments: *The author is grateful to the supervisor Liliya Borisovna Karachurina for her help and comments at all stages of the study, as well as Ekaterina Valerievna Lanina for valuable comments and recommendations that made it possible to improve the quality of this article.*

Funding: *The study was carried out as part of the HSE University Program of Basic Research in 2022. The data was collected with the support of the Center for Advanced Governance (CPUR) as part of the Evidence-Based Policy 2021 grant program.*

For citation: *Sharepina E. (2022). The Zemsky Doctor program as a factor of the doctors' migration to the peripheral territories of the central Russian regions. Demographic Review, 9(4), 104-125. <https://doi.org/10.17323/demreview.v9i4.16745>*

Введение

Федеральная программа «Земский доктор» (далее Программа)¹, с 2012 г. доступная для реализации во всех регионах России, имеет своей целью решить проблему дефицита медицинских кадров высшего звена на периферии (сельская местность, рабочий поселок, поселок городского типа или город с населением меньше 50 тыс. человек). В 2021 г. врачу, переехавшему на работу на периферию и трудоустроившемуся на условиях полного рабочего дня на 5 лет, единовременно выплачивается 1 млн рублей (1,5 млн рублей для населенных пунктов, расположенных на удаленных и труднодоступных территориях, 2 млн рублей для территорий крайнего севера и Дальнего Востока). Выплаты по Программе относятся к нецелевым финансовым мерам поддержки – направления трат выплаченных средств не контролируются, что делает ее потенциально более вариативной и привлекательной для участников. Вместе с тем Программа имеет несколько ограничений: возрастной ценз (50 лет), ограничение по гражданству (только гражданам РФ) и отсутствие невыполненных обязательств по целевому договору, за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60%. Должность, на которую принимался врач на периферии, должна была быть включена в программный реестр должностей. Условия участия в Программе постоянно изменяются. Например, изначально возрастной ценз составлял 35 лет, в 2016 г. был увеличен до 50 лет, сейчас активно дебатруется вопрос о его отмене, и он уже отменен в некоторых регионах России (например, в Московской области).

Название Программы имеет отсылку к институту земской медицины и земских докторов, появившемуся во второй половине XIX века в результате серии институциональных реформ, последовавших за отменой крепостного права, и предусматривавших создание системы местного самоуправления в сельской местности — земских учреждений. С появлением земской медицины произошло изменение в представлении о роли медицинских работников: на место специалистов, продающих услуги за деньги, пришли представители важнейшей социально-медицинской службы, выполняющих широкие функции. Развитие земской медицины привело к быстрому увеличению числа врачей и медицинских работников среднего звена. Инновационная для того времени система участковой медицины (оказание медицинской помощи по территориальному признаку) позволила обеспечить бесплатный доступ к медицине разным слоям населения, развить систему медико-санитарного образования, создать систему статистики здоровья населения (Сорокина 2010). Исследователи отмечают несколько причин такого «успеха» земской медицины: ответственность за организацию медицинской помощи и финансирование стала лежать на органах местного самоуправления – земствах (Кобзева 2011), прогрессивные ценностные взгляды земских докторов (Чвикалов 2011), включение земских докторов в широкие медицинские сообщества (например, губернские съезды сельских врачей, Пироговские съезды и другие) (Райкова, Максинев, Завьялов 2012).

¹ Приложение №5 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек.

В современной России программа «Земский доктор» слабо связана с деятельностью органов местного самоуправления, и является федеральной программой, которая методами финансового стимулирования пытается решить проблему дефицита медицинских кадров в малонаселенных периферийных пунктах проживания россиян. Получение крупной денежной суммы, предусмотренной в рамках данной программы, является уникальным фактором стимулирования переезда на периферию представителей отдельной профессиональной группы. Подобная Программа в России ещё существует только для учителей, однако она начала реализовываться существенно позднее, чем для врачей².

Несмотря на то, что у Программы «Земский доктор» есть неоспоримые преимущества (и даже появилась программа-последователь), общая нерешенность вопроса кадрового дефицита в здравоохранении на местах свидетельствует, что проблемы с логикой и реализацией Программы сохраняются. Исследования (Андреева, Карачурина 2021; Брынза и др. 2017; Тарасенко, Хорева 2016) показывают, что их можно свести к следующим: востребованность Программы в пристольных территориях регионов, а не на территориях действительно проблемной «периферии», участие в Программе и соответственно переезд врачей из периферийных муниципальных образований (МО) в другие для получения средств (перераспределение специалистов между дефицитными территориями, а не привлечение новых кадров), высокая доля выхода из участия в Программе и возвращения средств, низкая степень закрепления после отработки минимально требуемого срока.

Попытки анализировать механизмы работы Программы и причины проблем реализации имеются, но они отличаются описательностью и фрагментарностью. Чаще всего в ракурсе исследований находится опыт одного региона: Самарская область (Сиротко, Богатырева, Корендясов 2015), Тюменская область (Брынза и др. 2017), Воронежская область (Данилов, Литвинова, Загитова 2018), Алтайский край (Богатырева, Долгова 2016) и др. Большинство исследований имеет количественный дизайн с использованием метода анкетного опроса и фокусируется на описательных статистиках причин вступления в Программу врачей (Брынза и др. 2017; Сиротко, Богатырева, Корендясов 2015; Гидрасов и др. 2014) или профессиональных намерений студентов о желании участвовать в Программе (Шепелева, Корнеева, Ямщикова 2019). Часто описание происходит с позиции направлений трат средств компенсационных выплат, подчеркивая прямую связь между выбором населенного пункта, переездом, трудоустройством и денежной мотивацией. При этом редкое рассмотрение социально-демографических характеристик участников Программы «Земский доктор» (Кинчагулова и др. 2018; Гридасов, Бутолин, Богатырева 2014; Кинчагулова и др. 2019) осуществляется без привязки к мотивациям участия в ней.

В то же время участие в Программе в соответствии с условиями об обязательной смене населенного пункта работы («прибывшему (переехавшему) на работу») может быть

² Педагоги будут получать 1 млн рублей подъемных в рамках программы «Земский учитель» (2020). ТАСС, 1 января 2020. <https://tass.ru/obschestvo/7456027> (дата обращения: 21.12.2021). Ивушкина А. (2019). Медик на миллион: земским докторам отменяют возрастной ценз. *Известия*, 9 апреля 2019. <https://iz.ru/863382/anna-ivushkina/medik-na-million> - (дата обращения: 12.04.2020).

охарактеризовано как процесс миграции, а значит, может анализироваться по аналогии с миграцией населения. Теоретики миграционных исследований постулируют, что переезд должен рассматриваться как комплексный процесс, сочетающий в себе притягивающие и выталкивающие факторы, характеристики точки исхода и приема, обстоятельства, осложняющие сам процесс переезда (Lee 1966; Iosifides, Sporton 2009). Кроме того, мотивации для переезда мигрантов различаются для разных социально-демографических групп (Astor et al. 2005; Мкртчян, Флоринская 2020).

