



МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

18+



Фото: НИИОЗММ

Ю.В. Бурдастова

НАСТАВНИЧЕСТВО В МЕДИЦИНЕ: ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ В МИРЕ

ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР

МОСКВА
2026

ЭКОСИСТЕМА

ВОЗМОЖНОСТЕЙ

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ



ЦЕНТР НАУКИ

- Научные исследования, планирование и реализация исследовательской стратегии
- Этическая экспертиза исследований
- Сопровождение в проведении научных исследований и подготовке научных трудов
- Мониторинг научной продуктивности и выбор приоритетов развития медицинской науки
- Организационные технологии развития здравоохранения
- Новые модели экономики здравоохранения
- Международное научное сотрудничество



ЦЕНТР ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

- Помощь в патентовании
- Юридическая поддержка



ЦЕНТР ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

- Создание федеральных стандартов здорового долголетия
- Исследования изменений поведения аудиторий коммуникационными инструментами
- Проверка всех решений на практике



ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

- Развитие здравоохранения в рамках партнерств с зарубежными организациями
- Мониторинг и изучение мировых организационных технологий и инноваций в здравоохранении
- Подготовка экспертных обзоров
- Медицинский туризм



ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

- Ведение реестров и формирование госстатистики
- Оперативный мониторинг и ситуационная аналитика
- Методологическая экспертиза сбора первичных данных
- Рейтинг-аналитика и подготовка экспертных материалов
- Цифровой контент и профессиональные коммуникации



ЦЕНТР ЦИФРОВОЙ СОЦИОЛОГИИ И СОЦИОГУМАНИТАРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

- Прикладные социологические исследования
- Изучение текущих трендов в ценностно-ориентированном здравоохранении
- Нейросети для изучения здравоохранения и поведенческих моделей населения



ЦЕНТР ОБРАЗОВАНИЯ

- Аспирантура
- Магистратура
- Ординатура
- Дополнительное профессиональное образование



ЦЕНТР ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ

- Профессиональные мероприятия офлайн
- Цифровая платформа «Московская медицина. Мероприятия» для онлайн-мероприятий
- Экспертиза и аккредитация мероприятий в НМО
- Разработка научных программ мероприятий
- Патронаж мероприятий Департамента здравоохранения Москвы



ЦЕНТР МЕТОДОЛОГИИ

- Разработка методических рекомендаций по развитию медицинских служб города
- Помощь в организации публикаций и мероприятий



ЦЕНТР КОММУНИКАЦИЙ

- Дизайн и оформление полиграфической продукции
- Организация видео- и фотосъемок
- Медиаохваты и соцсети
- Бренд врача и медицинской организации
- Публикации в журналах для профессиональной аудитории



ЦЕНТР ИНФОРМАТИЗАЦИИ

- Ведение регистров и информационных систем
- Информационная безопасность
- Разработка сайтов и порталов
- Техническая поддержка



Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Ю.В. Бурдастова

Наставничество в медицине: лучшие практики в мире

Экспертный обзор

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2026

УДК 614.2

ББК 51.1

Рецензенты:

Васильева Татьяна Павловна, заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»;

Виноградова Майя Тофиковна, младший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

Бурдастова, Ю. В.

Наставничество в медицине: лучшие практики в мире: экспертный обзор [Электронный ресурс] / Ю.В. Бурдастова. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/> – Загл. с экрана. – 38 с.

ISBN 978-5-908096-38-6

В обзоре систематизирован международный опыт применения практик наставничества врачей и медицинского персонала в США, Великобритании, Германии, Австралии, Японии, Китае, Сингапуре, Республике Корея, Турции и Индии, проведен сравнительный анализ национальных моделей по критериям обязательности, финансирования, цифровизации и оценки результативности, а также рассмотрено текущее состояние, новая нормативная база в Российской Федерации в связи со вступлением в силу с 1 марта 2026 г. системы обязательного наставничества медицинских работников.

