

Научная статья

УДК 911.373.3:614.21

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.012

Новая технология организации оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи жителям малочисленных сельских населенных пунктов

Татьяна Леонидовна Савинова¹, Наталья Александровна Денисова²,
Анатолий Владимирович Володин³

¹Министерство здравоохранения Оренбургской области, Оренбург, Российская Федерация;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

^{1,2}ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Российская Федерация;

³ГАПОУ «Оренбургский областной медицинский колледж» Оренбург, Российская Федерация

¹minzdrav.orb.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0430-7710>

²doctor_bajanova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2774-4072>

³avolodvl@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3840-6845>

Аннотация. Многофакторная негативная этиология медико-демографических показателей сельского населения хуже, чем городского. Предлагается новая организационная технология «Помощник фельдшера» в малых населенных пунктах, апробированная в Оренбургской области. Получены положительные результаты проекта: посещение маломобильных граждан увеличилось в 2,8 раза (с 237 человек в 2022 году до 836 в 2023 году), увеличилось число посещений к жителям в 2 раза.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, помощник фельдшера, доступность медицинской помощи, сельское население.

Для цитирования: Савинова Т. Л., Денисова Н. А., Володин А. В. Новая технология организации оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи жителям малочисленных сельских населенных пунктов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 78—83. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.012.

Original article

New technology for organizing primary pre-hospital health care to residents of small rural settlements

Tatyana L. Savinova¹, Natalya A. Denisova², Anatoly V. Volodin³

¹Ministry of Health of the Orenburg Region, Orenburg, Russian Federation;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

^{1,2}Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Orenburg State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Orenburg, Russian Federation;

³GAPOU «Orenburg Regional Medical College», Orenburg, Russian Federation

¹minzdrav.orb.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0430-7710>

²doctor_bajanova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2774-4072>

³avolodvl@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3840-6845>

Annotation. Multifactorial negative etiology of medical and demographic indicators of the rural population is worse than the urban one. A new organizational technology "Paramedic Assistant" is proposed in small settlements, tested in the Orenburg region. Positive results of the project were obtained: visits to people with limited mobility increased by 2.8 times (from 237 people in 2022 to 836 in 2023), and the number of visits to residents increased by 2 times.

Key words: primary health care, paramedic assistant, accessibility of medical care, rural population.

For citation: Savinova T. L., Denisova N. A., Volodin A. V. New technology for organizing the provision of primary pre-medical health care to residents of small rural settlements. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):78–83. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.012.

Введение

Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин на заседании Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации сказал, что «Качественные медицинские услуги должны получать и жители удаленных населенных пунктов, малых городов, сел и районных цен-

тров, чтобы им не приходилось ехать десятки километров за консультацией или лечением. Важно обеспечить их территориальную доступность»¹.

¹Заседание Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://zdorovayarossia.ru/actual/mikhail-murashko-nesmotrya-na-sushchestvuyushchie-vyzovy-udalos-sokhranit-finansovuyu-ustoychivost-s/>

«Высокая смертность сельского населения, снижение рождаемости и низкий уровень здоровья жителей сельских территорий связаны с плохой доступностью медицинской помощи на селе» [1]. Медико-демографические показатели сельского населения всегда отличались от городского населения. [2]. Вместе с тем, за периоды реализации Федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения» 2019—2024 разрыв между городским и сельским населением в показателях смертности сократился до 1,1%.

Результаты изучения ожидаемой продолжительности жизни свидетельствуют о разнице сельского и городского населения. Так «ожидаемая продолжительность сельского населения за период 2018—2022 гг. была ниже, чем городского на 2—3 года (71,7 лет и 73,1 года соответственно). При этом ожидаемая продолжительность жизни женщин, как сельских, так и городских за последние годы незначительно увеличивается (77,1 года и 78,0 лет соответственно). У мужчин ожидаемая продолжительность жизни снизилась и составила для городских — 67,9 лет, для сельских — 66,7 лет» [3]. Показатель убедительно свидетельствует о многофакторной этиологии влияния.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни убедительно свидетельствует о многофакторной этиологии влияния климато-географических особенностей территории, расселения [4], плотности населения, диспропорции в уровнях финансирования региональных систем здравоохранения из государственных источников [5]. Все это «обуславливает необходимость обеспечения доступности медицинской помощи вне зависимости от места проживания людей, в том числе путем использования выездных (передвижных) форм оказания медицинских услуг» [6]. Приближение к месту проживания, массовость, единовременный охват населенных пунктов осмотрами, регулярность в соответствии с планом-графиком (плановость), экономия времени населения (социальная эффективность), экономическая целесообразность для населения при использовании передвижных мобильных комплексов повышают уровень медицинской эффективности и профилактической направленности отечественного здравоохранения.