Таким образом, новизна данного исследования заключается в применении подхода миграционных исследований к анализу вступления врачей в программу «Земский доктор», что позволяет объединить мотивации к участию в Программе с другими притягивающими и выталкивающими факторами, определяющими переезд, и социально-демографическими характеристиками врачей-участников, которые ими обладают. Цель данного исследования – выявить группы врачей, у которых востребована Программа и существуют мотивации к участию в ней, а также сравнить степень закрепления после отработки врачей с разными стратегиями миграции по программе «Земский доктор», описать Программу как фактор миграции врачей в отдаленные территории и сельскую местность. Полученные результаты могут стать основой для решения обозначенных выше сложностей реализации Программы.

В данной статье под стратегиями переезда понимаются обобщенные описания процесса переезда разных групп участников-программы: включают в себя набор мотиваций³ к участию в Программе, направления переезда (характеристики точки исхода и приема), соответствующие характеристики пола, возраста, брачного статуса, состава семьи врачей – участников Программы «Земский доктор», дальнейшие миграционные намерения (желание остаться или уехать после отработки Программы).

В рамках данной статьи сначала будет представлено описание теоретической рамки, далее представлен обзор российских и зарубежных работ по данной теме, затем описаны методы сбора и анализа данных, представлены факторы-препятствия, возникающие в процессе переезда по программе «Земский доктор», и инструменты для снижения их значимости, далее описана классификация стратегий переезда врачей, участвующих в программе «Земский доктор».

Теоретическая рамка

В миграционных исследованиях существует несколько теоретических подходов, через призму которых осуществляется анализ мотивации к переезду. В рамках теории равновесия в центре рассмотрения – экономические факторы, разница между спросом и предложением труда в разных населенных пунктах, которая побуждает к переезду (Harris, Todaro, 1970); в теории человеческого капитала миграция рассматривается как инвестиционное решение в знания, навыки, образование (De Haas 2010: 12). В рамках структуралистской теории миграция рассматривается не как индивидуальное решение,

³ В данной статье термины «факторы миграции» и «мотивации к переезду» используются как синонимы. В теории миграции push-pull факторов Ли (Lee 1966) факторы миграции – это то, что побуждает человека совершить переезд, что, по сути, совпадает с понятием мотивации, измеренном в процессе интервью. Использование в описании стратегий переезда по Программе термина «мотивации» объясняется качественным дизайном исследования, сложившимся в социальных науках подходом, что «фактор» может быть определен только при установлении причинно-следственной связи на количественном уровне.

а как следствие принуждения извне (там же). Теории социальных сетей и социального капитала указывают на важность учета социальных отношений в рамках изучения миграции (Massey et. al 1993: 448). Своеобразным объединением разных подходов является теория push-pull (толкать-притягивать) факторов, которая исходит из предпосылки о том, что решение о миграции связано с четырьмя типами факторов: связанными с местом исхода (выталкивающие факторы), с местом назначения миграции (притягивающие факторы), факторами-препятствиями, возникающими в процессе переезда (intervening obstacles) и личными факторами (факторы, связанные с текущим статусом или отдельной частью жизненного цикла) (Lee 1966: 50). По мнению автора «push-pull» теории миграции, решения о миграции не являются сугубо рациональными, совершаются не обособленно отдельным индивидом, факторы миграции разделяются на объективные и субъективные, при анализе у исследователей есть возможность определить типы людей, которые одинаково реагируют на общие наборы характеристик населенных пунктов исхода и направления миграции, имеют схожие личные факторы.

Ряд исследований касаются изучения мотиваций врачей или факторов, стимулирующих врачей к переезду на периферию. Они производятся в странах, для которых актуальны аналогичные проблемы дефицита врачей в сельской местности и в отдаленных районах: Австралия (Han, Humphreys 2006; Humphreys et. al 2012; Stewart, Khadra 2009), Новая Зеландия (Yow, Garces-Ozanne, Audas 2015), США (Baer et. al 1998, Hancock et. al 2009), ЮАР (George et. al 2019). Анализ факторов, которые стимулируют и ограничивают миграцию, производится в качественном (Han, Humphreys 2006) и количественном дизайне (Humphreys et. al 2012; Stewart, Khadra 2009; George et. al 2019) по разным классификациям. Некоторые исследования фокусируются на отдельных факторах миграции врачей, таких как зарплата (Okeke 2014; George, Atujuna, Gow 2013), сельское происхождение (Hay et. al 2017), наличие возможностей для непрерывного профессионального образования (Stewart, Khadra 2009), размер и другие характеристики населенных пунктов (Humphreys et al. 2012). Другие анализируют совокупность факторов (Dubois, Nolte E., McKee 2005; Yow, Garces-Ozanne, Audas 2015; Mbemba, Gagnon, Hamelin-Brabant 2016), которые можно разделить на несколько групп: относительно положительные и отрицательные характеристики мест исхода и приема, факторы рабочего места, семейные факторы и личные характеристики. В рамках данного исследования обзор существующей литературы будет сконцентрирован на анализе материальных выплат как фактора миграции врачей на отдаленные территории и в сельскую местность.

Обзор существующей литературы

Проблема дефицита медицинских кадров не является уникальной характеристикой России и характерна для других стран (Harrison 1998). Соответственно, в ряде стран предпринимаются программные меры, способствующие его снижению.

Например, в Австралии в дополнение к годовой повышенной зарплате врачи, работающие в сельских территориях, также получают скидки на жилищно-коммунальное обслуживание, дополнительные ежегодные отпуска, финансирование курсов повышения квалификации, пенсию по выслуге лет ⁴. В отдельных районах страны действует также

⁴ Specialty spotlight: What's the Salary of a Rural Generalist in Australia?
<https://www.medrecruit.com/blog/rural-generalist-salary-australia/> (дата обращения 13.10.2022).

премия для медсестер за каждый год службы в сельской местности ⁵. В США действует государственная программа доплат врачам Medicare's Merit-based Incentive Payment System (MIPS), внутри которой заложены повышенные коэффициенты для расчетов бонусов к зарплате за работу на территориях с дефицитом медицинских специалистов ⁶. В рамках другой программы правительством США оказывается помощь в погашении образовательных кредитов для врачей, медсестер, работающих в сельских общинах, обозначенных как районы нехватки медицинских работников (отдаленные и сельские районы) ⁷. В ЮАР для найма врачей правительство поддерживает сельские надбавки в размере от 8 до 22% от базовой заработной платы (Mburu, George 2017).

Зарубежные исследования, анализирующие эффективность финансовых выплат или материальных доплат для решения проблемы дефицита медицинских кадров, выявляют очень противоречивые результаты. Часть исследований показывает положительные эффекты введения сельских надбавок: канадское исследование статистики трудоустройства врачей демонстрирует, что на трудоустройство врачей общей практики положительно повлияло установление повышенных зарплат в сельских и дефицитных районах при снижении зарплат в районах с избыточным числом медицинских работников (Dussault, Franceschini 2006). Напротив, на Филиппинах исследование мер, связанных с децентрализацией системы найма, увеличением зарплат и отменой системы распределения медицинских работников, показало негативные эффекты введенных изменений, так как местные органы власти не смогли закрыть дефицит медицинских работников даже с высоким уровнем зарплат (Flores et. al 2021). Исследование эффективности сельских надбавок в ЮАР демонстрирует, что программа имеет проблемы, связанные с несправедливым распределением сельских пособий и выделением нечетких критериев для определения понятия «сельский» (Mburu, George 2017). Поэтому для улучшения работы программы предлагается унифицировать и уточнить классификацию сельских медицинских учреждений.