Предназначен для организаторов здравоохранения, специалистов исполнительных органов власти, руководителей медицинских организаций и образовательных учреждений медицинского профиля.

УДК 614.2

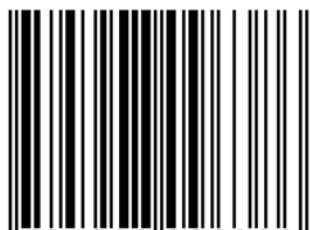
ББК 51.1

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 6 от 16 июня 2026 г.).*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения.

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-908096-38-6



9 785908 096386 >

© Бурдастова Ю.В., 2026
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
1. Глобальные тренды наставничества врачей и медицинского персонала.....	7
1.1. Кадровый дефицит как фактор развития наставничества	7
1.2. Доказательная база эффективности наставничества врачей.....	8
1.3. Экономическое обоснование наставнических программ	9
1.4. Цифровизация и элементы искусственного интеллекта	10
2. Международный опыт: национальные модели наставничества врачей.....	12
2.1. США	12
2.2. Великобритания.....	14
2.3. Германия.....	15
2.4. Австралия	16
2.5. Япония	17
2.6. Китай.....	18
2.7. Сингапур	18
2.8. Республика Корея.....	19
2.9. Турция	20
2.10. Индия.....	21
2.11. Сравнительный анализ моделей	21
3. Наставничество врачей в Российской Федерации	24
3.1. Новая нормативно-правовая база (2025–2026 гг.).....	24
3.2. Позиция профессионального сообщества и органов власти.....	25
3.3. Научная база.....	26
3.4. Перспективные направления развития	26
Заключение	28
Список литературы	31

ВВЕДЕНИЕ

Кадровая устойчивость медицинского персонала определяет способность системы здравоохранения выполнять свои базовые функции и обеспечивать качество и доступность медицинской помощи. По расчетам, заложенным в Глобальную стратегию ВОЗ по развитию кадровых ресурсов здравоохранения «Workforce 2030», принятую 69-й Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2016 г., первоначальный дефицит медицинских работников в мире к 2030 г. оценивался в 18 млн человек [1]. Рост глобальной численности медицинских работников позволил к 2022 г. пересмотреть прогноз до 10 млн [2], однако решения Комитета содействия развитию ОЭСР о сокращении официальной помощи развитию здравоохранения в 2025 г. создали дополнительное давление на кадровую ситуацию [3], в результате чего глобальный прогноз дефицита медицинских кадров к 2030 г. был повышен до более чем 11 млн человек [4]. Из глобального резерва кадров здравоохранения, составлявшего в 2020 г. 65,1 млн человек, 12,7 млн приходилось непосредственно на врачей [5].

Для европейской системы здравоохранения проблема кадровой устойчивости имеет специфическое измерение. Совместный доклад Европейской комиссии и ОЭСР «Health at a Glance: Europe 2024» фиксирует дефицит порядка 1,2 млн врачей, медицинских сестер и акушерок в странах Европейского союза [6]; более трети врачей и около четверти медицинских сестер ЕС находятся в возрасте старше 55 лет и в течение ближайшего десятилетия покинут профессию [7], что означает, с одной стороны, уход части потенциальных наставников, а с другой – рост потребности в ускоренной адаптации молодых специалистов – обстоятельство, прямо повышающее управленческую значимость институтов наставничества.

Между тем международный опыт последних двух десятилетий демонстрирует последовательный переход наставничества врачей из категории факультативной практики в категорию обязательного элемента постдипломного медицинского образования, встроенного в аккредитационные и лицензионные требования. В США Совет по аккредитации последипломного медицинского образования закрепляет супервизию и структурированное сопровождение наставляемых через систему профессиональных компетенций [8] и обязательные комитеты по клинической компетентности; в Великобритании на каждого обучающегося врача требуется назначение образовательного и клинического супервизора с защищенным временем в рабочем плане [9]; в Австралии с 2024–2025 гг. внедряется Национальная рамка допрофессиональной подготовки врачей, закрепляющая

обязательную супервизию на уровне национального стандарта [10]. Экономическое обоснование этого перехода подкреплено количественно: по оценке Американской медицинской ассоциации, выгорание врачей обходится системе здравоохранения США в миллиарды долларов США ежегодно, а стоимость замены одного выбывшего врача составляет от 250 тыс. до 1 млн долл. [11].