За 30-летний период (1991—2021 гг.) результаты исследований указывают, что «сельское население по данным официальной статистики сократилось более чем на 3,3 млн человек без учета присоединения Крыма. Естественная убыль составила 4,6 млн человек, миграционная убыль, если принять во внимание корректировки после трех переписей, то она составила 0,5 млн. человек» [7]. Исследования выделяют «факт административных преобразований (административно-территориальных и муниципально-территориальных), когда осуществляется перевод городских населенных пунктов в сельские и обратно. При этом жители из горожан стали сельчанами, не меняя места своего проживания. Преобразование городских населенных пунктов в сельские явно преобладало над преобразованием сельских населен-

ных пунктов в города. Эти преобразования в основном были оправданны, т. к. качество жизни во многих малых городах мало отличается от сельского, да и по облику эти поселения скорее напоминают сельские населенные пункты» [8, 9].

Оптимизационные сценарии с точки зрения экономической целесообразности при различных вариантах моделирования организации медицинской помощи сельским жителям указывают на затратный и сверхзатратный варианты использования ресурсов и не гарантируют высокий уровень ее доступности [10]. Это связано, безусловно, с указанными выше особенностями сельского быта и сельской местности, что демонстрируется в многочисленных исследованиях отечественных авторов, Гехт И. А. изучены вопросы здоровья одиноко живущих в сельской местности лиц старших возрастов, Светличной Т. Г. предложены пути совершенствования организации стационарной помощи в обозначенных территориальных условиях, Сергеевым И. П. описана организация консультативно-диагностической помощи сельскому населению, Гатиным Ф. Ф. уточнены региональные особенности сельского населения [11, 12], предложены социально-демографические и методические основы организации медицинской помощи сельскому населению [13]. Несмотря на существенный вклад ученых и организаторов здравоохранения сохраняются проблемы с доступностью первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

Цель исследования: «научно обосновать, разработать и апробировать организационную технологию обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи в малочисленных сельских населенных пунктах.

Материалы и методы исследования

Работа выполнялась в 3 этапа: 2021 год — разработка проекта; 2022 год — внедрение; 2023 — апробация, оценка результатов и тиражирование технологии. Исследование проводилось в Оренбургской области. Регион занимает третье место в структуре среди субъектов Приволжского Федерального округа по доли сельского населения. Численность населения на 1.01.2023 составила 1 841 310 человек. Удельный вес сельских жителей составляет 39%, что выше на 14%, чем в среднем по Российской Федерации (25%). Плотность населения ниже, чем в ПФО и составляет 16 жителей на км².

Особенностью региона является географическое расположение: протяженность области с запада на восток составляет 760 км, с севера на юг — 445 км. Общая протяженность границ составляет 3700 км. Площадь Оренбургской области 124 тысяч км² (0,7% от площади России). Для повышения доступности и принятия оперативных организационно-управленческих решений, связанных с локацией крупных медицинских организаций, область делится на 3 медицинских округа: западный, центральный, восточный.

Сельское население обслуживается в 25 районных и 13 участковых больницах, 129 врачебных ам-

булаториях и 912 фельдшерско-акушерских пунктах (далее — ФАП). Все медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь сельскому населению согласно плану, вошли в проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Оренбургской области».

В исследовании были использованы аналитический метод, метод организационного эксперимента, ситуационного моделирования, методы интервьюирования и анкетирования.

Результаты собственного исследования

Проведенные нами ранее исследования позволили «с учетом моделей расселения сельского населения разработать критерии территориальной сложности фельдшерского участка, где использованы удаленность населенных пунктов от ФАП, количество направлений по удаленности населенного пункта от ФАП, разнонаправленность дорог от ФАП, попутность расположения населенных пунктов от ФАП относительно путей движения, количество малочисленных населенных пунктов (менее 10 человек), качество дорог». «Были предложены следующие типы (модели) расселения сельских жителей в зоне обслуживания ФАП: лучевой, радиусный, плечевой, линейный и локальный» [1]. Наиболее сложный для организации оказания медицинской помощи и обеспечения ее доступности является лучевой тип расселения. Когда «населенные пункты удалены от ФАП на разные расстояния и имеет более 2 направлений (от 3 до 30 км), имеют разнонаправленные радиусы (не попутные пути дорог), амплитуда разнонаправленных радиусов превышает 10 км, присутствуют малочисленные населенные пункты (менее 10 человек), присутствие бездорожья» [1].