Такие противоречивые выводы могут быть объяснены на основе результатов метаанализа статей, проведенного (Wilson et. al 2009), следующими причинами: материальные надбавки и денежные выплаты без дополнительных стимулов работают как инструмент привлечения и направлены на удовлетворение краткосрочных потребностей в найме, т. е. имеют временные эффекты. Для обеспечения долгосрочного эффекта и «удержания» врачей для работы на длительный срок они должны сочетаться с другими стимулами или с программами отбора по определенным характеристикам (например, опыту проживания на периферии) (Wilson et. al 2009).

Таким образом, опыт зарубежных стран во многом перекликается с российским: нет однозначного положительного ответа относительно эффективности действия программ,

⁵ Queensland Health. Remote Area Nursing Incentive Package (RANIP). https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0033/396078/qh-pol-217.pdf (дата обращения 13.10.2022).

⁶ Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) <https://www.ama-assn.org/practice-management/payment-delivery-models/understanding-medicare-s-merit-based-incentive-payment> (дата обращения 13.10.2022).

⁷ NHSC Rural Community Loan Repayment Program <https://nhsc.hrsa.gov/loan-repayment/nhsc-rural-community-loan-repayment-program> (дата обращения 13.10.2022).

результаты зависят от специфики анализируемого региона, методов анализа, критериев эффективности и пр.

Подтверждая результаты зарубежных исследований о краткосрочном характере эффектов экономического стимулирования, российские авторы анализируют показатели числа вступивших в программу «Земский доктор», долю вышедших из Программы раньше срока отработки и долю врачей, которые остались после отработки.

При этом официальной общероссийской статистики по использованию программы «Земский доктор» нет. Оценки потоков по отдельным регионам и годам реализации Программы можно получить через отчеты по реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» или в статьях, которые используют данные, полученные по индивидуальным запросам в региональные органы исполнительной власти, или результаты анкетных опросов соответствующей группы (Богатырева, Долгова 2016; Кинчагулова и др. 2018; Данилов, Литвинова, Загитова 2018).

Исследования показывают, что часть средств по Программе возвращается раньше срока отработки: в Воронежской области за 2012-2017 гг. 66 человек или 11,7% от общего числа переехавших по Программе расторгли договор до окончания времени отработки (Данилов, Литвинова, Загитова 2018), в Тюменской области данный показатель составляет 172 человека или 34,1% (Кинчагулова и др. 2018). Основными причинами досрочного расторжения договора называют приобретение жилья в другом населенном пункте (44,6%), карьерный рост в другой организации (13,7%), изменение семейного положения (9,5%), изредка – неудовлетворенность оплатой и условиями труда, взаимоотношениями в коллективе (Кинчагулова и др. 2018). При этом причины выхода из Программы различаются для разных мест отработки: для более отдаленных районов превалирует неудовлетворенность условиями жизни и быта в населенном пункте (Кинчагулова и др. 2018).

Желание остаться работать в населенном пункте после срока отработки также различается для разных районов: так, в среднем в Тюменской области около 35% опрошенных врачей заявили о желании остаться в данном населенном пункте, но в пристольичном Тюменском районе этот показатель составляет 70% (Кинчагулова и др. 2019).

Важное обстоятельство – было ли участие в Программе основной причиной переезда для работы в сельской местности. По результатам анкетного опроса врачей, трудоустроившихся в медицинские организации Самарской области, превалирующая доля трудоустроилась в сельскую местность для получения средств по Программе (96,7%). При этом для многих из них также значимыми были факторы приобретения опыта работы (94,5%), желания работать в благоприятных условиях окружающей среды (84,5%) и возможностей карьерного роста (72,2%) (Сиротко, Богатырева, Корендясов 2015). Аналогичный анкетный опрос в Тюменской области показал, что в области в целом 50% опрошенных назвали программу «Земский доктор» как единственную причину, которая повлияла на принятие решения о трудоустройстве в сельскую местность, интересно, что для Тюменского муниципального района этот показатель составляет 75% (Брынза и др. 2017; Кинчагулова и др. 2018). Для всей Тюменской области 25% опрошенных заявили о независимости их переезда и получения средств (для Тюменского района эта доля составляет 10%), остальные респонденты имели несколько мотиваций к переезду или являлись целевиками, что означало сочетание мотиваций с отработкой целевого направления. В качестве выталкивающих факторов называются отсутствие жилья (32,6%),

неудовлетворенность зарплатой (25,3%), существенно меньшее значение имеют профессиональные (отсутствие карьерного роста и взаимоотношения в коллективе) и средовые (неудовлетворенность населенным пунктом (6,9%)) характеристики.

Опрос студентов Удмуртского государственного университета показал, что 11,2% опрошенных планируют принять участие в программе «Земский доктор», из них всего 15,7% студентов ответили, что получение средств – основная причина таких планов (Шепелева, Корнеева, Ямщикова 2019). Одновременно основные мотивы отказа от участия в программе связаны с длительным сроком отработки (68,4%), нежеланием менять городские условия проживания на сельские (28,6%), низкое материальное оснащение районных больниц (25,2%), отсутствие перспектив в карьерном росте (22,4%) (Шепелева, Корнеева, Ямщикова 2019).

Мотивационные составляющие жизни молодых врачей, проживающих и работающих на селе, и их профессиональная идентичность подробно описаны в работе К. Галкина (2018), где показана высокая роль взаимодействия с местным сообществом, которое стимулирует поддержание профессионализма у врача и мотивацию остаться работать в селе/малом городе. Кроме того, показано, что удержание врача с городским бэкграундом для работы по Программе связано с наличием ориентации на восприятие своей профессии как помогающей в сочетании с постепенной интеграцией в сельскую жизнь, в том числе за счет дополнительных программ получения жилья (Галкин 2020).

Анализ социально-демографических характеристик врачей, участвующих в Программе, показывает, что большая доля участников Программы – молодые женщины (средний возраст 30-35 лет) (Кинчагулова и др. 2018; Гридасов, Бутолин, Богатырева 2014; Кинчагулова и др. 2019), находящиеся в браке и имеющие детей (Гридасов, Бутолин, Богатырева 2014; Кинчагулова и др. 2019).

Как было указано ранее, ограничением описанных выше исследований является разрозненность анализа – отсутствие объединения мотиваций и социально-демографических характеристик в единую модель, что не позволяет объяснить возникающие проблемы. Цель данной работы рассмотреть стратегии переезда по Программе.