Актуальность настоящего обзора определяется вступлением в силу с 1 марта 2026 г. системы обязательного наставничества для выпускников: Федеральным законом от 17.11.2025 № 424-ФЗ [12] введена обязательная процедура наставничества сроком до трех лет для лиц, впервые прошедших первичную аккредитацию, первичную специализированную аккредитацию, приказами Минздрава России от 05.03.2026 № 166н [13] и № 167н [14] установлены перечень специальностей, сроки и организационный порядок наставничества. Принятие единой федеральной модели влечет за собой необходимость изучения международного опыта в целях анализа апробированных методических инструментов наставничества и способов оценки его результативности.

Подготовленный НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ экспертный обзор «Подготовка медицинских сестер с использованием практик наставничества: опыт разных стран мира» систематизировал международный опыт наставничества именно в сестринском деле, в то время как настоящий обзор выстроен на ином материале: его предметом являются модели наставничества врачей, а также – там, где это методически оправданно, – иных категорий медицинского и управленческого персонала здравоохранения.

Специфика врачебного наставничества связана с более длительным циклом постдипломной подготовки (резидентура, ординатура), более сложной системой аккредитации и как следствие – принципиально иной логикой встраивания практик наставничества в систему допуска к профессиональной деятельности.

Цель данного обзора – систематизировать международный опыт применения практик наставничества врачей и медицинского персонала, выявить модели, доказавшие результативность по критериям удержания кадров, скорости профессиональной адаптации, профессиональной компетентности и экономической эффективности.

Выбор стран для сравнительного анализа обусловлен двумя критериями. Во-первых, приоритет отдан юрисдикциям, обладающим наиболее методически разработанными и институционально устойчивыми моделями постдипломного медицинского образования в соответствующих регионах: Северная Америка представлена США, Европа – Великобританией и Германией как системами со сложившимися, но принципиально различными традициями регулирования, Азиатско-Тихоокеанский регион – Японией, Китаем, Сингапуром, Республикой Корея, Индией и Австралией, Ближний Восток – Турцией. Во-вторых, для стран, по которым в экспертном обзоре «Подготовка медицинских сестер с использованием практик наставничества: опыт разных стран мира» уже была раскрыта сестринская модель (США, Великобритания, Германия), в настоящем обзоре

целенаправленно анализируется исключительно врачебный сегмент наставничества, институционально и нормативно обособленный от сестринского даже в рамках одной национальной системы здравоохранения.

Методической основой обзора послужил анализ нормативных правовых актов профильных министерств и ведомств, документов аккредитационных органов и профессиональных медицинских ассоциаций, официальных публикаций Всемирной организации здравоохранения и Организации экономического сотрудничества и развития, а также рецензируемых научных публикаций в изданиях JAMA, Annals of Internal Medicine, BMC Medical Education, Journal of General Internal Medicine и других профильных источниках за период 2015–2026 гг.

1. ГЛОБАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ НАСТАВНИЧЕСТВА ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1.1. Кадровый дефицит как фактор развития наставничества

Согласно Национальным счетам рабочей силы здравоохранения (NHWA) ВОЗ, структура мирового кадрового состава здравоохранения (65,1 млн работников отрасли в 2020 г.) включала 29,1 млн среднего медицинского персонала, 12,7 млн врачебного персонала, 3,7 млн фармацевтов, 2,5 млн стоматологов, 2,2 млн акушеров и 14,9 млн других специалистов [5], при этом распределение этого кадрового резерва между странами крайне неравномерно. Например, различие в плотности медицинских работников между государствами с высоким и низким уровнем дохода достигает 6,5 раза [5], что делает проблему удержания уже подготовленных специалистов управленческим приоритетом первого порядка независимо от уровня развития национальной системы здравоохранения.