Характеристика Оренбургской области представлена «1720 населенных пунктов, из них малых населенных пунктов составляет 1060 (62%). В них проживает 103 779 человек, которые составляют 5,6% от всего населения региона. С численностью населения от 1 до 100 человек проживает в 577 населенных пунктах, с численностью от 101 до 200 проживает в 312, с численностью от 201 до 300 жителей проживает в 147 населенных пунктах. Динамика за период

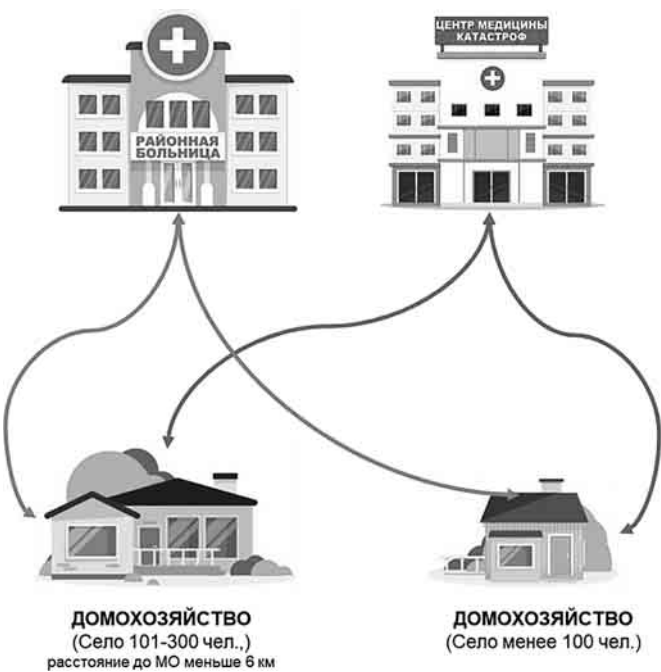


Рис. 1. Действующая модель организации медицинской помощи в малочисленных населенных пунктах по принципу домовых хозяйств.

2015—2023 гг. демонстрирует рост числа малочисленных населенных пунктов в большей степени с численностью от 101 до 200 человек (+74 населенных пункта)» (Таблица).

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изм. и доп.) в пункте 11 регулирует организацию первичной медико-санитарной помощи в малочисленных населенных пунктах: «В малочисленных населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек, в том числе временных (сезонных), находящихся на значительном удалении от медицинских организаций или их структурных подразделений (более 6 км), медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, на территории обслуживания которых расположены такие населенные пункты, осуществляют организацию оказания первой помощи населению до прибытия медицинских работников при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью с привлечением одного из домовых хозяйств (домовые хозяйства, оказывающие первую помощь, создаются из расчета не менее 1 домового хозяйства на каждый населенный пункт)»². Ограниченное применение на практике п.11 приказа Минздрава РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» в малых

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

Распределение населенных пунктов в Оренбургской области по численности населения в показателе наглядности 2023 года к 2015 году				
№ п/п	Численность населения, чел.	Количество населенных пунктов		Показатель 2023 к 2015
		2015	2023	
1.	0	102	116	+14
2.	1—100	503	577	+74
3.	101—200	289	312	+23
4.	201—300	180	147	−33
5.	301—900	451	416	−35
6.	901—1 500	100	65	−35
7.	1 501—2 000	32	16	−16
8.	2 001—5 000	27	31	+4
9.	5 001—10 000	17	19	+2
10.	10 001—50 000	15	17	+2
11.	50 001—100 000	3	2	−1
12.	более 100 000	2	2	0
Итого...		1 720	1 720	

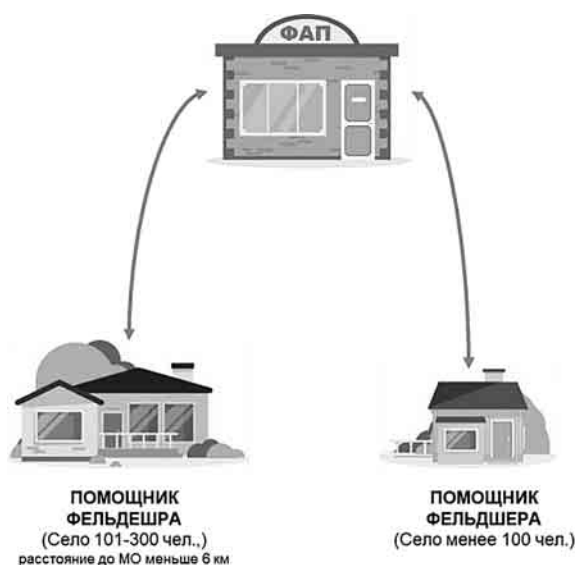


Рис. 2. Новая модель организации медицинской помощи в малочисленных населенных пунктах «Помощник фельдшера»