Данные и методы

Данное исследование является частью большого проекта по изучению проблемы дефицита медицинских кадров в отдаленных территориях и сельской местности. В мае-декабре 2021 г. было собрано 71 биографическое интервью с врачами, трудоустроившимися в периферийные муниципальные образования Центрального федерального округа (далее - МО ЦФО) за последние 10 лет, из которых 18 имели опыт участия в программе «Земский доктор», а также 30 экспертных интервью с представителями региональных исполнительных органов государственной власти здравоохранения (главными врачами, руководителями и специалистами кадровых служб и административными работниками медицинских учреждений).

Выборка была реализована в логике максимальной вариации нарративов и характеристик респондентов для приближения к описанию всей палитры факторов, стратегий миграции (Штейнберг 2009: 71). Для этого на первой стадии были отобраны

регионы, которые по определённым признакам существенно различаются друг от друга. В соответствии с логикой анализа миграции врачей были выделены следующие признаки:

- территориальное положение: близость к Москве (наличие/отсутствие границ с Московской областью и Москвой) как центру аттрактивности для значительного числа мигрантов вне зависимости от принадлежности к профессиональной группе (Карачурина 2022), макротерриториальное положение – регионы Черноземья или Нечерноземья, различающиеся природно-климатическими условиями и системой расселения, оказывающей влияние на размещение медучреждений и общую связанность пространства (Ковалев 2003);
- социально-экономическое положение: уровень развитости региона и специализация в соответствии с типологией ⁸;
- наличие или отсутствие в регионе медицинского вуза.

На второй стадии для отбора медицинских учреждений в муниципальных образованиях регионов был использован подход, аналогичный выбору регионов. Мы стремились включить в выборку врачей, работающих в разных по характеристикам населённых пунктах и медицинских учреждениях:

- разный *тип* муниципальных образований: городские округа, муниципальные округа, городские поселения муниципальных районов, сельские поселения муниципальных районов, населённые пункты разной людности;
- расположение медицинского учреждения: разные типы населённых пунктов по локации медицинских организаций в рамках центропериферийного континуума (например, в «центральных» пристоличных районах, близких к региональному центру; в наиболее далеких от регионального центра данного региона и других регионов – «глубинке». Показателем периферийности в нашем исследовании в соответствии с логикой, выдвинутой Т.Г. Нефедовой (2010), служит физическая удаленность от некоторого центра – столицы государства, региона, большого или любого города);
- размер медицинских учреждений (по числу врачей);
- дополнительные факторы, выделяющие данный населённый пункт и медицинское учреждение среди других: туристическая привлекательность, наличие в районе «сильного» производства, приграничное положение, наличие дополнительных мер поддержки врачей, численность работников с иностранными дипломами (на основе информации, предоставленной на сайтах медицинских учреждений).

В итоге реализации полевого этапа исследования были собраны интервью с информантами из 9 регионов ЦФО: Тверской, Владимирской, Ивановской, Костромской, Московской, Калужской, Белгородской, Воронежской и Липецкой областей. Врачи из 13 учреждений были опрошены тет-а-тет в ходе экспедиционных выездов, из 5 учреждений – онлайн-методами с использованием телефонной связи либо инструментов видеоконференций (Skype, ZOOM). Для сохранения анонимности медицинских учреждений, представители которых приняли участие в исследовании, их название и

⁸ Голяшев А.В., Григорьев Л.М. (2014). *Типы российских регионов: устойчивость и сдвиги в 2003-2013 годах*. М.: Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации.
<https://ac.gov.ru/files/publication/a/4363.pdf> (дата обращения 20.01.2023)

местоположение не раскрывается, но задачи максимальной вариативности признаков, описанные выше, были выполнены.

Сбор данных с применением административного ресурса, с одной стороны, позволил получить доступ к сложнодоступному полю, а с другой – мог способствовать усилению социальной желательности ответов информантов (Paulhus 2017). Опрос разных категорий стейкхолдеров (врачей разных категорий, кадровые службы, администрации), получение разных точек зрения, обсуждение «тонких» мест и проблематизация Программы, а также применение техник снижения социальной ожидаемости ответов позволили нивелировать данное ограничение исследования.

Использование метода глубинных биографических интервью позволило получить широкий набор мотивов переезда, проанализировать комплексную картину стратегий переезда по программе «Земский доктор». Интервью проводили по полуструктурированному гайду, который состоял из вопросов про жизненный путь информанта с параллельным раскрытием мотивации и опыта участия в Программе. Среднее время интервью – 40 минут. Экспертные интервью с главными врачами, руководителями и специалистами кадровых служб были собраны для подтверждения полноты описания стратегий на основе получения взгляда «со стороны», а также получения оценок распространенности и степени удержания врачей – участников Программы.

Анализ и кодирование интервью произведены в программе ATLAS.TI. На первом этапе было осуществлено открытое тематическое кодирование биографических интервью с врачами-участниками и экспертных интервью, далее полученные коды объединены в группы (субкоды). Таким образом, были выявлены ключевые выталкивающие и притягивающие факторы и мотивы миграции, социально-демографические характеристики тех, кто переезжает, миграционные намерения, а также характеристики текущего места работы и места жительства, общие проблемы и механизмы работы программы «Земский доктор». На втором этапе в процессе осевого кодирования биографических интервью мотивы миграции были объединены с социально-демографическими характеристиками и контекстными переменными (характеристиками места исхода и места проживания и работы) для составления стратегий переезда врачей по программе «Земский доктор».

Факторы-препятствия, возникающие в процессе переезда по программе «Земский доктор»

В данном разделе кратко описаны факторы-препятствия, возникающие в процессе переезда (intervening obstacles): палитра всех сложностей, которые выделяли информанты и эксперты, как проблемы при совершении переезда по программе «Земский доктор», так и те обстоятельства, которые облегчали участникам программы преодоление соответствующих трудностей.

Первым выделенным фактором стали организационные вопросы участия в Программе: сложности оформления документов, необходимость соблюдения сроков подачи, непрозрачность действий Программы и процесса участия в ней, непонятность и неотлаженность процесса отбора для участия в программе, разные условия взаимодействия «больница – региональный минздрав» – сложность взаимодействия и поддержки в решении проблем.

Информанты говорят о том, что активность и координированность действий проводников этой Программы на уровне учреждений (кадровых служб и администрации), а также региональных властей позволяет решить большинство организационных вопросов, осложняющих процесс переезда. Существовавший в советское время институт распределения специалистов после окончания вузов способствовал тому, что кадровые службы медицинских учреждений в СССР выполняли в основном делопроизводственную и отчетную функцию. Однако современные условия открытого рынка труда и конкуренции за дефицитных специалистов требуют от сотрудников этих служб реальной активной работы по поиску и развитию человеческих ресурсов (HR – human resources): поиска и подбора персонала, сопровождения в процессе переезда и обустройства в новом населённом пункте, поддержки и развития персонала в период работы. Анализ отдельных кейсов показывает, что активная позиция и деятельность кадровых служб медучреждений, использование наработок из бизнес-структур могут стимулировать врачей для участия в Программе и трудоустройства в периферийные МО. В части учреждений сотрудники кадровых служб уже перестроились, в большей части других, исследованных нами – нет.