По расчетам, заложенным в Глобальную стратегию ВОЗ по развитию кадровых ресурсов здравоохранения «Workforce 2030», принятую 69-й Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2016 г., первоначальный дефицит медицинских работников в мире к 2030 г. оценивался в 18 млн человек [1]. Рост глобальной численности медицинских работников позволил к 2022 г. пересмотреть прогноз до 10 млн [2], однако решения Комитета содействия развитию ОЭСР о сокращении официальной помощи развитию здравоохранения в 2025 г. создали дополнительное давление на кадровую ситуацию: по данным оперативной оценки ВОЗ, проведенной в марте 2025 г., 63% офисов организации, расположенных в разных странах, сообщили о негативном влиянии этих сокращений на положение медицинских работников [3]. Обновленная оценка ВОЗ, представленная в 2025 г. на 78-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, повысила глобальный прогноз дефицита медицинских кадров к 2030 г. до более чем 11 млн человек [4] (рис. 1).

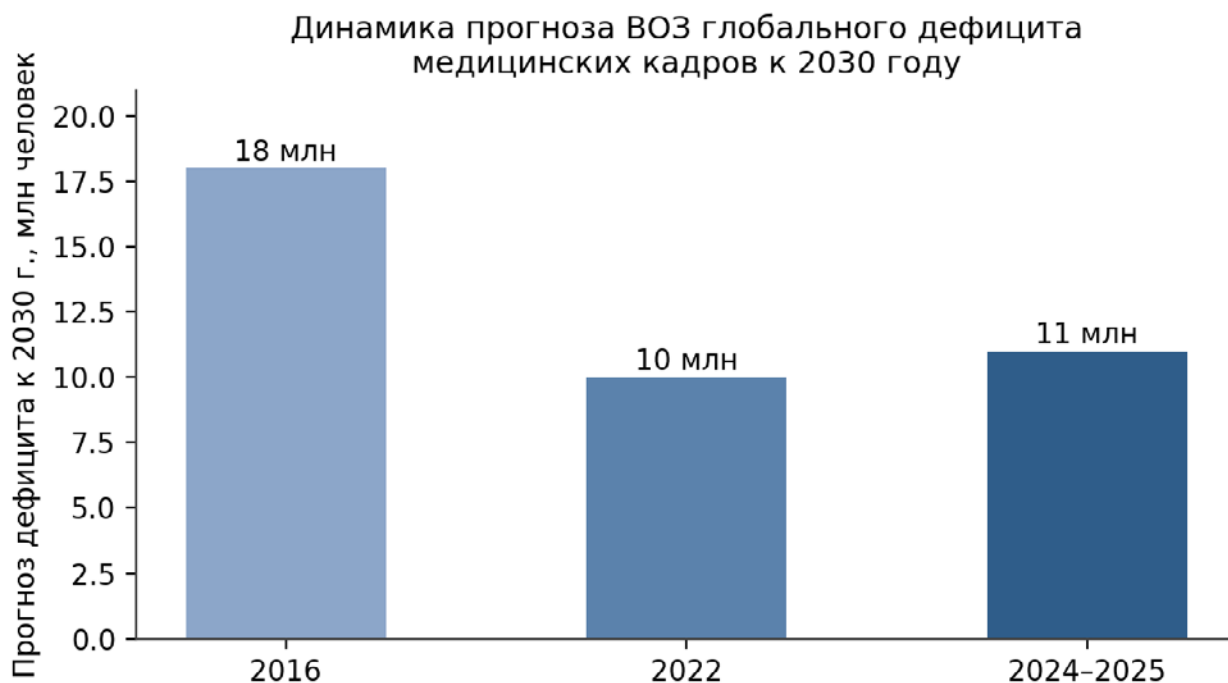


Рисунок 1. Динамика прогноза ВОЗ глобального дефицита медицинских кадров к 2030 г. по годам публикации оценки