населенных пунктах в связи с социально-экономическим и организационно-медицинскими трудностями в работе домашних хозяйств, а именно: безвозмездность характера работы домашнего хозяйства, отсутствие ответственности за состояние здоровья населения, недостаточные навыки в медицинских услугах, действующий принцип оказания помощи только при неотложных и экстренных состояниях (Рисунок 1).

Нами предлагается новая организационная технология, которую мы называли на этапе разработки проект «Помощник фельдшера». Проживание преимущественно одиноких и пожилых людей в малых населенных пунктах, число которых увеличивается с каждым годом. Для одиноких и пожилых, а также маломобильных жителей сел возрастает потребность в постоянной коммуникации с медицинским работником. Более того, в реализации проекта «Помощник фельдшера» определена возмездность, плановость, ответственность, грамотность, вовлеченность работающего специалиста (Рисунок 2).

При поддержке Губернатора Оренбургской области, разработка проекта начата с разработки правовых оснований внедрения новой технологии организации первичной доврачебной медико-санитарной помощи в малых населенных пунктах. Потребовалась модернизация программы профессионального обучения «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

На следующем этапе осуществлялся подбор кандидатов из жителей малых населенных пунктов на должность помощника фельдшера и дальнейшая профессиональная подготовка кандидатов на базе ГАПОУ «Оренбургский областной медицинский колледж».

Было организовано локальное рабочее место «помощника фельдшера». После обучения помощники фельдшеров были трудоустроены в медицинские организации и закреплены за фельдшером.

На этапе апробации внедрения должности осуществлялся мониторинг, хронометраж и оценка деятельности. А также предусматривалась обратная связь с населением по работе помощника фельдшера.

Профессиональная подготовка в рамках проекта осуществлялась без ограничения возраста, наличие среднего общего образования, постоянное проживание в малочисленном населенном пункте и поддержка кандидатуры стороны населения. Срок обучения составил 288 академических часов. Программа обучения включала дистанционную теоретическую подготовку, симуляционный курс и итоговую аттестацию. По окончании обучения выдается свидетельство о профессии — «Младшая медицинская сестра по уходу за больными». При первом наборе получили новую профессию 23 человека. В функциональные обязанности «помощника фельдшера» входит: патронаж на дому, выполнение мероприятий в рамках первого этапа диспансеризации и ПМО (анкетирование, антропометрия, измерение артериального давления и т. д.), доставка и контроль приема лекарственных препаратов, уход за маломобильными и лежачими больными, выполнение простых медицинских услуг в рамках своей компетенции, взаимодействие с фельдшером ФАП и скорой медицинской помощи.

На этапе апробации проекта нами получен медико-социальный портрет помощника фельдшера по данным интервьюирования участников проекта: женский пол, средний возраст 42 года, не замужем, воспитывает 2 детей, со средним образованием, проживает в обслуживаемом населенном пункте, основной доход получает от ведения личного хозяйства; без вредных привычек, имеется 1—2 хронических заболевания; приверженность к здоровому образу жизни, ориентированность на повышение социального статуса, заинтересованность в доходе, общительность, сдержанность, стрессоустойчивость, ответственность.

Нами получены положительные результаты проекта: ежедневная курация маломобильных граждан увеличилась в 2,8 раза (с 237 человек в 2022 году до 836 в 2023 году), в 1,9 раз увеличилось наблюдение за немобильными пациентами в рамках длительного ухода за лежачими больными (с 56 человек в 2022 году до 108 в 2023 году). Увеличилось число посещений к жителям малых населенных пунктов в 2 раза. Так, количество посещений фельдшером жителей малых населенных пунктов до реализации проекта (2021 год) составляло 21 356 посещений, то в период реализации 2022—2023 гг. 26 511 и 44 036 посещений соответственно. Уменьшилось число вызовов скорой медицинской помощи на 35% в малых населенных пунктах, где реализуется проект.