«Вот [руководитель кадровой службы ред.], когда она встала у нас в отдел кадров, она в этом плане очень подкованная, моментом все оформлялось. Просто скинули мне на карту деньги, я подписал договор» – врач, межрегиональный мигрант.

«Нашим властям ничего не нужно, они ничем не помогают, всего сами люди добиваются, все документы оформляют. Ничем они не помогают» – врач, жен., невропатолог, земский доктор.

Аналогично выделенным Э. Ли и его последователями факторам-препятствиям, в качестве важного фактора, осложняющего переезд, информанты выделяют дистанцию от места-исхода до места вселения. Стремясь к минимизации влияния этого фактора, участники Программы выбирают территориально более близкие населенные пункты, что способствует проблеме перераспределения кадров внутри периферии: для получения средств зачастую выбирается трудоустройство в соседнем районе или регионе. В более выгодном положении находятся населенные пункты, расположенные в транспортных узлах, на федеральных дорогах, на расстоянии приблизительно одно-, максимум двухчасовой доступности от крупного населенного пункта. Информанты подчеркивают, что хорошая достижимость крупного города может компенсировать другие не вполне привлекательные характеристики населённого пункта работы: его маленький размер, отсутствие инфраструктуры, магазинов, досуговых точек и др.

Удерживающими от участия в Программе и осложняющими переезд являются издержки, связанные с необходимостью организации жизни в новом месте (они более высокие у врачей, которые переезжают с семьёй). В них включаются поиск жилья, трудоустройство супруга/супруги, устройство в дошкольные и школьные учреждения. Опыт опрошенных информантов показывает, что содействие кадровых служб или администрации учреждений, наличие дополнительных программ по предоставлению жилья и помощи в переезде организации жизни супруга/супруги и детей, наличие социальных связей, снижают данные трудности переезда и делают его более желанным и приятным для информантов.

«Садик дали, садик в профкоме без проблем. Потом я попала к начальнику образования [звучит ФИО, ред.], с её помощью».

– И решился вопрос со школой?

– Да, не сразу, но она решила, да, это к ней ещё попасть надо (смеётся)» – врач, жен., терапевт, межрегиональный мигрант.

Выделенные факторы-препятствия, которые возникают в процессе переезда по программе «Земский доктор» во многом совпадают с факторами, действующими для внутрироссийской миграции, а также и для миграции врачей в целом (переезжающих не только по Программе), только организационные факторы работают сугубо для Программы.

Стратегии миграции врачей по программе «Земский доктор»

Использование теории push-pull факторов к анализу мотиваций участия в Программе позволило комплексно рассмотреть процесс участия в Программе с точки зрения биографий врачей – участников Программы; объединить внутри выделенных стратегий мотивации к участию в Программе, сопутствующие им мотивации к выбору данного населенного пункта и медицинского учреждения (факторы миграции) и социально-демографические характеристики врачей-участников и дальнейшие миграционные намерения (таблица). Основаниями для выделения стратегии стали мотивации к переезду. Классификацию стратегий производили в 2 этапа: сначала врачи – участники Программы были разделены на тех, для кого первичным фактором выбора населенного пункта и медицинского учреждения стало участие в Программе, и на тех, для кого участие в Программе стало дополнительным бонусом. Далее внутри каждой из групп были выделены дополнительные мотивации (факторы), которые определили переезд в конкретный населенный пункт. Для данных групп были описаны соответствующие социально-демографические характеристики и миграционные намерения.

Пользователей программы «Земский доктор» можно разделить на 2 категории:

- 1) врачи, главным мотивом переезда для которых является получение финансовых средств (готовы переехать и трудоустроиться только в случае их участия в «Земском докторе»);
- 2) врачи, ключевой мотив переезда которых не связан с «Земским доктором», участие в этой Программе является для них дополнительным бонусом.

В первом случае Программа является инструментом привлечения специалистов, во втором – инструментом удержания, закрепления специалиста на данном месте работы.

«Тут разные есть [участники программы «Земский доктор», ред.]. Есть которые после окончания института выбрали нас, устроились. Есть выходцы из наших территорий, они вернулись как бы на свою родину, есть которые переехали из других регионов» – эксперт, представитель администрации учреждений, главный врач.

Врачи из первой обозначенной категории, для которых программа «Земский доктор» была главной движущей силой переезда и работы в соответствующем населенном пункте, имеют 2 основные мотивации получения денежных средств:

- необходимость быстрого решения временных материальных проблем и трудностей (заккрытие ипотеки, долгов);

- получение стартового капитала для обоснования и переезда в ЦФО, в желаемый населенный пункт или для осуществления «побега» по личным или профессиональным причинам.

Опишем процесс выбора населенного пункта и социально-демографические характеристики участников Программы для каждой выделенной мотивации.

Таблица. Классификация стратегий миграции врачей по программе «Земский доктор»

Мотивация участия в программе	Доминирующее направление мобильности	Социально-демографические характеристики участников	Миграционные намерения	
Первичная причина выбора населенного пункта – участие в программе	(А) «стартовый капитал» для переезда в миграционно привлекательный населенный пункт или регион	восходящая	семейные, молодой возраст	высокий уровень закрепления в населенном пункте
	(Б) желание решить временные материальные трудности, сделать крупные покупки	горизонтальная, маятниковая миграция	одинокие или семья остается в месте исхода	низкий уровень закрепления в населенном пункте
	(В) «побег» по личным или профессиональным причинам	нисходящая	одинокие, в разводе, среднего возраста, чаще мужчины	высокий уровень закрепления в населенном пункте
Участие в программе – дополнительный бонус при переезде	(Г) отработка целевого направления (до 2016 г.)	нисходящая	молодые возраста (24-27 лет), одинокие	средний уровень закрепления в населенном пункте
	(Д) возвращение в родной населенный пункт по семейным причинам,	нисходящая	молодые возраста: женатые мужчины с детьми, разведенные женщины с детьми средний, предпенсионный возраст, одинокие	высокий уровень закрепления в населенном пункте
	(Е) «миграция вслед» за супругом/супругой	любая	женщины, замужем, в возрасте 24-35 лет, с детьми	низкий уровень закрепления в населенном пункте

Источник: Составлено автором по материалам интервью с информантами.

Так, средства, полученные по Программе, могут использоваться в качестве стартового капитала среди врачей, переезжающих с семьей и детьми дошкольного возраста. Нередко это происходит в ситуации, когда оба супруга – доктора или работники медицинской сферы, так как это позволяет получить двойную выплату на семью.

Для трудоустройства такие участники Программы выбирают привлекательные с общемиграционной точки зрения регионы и районы ЦФО: Московскую, Белгородскую

области, районы, ближайшие к региональным центрам, районы с выгодным географическим положением (не более одного часа от крупных региональных центров), районы субъектов РФ, граничащие со столичными регионами. Если разделять участников в соответствии и с их местом исхода, данная стратегия наиболее востребована у следующих категорий мигрантов:

- внутрироссийские мигранты из северных, дальневосточных регионов России;
- внутрироссийские мигранты из более бедных регионов в более социально-экономически развитые и миграционно привлекательные;
- внутрирегиональные мигранты из более маленьких населенных пунктов в более крупные и миграционно привлекательные;
- международные мигранты (при условии наличия или получения гражданства РФ).