Пересмотр глобального прогноза дефицита в сторону ухудшения в 2024–2025 гг. связан с решением Комитета содействия развитию ОЭСР о сокращении официальной помощи развитию: согласно оперативной оценке ВОЗ, для Африканского региона это означает дополнительный рост дефицита медицинских кадров на 600 тыс. работников к 2030 г. [3]. Для стран – участников сравнительного анализа настоящего обзора действует собственная логика демографического давления: совместный доклад Европейской комиссии и ОЭСР фиксирует, что более трети врачей и около четверти медицинских сестер Европейского союза находятся в возрасте старше 55 лет [7], а расчеты Scheffler и Forcier (Health Economics, Policy and Law, 2018) прогнозировали среднюю нехватку врачебных кадров в странах ОЭСР на уровне 8,5% к 2030 г. [15]. В результате одновременный уход из профессии значительной доли наиболее опытных врачей формирует двойной вызов для систем постдипломного образования: сокращение пула потенциальных наставников совпадает по времени с ростом потребности в ускоренной адаптации новых специалистов.

1.2. Доказательная база эффективности наставничества врачей

Наставничество врачебного персонала – один из наиболее методически изученных управленческих инструментов кадровой политики здравоохранения. Основополагающий систематический обзор Sambunjak, Straus и Marušić, опубликованный в JAMA в 2006 г., установил устойчивую связь между наличием наставника и карьерным ростом, научной продуктивностью и удержанием врачей в академической медицине [16]. Последующие обзоры уточнили эту связь при-

менительно к отдельным группам и контекстам: систематический обзор наставничества для недостаточно представленных групп врачей в медицине (URiM) в *Journal of General Internal Medicine* охватил 31 публикацию [17], обзор наставничества для женщин в академической медицине – 20 исследований со стабильно высокими показателями удовлетворенности и продвижения по карьерной лестнице [18], протокол систематического обзора наставничества в процессе подготовки врачей-ординаторов подтвердил его роль в снижении выгорания и укреплении профессиональных компетенций [19].

Систематический обзор программ наставничества, кураторского сопровождения и поддержки, опубликованный *European Society of Medicine* в 2023 г. на основании анализа 5528 первично отобранных записей и 23 итоговых исследований, зафиксировал важное методологическое ограничение: несмотря на растущий массив качественных данных о пользе наставничества в целях удержания кадров и улучшения качества оказываемой помощи, строгих сравнительных исследований, позволяющих однозначно ранжировать форматы наставничества (кураторское сопровождение, наставничество в узком смысле или профессиональную поддержку) по результативности, пока недостаточно [20]. Значительное количество отобранных исследований выполнены в США, половина опубликованы после 2017 г., что указывает на относительно молодой характер эмпирической базы [21]. Более концептуальный обзор наставничества в системе последипломного медицинского образования (*Graduate Medical Education*), выполненный по методологии PRISMA-ScR и опубликованный в 2025 г., предлагает концептуальную модель, которая увязывает различные форматы наставничества с уровнем подготовки обучающихся, конкретными навыками и форматом взаимодействия, учитывая психологические и социологические аспекты [22].