Нами проведено анкетирование в июле 2023 г. 745 респондентов, проживающих в малых населенных пунктах, где реализуется проект. Среди опрошенных жителей 96% отметили повышение доступности медицинской помощи. Респонденты отмечали частоту посещения помощника фельдшера: 29% отметили посещение один раз в месяц; 28% — один

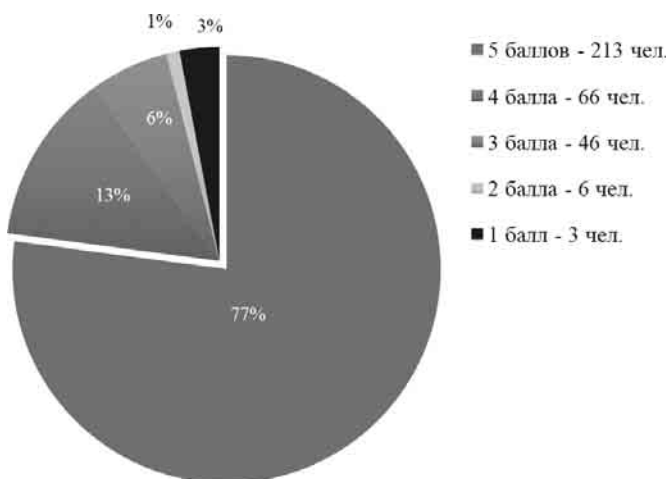


Рис. 3. Результаты анкетирования жителей малых населенных пунктов удовлетворенности качеством медицинской помощи по 5-ти бальной шкале.

раз в неделю; 27% — один раз в три дня и 16% один раз в день. По результатам анкетирования 77% респондентов высоко оценили качество медицинской помощи (Рисунок 3).

Обсуждение

Низкая плотность, рассредоточение населенных пунктов на большом расстоянии друг от друга (максимальное расстояние — 80 км.) и значительным числом малочисленных сел (с численностью менее 300 человек — 70% населенных пунктов — свыше 1000 сел) с проживанием одиноких, пожилых и маломобильных пациентов формирует приспособительный принцип организации медицинской помощи, адаптировав его к месту проживания. Безусловно, требуется дальнейшая корректировка функциональных обязанностей «помощника фельдшера» в соответствии с требованиями профессионального стандарта и потребностями обслуживаемого населения, а также возможность использования и тиражирования в другие территории с оценкой эффективности реализации.

На этапе реализации проекта внесено изменение в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» в пункт 12 «Должности младшего медицинского персонала»: 12.1. Младшая медицинская сестра. Приказ вступил в силу с 1 сентября 2023 г.

Заключение

Итогами реализации проекта являются положительные оправданные социальный, медицинский и экономический эффекты: увеличение продолжительности жизни в малых населенных пунктах, социальная доступность в малых населенных пунктах, повышение доверия сельского населения к медицинскому сообществу, улучшение качества жизни сельского населения, положительное влияние на «ментальное здоровье» населения, повышение информационно-формационной доступности в части организации

медицинской помощи, уменьшение транспортных расходов, связанные с поездкой в медицинские организации, повышение занятости в малых населенных пунктах, сглаживание интенсивности процессов урбанизации в регионе.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Калининская А. А., Баянова Н. А. Научное обоснование оценки территориальной доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(6):890—6. DOI: 10.17816/KMJ2020-890
2. Калининская А. А., Баянова Н. А., Кизеев М. В., Балзамова Л. А. Оценка предотвратимых потерь здоровья сельского населения. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(3):30—35. DOI: 10.21045/1811-0185-2022-3-30-36
3. Калининская А. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Балзамова Л. А., Смирнов А. А. Стратегические задачи противодействия рискам здоровья населению села. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2024;(4):25—31. DOI: 10.69541/NRIPH.2024.04.004
4. Калининская А. А., Баянова Н. А. Методология оценки территориальной доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. Оренбург; 2018.
5. Улумбекова Г. Э. и др. Финансирование здравоохранения в России (2021—2024 гг.). Факты и предложения. ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019;18(4):50—63.
6. Перхов В. И., Каприн Д. А. Ресурсы и результаты организации работы передвижных подразделений медицинских организаций. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2024;(4):63—70. DOI: 10.69541/NRIPH.2024.04.010
7. Демографические ежегодники России 2002, 2005, 2009, 2021 гг., Статистические бюллетени «Численность и миграция населения Российской Федерации в 1993—2022 гг.»
8. Зубаревич Н. В. Трансформация сельского расселения и сети услуг в сельской местности. *Известия РАН. Серия географическая*. 2013;(3):26—38.
9. Карцева М. А., Мкртчян Н. В., Флоринская Ю. Ф. Сельско-городская миграция в современной России через призму количественного и качественного анализа. *Крестьяноведение*. 2024;9(2):153—179. DOI: 10.22394/2500-1809-2024-9-2-153-179
10. Баянова Н. А., Калининская А. А., Зверев А. Ф., Екимов А. К. Экономическое обоснование оптимизационных сценариев организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2018;(1):22—27.
11. Равдугина Т. Г. Особенности развития сельского здравоохранения в Омской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2002;(1):26—28.
12. Суслин С. А. Организация медицинской помощи сельскому населению Самарской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2004;(5):50—52.
13. Калининская А. А., Баянова Н. А. Научное обоснование территориальной доступности первичной доврачебной медико-санитарной помощи сельскому населению, проживающему на территории обслуживания фельдшерско-акушерских пунктов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):328—333. DOI: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-328-332