«А переезд мой был обусловлен из-за климатических условий, ну там, соответственно, район Крайнего Севера, проблемы со здоровьем у детей» – врач, психиатр, муж., межрегиональный мигрант.

«Мы с семьёй были заинтересованы в улучшении материальных и трудовых условий, поэтому мы по этой программе искали, где нужен педиатр. И вот мы приехали [из республики Дагестан, ред.]. Вариантов было много» – врач, терапевт, жен., межрегиональный мигрант.

«...У нас была терапевт, она по этой программе [«Земский доктор»] переехала из села в соседний районный центр, то есть человек, считается, из худших условий переехал в лучшие и получил там миллион или полтора, не знаю сейчас» – эксперт, представитель администрации учреждений, главный врач.

Миграционные намерения представителей данной группы зависят от их возможностей адаптироваться к жизни в новом населенном пункте или регионе. Чаще всего степень удержания на месте у них достаточно высокая, так как эта стратегия миграции связана со стремлениями улучшить среду, качество жизни для семьи и детей, а связи с предыдущим местом проживания нарушены (продано жилье, совершен переход в новую школу, отсутствуют родители или их перевезли с собой). Иногда «периферия» становится «трамплинной зоной», после отработки срока договора мигранты уезжают в более центральные, столичные и крупные населенные пункты.

Похожей мотивацией участия в Программе обладают врачи, которые вынуждены уехать из предыдущего места проживания из-за семейных проблем и необходимости освобождения жилплощади или по причине профессиональных конфликтов и невозможности продолжения работы на предыдущем месте. Чаще всего представителями данной стратегии миграции являются одинокие мужчины среднего и предпенсионного возраста в разводе. Они отличаются высоким уровнем закрепления, часто заводят новые семьи.

«Первая семья у меня в Москве осталась. Жизненные обстоятельства сложились так, что я уехал сюда в деревню. И здесь уже обзавёлся новой семьёй» – врач, стоматолог, муж., межрегиональный мигрант.

Другой группой участников Программы, заинтересованных прежде всего в получении средств, являются врачи с мотивацией решения временных материальных трудностей, создания накоплений или совершения крупных покупок (жилье, машина, дача,

ремонт). Такие участники Программы зачастую переезжают временно из соседних районов/регионов, выбирают для переезда территориально близкий населённый пункт (горизонтальная или нисходящая внутрирегиональная миграция) или не меняют место жительства, а совершают ежедневные (или в ином оговоренном ритме) поездки на работу (маятниковая миграция).

«Главная цель – чтобы можно было пойти по «Земскому доктору», но никуда не переезжать, жить в [столица региона, ред.], ездить каждый день. Если бы больше 100 км надо было бы ездить, не пошёл» – врач, муж., хирург, маятниковая миграция.

Временный характер трудностей и сфокусированность на получении средств при отсутствии других мотиваций ощутимо снижают уровень удержания данных категорий участников Программы в населённом пункте после отработки.

«К сожалению, сейчас больше приезжих, но ещё раз скажу: да, через 5 лет, скорее всего, это будет проблемой, потому что вряд ли кого-то из них тут будет что-то держать кроме, вот, “Земского доктора”» - врач, заведующий отделением, муж., вернувшийся в родной населённый пункт

Вторая категория бенефициаров Программы – врачи, для которых основным фактором переезда не являлось участие в «Земском докторе», но они приняли участие в Программе, так как соответствовали критериям получения. Часто участие в Программе не инициируется самими врачами: им предлагают поучаствовать заинтересованная в них администрация учреждения, коллеги и др.

«Я в любом случае сюда бы приехала. В моем случае – это [участие в программе, ред.] стало приятным бонусом, от которого я, естественно, не отказалась. И перспектива того, что мне нужно отработать 5 лет и ни шага в сторону, меня несколько не испугала» – доктор, терапевт, жен.

В результате анализа удалось выделить несколько мотиваций, которые являются причиной переезда и «сопутствуют» участию в Программе:

- отработка целевого направления (до 2016 г.);
- возвращение в родной населённый пункт по семейным причинам;
- «миграция вслед» за супругом/супругой.

До ограничений, введенных в 2016 г., студенты, вернувшиеся для отработки целевого направления, имели право на получение средств по программе «Земский доктор». С мая 2022 г. выплаты данной группе возможны только при условии снижения показателя укомплектованности кадрами в данной ЦРБ ниже 60%. Социально-демографические характеристики данной группы получателей: молодые, чаще одинокие врачи (вступление в брак – неофициальный повод избежать отработки по целевому направлению).

Многие врачи, которые после работы или обучения в другом населённом пункте возвращаются для жизни и работы в свой родной населённый пункт, также считают участие в Программе вторичным фактором переезда. Это чаще всего женщины в разводе с детьми, молодые семьи с детьми или одинокие выпускники медицинских вузов из семей с низким материальным достатком, у которых есть доступное жилье в данном населённом пункте и/или потребность в получении межпоколенческих трансфертов или помощи в уходе за

детьми. К данной группе также относятся врачи, переезжающие в предпенсионном возрасте для осуществления ухода за пожилыми родителями.

Хотя мотивация участия в Программе не является основной для данной группы, анализ показывает, что получение средств было востребовано ими и сыграло важную роль в закреплении специалистов в периферийном населённом пункте, так как дало возможность улучшить жилищные условия, обосноваться в родном населённом пункте и в целом получить материальную поддержку со стороны государства в качестве дополнительного бонуса. Зачастую это придает вынужденному возвращению в родной населённый пункт позитивную окраску. Среди руководителей учреждений и региональных органов власти распространено мнение, что целевые студенты уже получили свою меру поддержки в виде бесплатного обучения и этого достаточно. Однако, как показывает анализ, для удержания на работе и сохранения мотивации работника этого недостаточно. В данном случае это люди, для которых переезд даже в «родной» населённый пункт сопряжен с издержками. После долгого перерыва на учебу они возвращаются для жизни в родном населённом пункте, что сопряжено с необходимостью смены места жительства с более крупного населённого пункта на более маленький, поиска жилья (отличного от родителей), налаживания быта. Поэтому для них получение средств по программе «Земский доктор» является важным дополнительным аргументом для удержания.

«Уходят [про целевиков].

– В другие города?

– Регионы, другие больницы, да. Да. И поэтому те, кто приходит, изъявил желание здесь работать, они видят, какой объем работы на их плечи ложится. Это просто невыносимо (расстроено). Через какое-то время ищут себе лучшие условия, возможности для участия в «Земском докторе» и уезжают. Сами понимаете, рыба – где глубже, а человек – где лучше» – эксперт, представитель администрации учреждений, главный врач.