1.3. Экономическое обоснование наставнических программ

Экономическое обоснование инвестиций в наставничество медицинских работников стало в последнее десятилетие самостоятельным направлением прикладных расчетов, прежде всего в США и с существенно меньшей детализацией в Великобритании. Отправной точкой служит оценка стоимости замены одного выбывшего врача: по расчетам Американской медицинской ассоциации, она составляет от 250 тыс. до 1 млн долл. с учетом затрат на поиск и найм нового сотрудника, бонусов за подписание контракта и стоимости адаптации нового специалиста [11]; альтернативная оценка *Atrius Health* дает диапазон 100–500 тыс. долл. [23], при этом большинство отраслевых источников сходятся на величине порядка двух-трех годовых окладов врача. Отдельный анализ, опубликованный в *Mayo Clinic Proceedings* в 2021 г., оценил избыточные расходы, связанные с текучестью врачей первичного звена, в 979 млн долл. в год, из которых 260 млн долл. напрямую связаны с выгоранием как причиной увольнения [24].

На этом фоне показательны данные о фактической отдаче программ благополучия персонала, включающих наставническое ядро. Показательный случай, зафиксированный в базе данных *Mayo Well-Being Index*, описывает Департамент внутренних болезней с исходным уровнем выгорания врачебного персонала

57% и текучестью кадров 13%. Внедрение программы стоимостью 120 тыс. долл. в год, включающей элементы взаимного наставничества (peer-to-peer – «равный равному»), позволило снизить выгорание на 20% и обеспечило экономию свыше 370 тыс. долл. в год – рентабельность инвестиций (ROI) на уровне 210% [25]. Расчеты Stanford Medicine показывают сопоставимый порядок величин: при отсутствии управленческого вмешательства в течение двух лет организация рисковала потерять порядка 58–60 врачей с совокупным экономическим ущербом 15,5–55,5 млн долл. [26].

Прямой перенос указанных долларовых показателей на условия других стран, в том числе российского здравоохранения, методологически некорректен ввиду принципиальных различий в структуре оплаты труда, стоимости подготовки специалиста и организации рынка труда врачей. Вместе с тем логика расчета – стоимость удержания через наставничество систематически ниже стоимости замены выбывшего специалиста – универсальна и может быть адаптирована к любой национальной системе.

1.4. Цифровизация и элементы искусственного интеллекта в программах наставничества

Степень цифровизации программ наставничества существенно различается между рассматриваемыми странами и образует самостоятельную линию сравнения, дополняющую традиционные критерии обязательности и финансирования. Наиболее развитые цифровые инструменты сосредоточены на трех функциональных направлениях.

Первое направление – подготовка и обучение самих наставников в дистанционном формате. Британская программа Medical Mentoring, размещенная на национальном портале электронного обучения для здравоохранения (e-learning for healthcare), обеспечивает стандартизированную подготовку врачей как наставников из числа коллег равного профессионального уровня в масштабе всей системы [27]. Второе направление – видеоформаты взаимодействия наставника и наставляемого, компенсирующие дефицит времени у занятых работников: американская программа Virtual Academic Asynchronous Mentoring (VAAM), внедренная клиникой Мэйо в 2023 г., и турецкая программа электронного наставничества, объединившая в период пандемии COVID-19 31 наставника и 346 подопечных из нескольких стран в формате регулярных групповых онлайн-встреч, демонстрируют эффективность полностью дистанционных наставнических моделей даже в условиях организационных сложностей очной коммуникации [28; 29]. Третье направление – использование распространенных коммуникационных платформ для поддержания неформального контакта между наставником и подопечным: компетентностный центр Вестфалии-Липпе в Германии использует для этой цели закрытые группы в мессенджере Signal [30, 31].

Отдельного упоминания заслуживает индийский опыт, где развитие цифровых платформ наставничества выступает не дополнением к традиционным очным форматам, а самостоятельным инструментом преодоления структурного дефи-

цита квалифицированных наставников в сельских и удаленных регионах страны, используя ту же телемедицинскую инфраструктуру, что применяется для дистанционного оказания медицинской помощи.