REFERENCES

1. Kalinskaya A. A., Bayanova N. A. Scientific rationale for assessing the territorial accessibility of primary medical care to the rural population. *Kazan Medical Journal. [Kazanskiy meditsinskiy zhurnal]*. 2020;101(6):890—6 (in Russian). DOI: 10.17816/KMJ2020-890
2. Kalinskaya A. A., Bayanova N. A., Kizeev M. V., Balzamova L. A. Assessment of preventable health losses of the rural population. *Healthcare manager. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2022;(3):30—35 (in Russian). DOI: 10.21045/1811-0185-2022-3-30-36
3. Kalinskaya A. A., Lazarev A. V., Shlyafer S. I., Balzamova L. A., Smirnov A. A. Strategic objectives of countering health risks for

- the rural population. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2024;(4):25—31 (in Russian). DOI: 10.69541/NRIPIH.2024.04.004
4. Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. Methodology for assessing the territorial accessibility of primary health care for the rural population. Orenburg; 2018.
 5. Ulumbekova G. E. et al. Health care financing in Russia (2021—2024). Facts and proposals. *ORGZDRAV: News. Opinions. Education. VSHOUZ Bulletin*. [ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VSHOUZ]. 2019;18(4):50—63 (in Russian).
 6. Perkhov V. I., Kaprin D. A. Resources and results of organizing the work of mobile units of medical organizations. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2024;(4):63—70 (in Russian). DOI: 10.69541/NRIPIH.2024.04.010
 7. Demographic yearbooks of Russia 2002, 2005, 2009, 2021, Statistical bulletins "Number and migration of the population of the Russian Federation in 1993—2022."
 8. Zubarevich N. V. Transformation of rural settlement and network of services in rural areas. *Izvestia RAS. Geographical series*. [Izvestiya RAN. Seriya geograficheskaya]. 2013;(3):26—38 (in Russian).
 9. Kartseva M. A., Mkrtchyan N. V., Florinskaya Yu. F. Rural-urban migration in modern Russia through the prism of quantitative and qualitative analysis. *Peasant Studies*. [Krest'yanovedenie]. 2024;9(2):153—179 (in Russian). DOI: 10.22394/2500-1809-2024-9-2-153-179
 10. Bayanova N. A., Kalininskaya A. A., Zverev A. F., Ekimov A. K. Economic justification for optimization scenarios for organizing primary health care for the rural population. *Public health and healthcare*. [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye]. 2018;(1):22—27 (in Russian).
 11. Ravdugina T. G. Features of the development of rural healthcare in the Omsk region. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2002;(1):26—28 (in Russian).
 12. Suslin S. A. Organization of medical care for the rural population of the Samara region. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2004;(5):50—52 (in Russian).
 13. Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. Scientific justification for the territorial accessibility of primary pre-medical health care to the rural population living in the service area of paramedic and obstetric stations. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2018;26(5):328—333 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-328-332

Вклад авторов: Савинова Т. Л. — концепция и дизайн исследования. Денисова Н. А. — обзор литературы, подготовка рукописи. Володин А. В. — сбор данных, анализ и интерпретация результатов.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: Savinova T. L. — concept and design of the study. Denisova N. A. — literature review, manuscript preparation. Volodin A. V. — data collection, analysis and interpretation of results.

Conflicts of interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 03.03.2025; одобрена после рецензирования 06.03.2025; принята к публикации 14.03.2025.

The article was submitted 03.03.2025; approved after reviewing 06.03.2025; accepted for publication 14.03.2025.