Данная группа является одной из самых эффективных с точки зрения полноты отработки срока по договору и дальнейшего закрепления в регионе. Этому способствуют 2 причины. Во-первых, так как эта группа ориентирована на проживание в населённом пункте (по мотивам, описанным выше), финансовые средства Программы они тратят на покупку жилья в том населённом пункте, где находится медицинское учреждение. Во-вторых, данная группа более адаптирована к жизни в данном населённом пункте: чаще всего имеет налаженные социальные связи (семью, родителей, друзей), готова к соответствующему образу жизни и др.

«Когда встал вопрос приобретения жилья, думали, где: в [региональном центре, ред.] или в [месте работы, ред.]. Выбрали [место работы, ред.], потому что здесь знакомых больше, всё налажено, понятнее, проще и в принципе заработная плата неплохая была» – доктор, психиатр, жен.

Ещё одним мотивом «сопутствующего» участия в Программе является миграция «вслед» за супругом/супругой, которые, как правило, работают на должностях, предполагающих ротацию (военные, судебные органы и др.).

Представителями данной стратегии являются чаще всего женщины в возрасте 24-35 лет, что совпадает с текущими трендами наиболее активных «брачных» возрастов с

поправкой на возраст выпуска из медицинских вузов (Щербакова 2020). При этом у таких врачей низкий уровень удержания, так как чаще всего пребывание в населённом пункте рассматривается как временное и у врача низкий интерес вкладываться в покупку жилья.

«Мужа сюда перевели, и я приехала с ним, мне в кадровой службе предложили миллион. Мы согласились, конечно, но не тратим, так как боимся, что сорваться придется в любой момент» – врач, терапевт, жен.

Выводы и дискуссия

Анализ серии биографических интервью с врачами – участниками программы «Земский доктор» и экспертных интервью с представителями администрации и кадровых служб медицинских организаций позволил объединить внутри стратегий миграции: 1) мотивацию к участию в Программе; 2) мотивацию к переезду; 3) направления переезда; 4) социально-демографические характеристики; 5) дальнейшие миграционные намерения, а также исследовать универсальные для стратегий факторы-препятствия, которые осложняют процесс переезда участников Программы. Такой системный взгляд на причины недостаточной эффективности Программы стал возможен благодаря применению подхода push-pull факторов Э. Ли.

Основной вывод исследования заключается в том, что, хотя программа «Земский доктор» представляет значимые финансовые стимулы для привлечения врачей для работы в периферийных муниципальных образованиях, участие в Программе не является достаточным условием трудоустройства, переезда врачей и их дальнейшего закрепления. Только в одной из 6 стратегий финансовая мотивация является основной для участия в Программе: она связана с наличием временных материальных трудностей или желанием сделать крупные покупки (стратегия Б). Однако решение этих «временных трудностей» в дальнейшем не удерживает врача для продолжения работы в данном населенном пункте, если ему не обеспечиваются достаточно комфортные условия работы и жизни. В этом случае врачи зачастую выходят из Программы раньше установленного срока отработки.

Для других 5 стратегий миграции врачей по программе «Земский доктор» получение денежных средств является дополнительной мотивацией к переезду и используется как стартовый капитал, дающий возможности обосноваться в населенном пункте. Такой мотивацией обладают врачи, переезжающие для улучшения качества жизни в миграционно привлекательные населенные пункты или регионы (стратегия А), либо врачи, вынужденные уехать из мест исхода по личным или профессиональным причинам (стратегия В), а также врачи, приезжающие для отработки целевого направления (стратегия Г) или возвращающиеся в родной населенный пункт (стратегия Д). Для последней группы участие в Программе (стратегия Е), чаще всего связано со случайным стечением обстоятельств, обусловленным вынужденным переездом врачей в населенный пункт, миграцией вслед за супругом/супругой.

Универсальными для всех стратегий дополнительными мотивациями участия в Программе могут быть наличие социальных связей в населенном пункте или в медицинском учреждении, наличие других бонусов или программ – предоставления жилья, помощь в устройстве детей и семьи, проактивность кадровых служб, администрации учреждений и органов государственной власти на региональном уровне.

Проведенный анализ демонстрирует, что финансовая поддержка, осуществляемая в рамках Программы, более эффективна в связке с описанными выше «притягивающими» и «выталкивающими» факторами. Данный вывод соотносится с результатами исследований условий эффективности финансовых мер поддержки, полученных в аналогичных зарубежных исследованиях (Wilson et. al 2009; Vujicic et. al 2004: 12; George, Atujuna, Gow 2013). Для российского исследовательского поля такая связь продемонстрирована, насколько нам известно, впервые. В формулировании этого ключевого вывода видится также важное практическое значение настоящего исследования, которое связано с пониманием того, что может являться дополнительными стимулами для участия в Программе и переезда на периферию. Возможные «потребности» врачей могут быть основаны на описанных выше нематериальных факторах участия в Программе и способах снижения воздействия факторов-препятствий, возникающих в процессе переезда.

Заметим, что качественный дизайн нашего исследования определяет необходимость говорить об универсальности и распространенности стратегий лишь в качестве гипотез. Однако включение в исследование опыта нескольких регионов, разных населенных пунктов и разных медицинских учреждений (выборка максимальной вариации) показывает устойчивость выделенных моделей и применимость результатов. Дальнейшим развитием исследования предполагается тестирование выделенных стратегий на количественном уровне и в других страновых и региональных контекстах.

Литература

- Андреева Е.А., Карачурина Л.Б. (2021). Стратегии миграции врачей в периферийные муниципальные образования (на примере Тверской области). *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*, 3, 316-338. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2021.3.1725>
- Богатырева М.Д., Долгова И.В. (2016). Реализация программ «Земский доктор» и «Сельский фельдшер» в Алтайском крае как одно из ключевых направлений по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации*, 2, 34-39.
- Брынза Н.С., Горбунова О.П., Сунгатуллина, Л. А., Кинчагулова, М. В., Литвинов, И. С., Суханова, Т. В. (2017). Исследование факторов мотивации участников программы «Земский доктор» в Тюменском муниципальном районе. *Медицинская наука и образование Урала*, 18(1), 88-91.
- Галкин К.А. (2018). Карьерные стратегии молодых сельских врачей ленинградской области: нарративный анализ. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*, 1 (33), 158-167. <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2018-1-158-167>
- Галкин К.А. (2020). Все прелести сельской жизни? Типы профессиональной идентичности молодых врачей, работающих в сельской местности. *Журнал исследований социальной политики*, 18(2), 175-190.

- Гридасов Г.Н., Бутолин Д.С., Богатырева Г.П. (2014). Об эффективности реализации программы «Земский доктор» на территории Самарской губернии. *Управление качеством медицинской помощи*, 2, 6-15.
- Данилов А.В., Литвинова Т.Д., Загитова В.А. (2018). Итоги реализации программы «Земский доктор» на территории Воронежской области за 2012-2017 годы. *Прикладные информационные аспекты медицины*, 21(1), 24-32.
- Карачурина Л.Б. (2022). Урбанизация или субурбанизация определяет миграцию населения в Московской области? *Вестник Санкт-Петербургского университета. Науки о Земле*, 67(2), 360-381. <https://doi.org/10.21638/spbu07.2022.208>
- Кинчагулова М.В., Брынза Н.С., Горбунова О.П., Решетникова Ю.С. (2018). Результаты реализации программы «Земский доктор» в Тюменской области. *Здравоохранение Российской Федерации*, 62(6), 289-294. http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-6-289-294_289
- 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. <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-2-158-162>
- Кобзева Т. А. (2011). Землеустроительные мероприятия земских учреждений в контексте столыпинской аграрной реформы в начале XX в. (на материалах Симбирской губернии). Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. *Вопросы теории и практики*, (2-2), 90-92.
- Ковалев С.А. (2003). *Избранные труды*. Смоленск: Ойкумена.
- Мкртчян Н.В., Флоринская Ю.Ф. (2020). Почему люди уезжают из одних регионов и приезжают в другие: мотивы межрегиональной миграции в России. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*, 5(159), 130-153. <http://dx.doi.org/10.14515/monitoring.2020.5.1619>
- Нефедова Т.Г. (2010). Костромская периферия в фокусе проблем периферийных районов России. *Регион: экономика и социология*, 8, 32.
- Райкова С.В., Максинев Д.В., Завьялов А.И. (2012). К истории становления и развития земской медицины и санитарного дела в Тамбовской губернии в конце XIX начале XX столетий. *Вестник российских университетов. Математика*, 17(2), 662-665.
- Сиротко М.Л., Богатырева Г.П., Корендясов П.П. (2015). Влияние миграции выпускников медицинского вуза на обеспеченность врачебными кадрами в Самарской области. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*, 7, 82-93.
- Сорокина Т.С. (2010). Земская медицина приоритет России. *Земский врач*, 1, 7-10.
- Тарасенко Е.А., Хорева О.Б. (2016). Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях. *Вопросы государственного и муниципального управления*, 4, 117-142.
- Чвикалов А.И. (2011). Земские врачи центрально-чернозёмных губерний во второй половине XIX-начале XX в.: служба и служение. Исторические, философские,

политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. *Вопросы теории и практики*, (7-1), 207-212.

Шепелева В.М., Корнеева В.А., Ямщикова Т.В. (2019). Оценка отношения студентов-медиков к Федеральной программе «Земский доктор». *Modern Science*, (12-2), 227-230.

Штейнберг И.Е. (Ред.) (2009). Качественные методы. Полевые социологические исследования. СПб.: Алетейя

Щербакова Е.М. (2020). Предварительные демографические итоги 2019 года в России (часть I). *Демоскоп Weekly*, 847-848.

<http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0799/barom01.php>

Astor A., Akhtar T., Matallana M.A., Muthuswamy V., Olowu F.A., Tallo V., Lie R.K. (2005). Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Social science & medicine*, 61(12), 2492-2500.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.003>

Baer L.D., Ricketts T.C., Konrad T.R., Mick S.S. (1998). Do international medical graduates reduce rural physician shortages? *Medical Care*, 1534-1544.

De Haas H. (2010). Migration and development: A theoretical perspective. *International migration review*, 44(1), 227-264.

Dubois C.A., Nolte E., McKee M. (2005). *Human resources for health in Europe*. McGraw-Hill Education (UK).

Dussault G., Franceschini M.C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health*, 4(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>

Flores E.L.L., Manahan E.M.R., Lacanilao M.P.B., Ladaw I.M.B.T., Mallillin M.M.B., Mappatao N.T.Q., Pepito V.C.F. (2021). Factors affecting retention in the Doctors to the Barrios Program (Philippines) from 2012 to 2019: A Mixed Methods Study. *BMC Health Services Research*, 21, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07219-0>

George A., Blaauw D., Thompson J., Green-Thompson L. (2019). Doctor retention and distribution in post-apartheid South Africa: tracking medical graduates (2007–2011) from one university. *Human Resources for Health*, 17, 1-9.

George G., Atujuna M., Gow J. (2013). Migration of South African health workers: the extent to which financial considerations influence internal flows and external movements. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-297>

Han G.S., Humphreys J.S. (2006). Integration and retention of international medical graduates in rural communities: A typological analysis. *Journal of Sociology*, 42(2), 189-207.

Hancock C., Steinbach A., Nesbitt T.S., Adler S.R., Auerswald C.L. (2009). Why doctors choose small towns: a developmental model of rural physician recruitment and retention. *Social science & medicine*, 69(9), 1368-1376.

Harris J.R., Todaro M.P. (1970). Migration, unemployment and development: a two-sector analysis. Theories of migration. *The American economic review*, 60(2), 126-142.

Harrison M.E. (1998). Female physicians in Mexico: Migration and mobility in the lifecourse. *Social science & medicine*, 47(4), 455-468. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00112-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00112-9)

- Hay M., Mercer A.M., Lichtwark I., Tran S., Hodgson W.C., Aretz H.T., Armstrong E.G., Gorman D. (2017). Selecting for a sustainable workforce to meet the future healthcare needs of rural communities in Australia. *Advances in Health Sciences Education*, 22, 533-551.
- Humphreys J.S., McGrail M.R., Joyce C.M., Scott A., Kalb G. (2012). Who should receive recruitment and retention incentives? Improved targeting of rural doctors using medical workforce data. *Australian Journal of Rural Health*, 20(1), 3-10.
- Iosifides T., Sporton D. (2009). Biographical methods in migration research. *Migration Letters*, 6(2), 101-108. <https://doi.org/10.33182/ml.v6i2.69>
- Lee E.S. (1966). A theory of migration. *Demography*, 3(1), 47-57.
- Massey D.S., Arango J., Hugo G., Kouaouci A., Pellegrino A., Taylor J.E. (1993). Theories of international migration: A review and appraisal. *Population and development review*, 431-466.
- Mbemba G.I.C., Gagnon M.P., Hamelin-Brabant L. (2016). Factors influencing recruitment and retention of healthcare workers in rural and remote areas in developed and developing countries: an overview. *Journal of public health in Africa*, 7(2).
- Mburu G., George G. (2017). Determining the efficacy of national strategies aimed at addressing the challenges facing health personnel working in rural areas in KwaZulu-Natal, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 9(1), 1-8. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1355>
- Okeke E.N. (2014). Do higher salaries lower physician migration? *Health policy and planning*, 29(5), 603-614.
- Paulhus D.L. (2017). Socially desirable responding on self-reports. *Encyclopedia of personality and individual differences*, 1-5.
- Stewart G.D., Khadra M.H. (2009). The continuing medical education activities and attitudes of Australian doctors working in different clinical specialties and practice locations. *Australian Health Review*, 33(1), 47-56.
- Wilson N.W., Couper I.D., De Vries E., Reid S., Fish T., Marais B.J. (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and remote health*, 9(2), 1-21.
- Yow A., Garcés-Ozanne A., Audas R. (2015). Carousel and conveyor belt: the migration of doctors in New Zealand. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 25(3), 219-234.