Ни в одной из рассмотренных стран не выявлено развитого применения технологий искусственного интеллекта непосредственно для автоматизированного подбора пар «наставник–наставляемый» или для алгоритмической поддержки оценки результативности наставничества врачей: имеющиеся цифровые решения ограничиваются форматами предоставления образовательного контента и организации коммуникации, а не интеллектуальной обработкой данных о совместимости участников, прогнозировании результативности конкретных наставнических пар, ведения дневников наставничества и пр. Это обстоятельство обозначает объективную зону опережающего развития для систем здравоохранения, включая российскую, при том что общий уровень цифровизации государственных информационных систем здравоохранения в России создает для такого опережающего развития методологически благоприятные исходные условия.

2. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ: НАЦИОНАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ НАСТАВНИЧЕСТВА ВРАЧЕЙ

2.1. США

Постдипломное медицинское образование в США регулируется Советом по аккредитации последипломного медицинского образования (Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME) через общие требования к программам последипломной медицинской подготовки. Действующая редакция утверждена 17 сентября 2022 г., вступила в силу с 1 июля 2023 г. Документ распространяется на все специальности ординатуры в США как базовый стандарт, на основе которого каждый профильный комитет устанавливает специфичные требования для отдельных специальностей.

Наставничество и клиническая супервизия встроены в эту систему не как факультативный элемент, а как условие аккредитации: каждый ординатор оценивается через систему профессиональных компетенций, решения по которой принимает обязательный орган – Комитет по оценке профессиональных компетенций [8; 32].

Требования ACGME предполагают прямое наблюдение за освоением профессиональных навыков наставляемого и составление индивидуального плана обучения, а руководитель программы и основные преподаватели несут ответственность за наставническую функцию и обязаны проходить ежегодное анкетирование по результатам программы ACGME [33].

Согласно требованиям ACGME, учебный план должен строиться вокруг шести блоков компетенций: профессионализм, пациентоориентированность и клинические навыки, медицинские знания, обучение на основе анализа собственной деятельности (practice-based learning), межличностная коммуникация, системная практика (понимание особенностей системы и экономики здравоохранения). Отдельный раздел посвящен научной деятельности – требуется демонстрация достижений минимум в трех из семи перечисленных направлений (исследования, гранты, публикации, разработка учебных материалов, работа в профессиональных сообществах, образовательные инновации). Оценка компетенций

наставляемого состоит из двух частей: текущая (для корректировки обучения) и итоговая (для принятия решения о переводе на следующий уровень).

В рамках программы также следует осуществлять оценку преподавателей на ежегодной основе, включая анонимную обратную связь со стороны наставляемых. Кроме того, ежегодно Комитет по оценке программы должен проводить оценку программы с анализом ее сильных сторон, зон роста и угроз (SWOT-анализ), а также мониторинг показателей сдачи сертификационных экзаменов выпускниками программы.

Учебная и рабочая среда программы должна включать:

- безопасность пациентов и супервизию (прямая, косвенная, дистанционная), обязательное участие наставляемых в разборе системных ошибок;
- профессионализм – запрет на излишнюю нагрузку немедицинскими функциями, требование психологически безопасной среды без дискриминации и притеснений;
- благополучие – обязательный доступ к конфиденциальной психологической помощи 24/7, обучение распознаванию признаков выгорания, депрессии, суицидальных мыслей у себя и коллег, политика отпусков по болезни/ семейным обстоятельствам без штрафных последствий;
- противодействие усталости – обучение распознаванию признаков переутомления;
- ограничение рабочего времени – не более 80 часов в неделю (в среднем за 4 недели), не более 24 часов непрерывного дежурства (+4 часа на передачу дел), минимум 14 часов отдыха после суточного дежурства, 1 свободный день в 7 дней; предусмотрен механизм исключений (до 88 часов) при обоснованной образовательной необходимости.

Практическая реализация этих требований на уровне отдельных программ демонстрирует значительный разброс организационных решений. В программе педиатрической резидентуры Вашингтонского университета 18 преподавателей получают доплату в размере ставки 5% (примерно два часа в неделю) за исполнение функции наставника-куратора; каждый ведет от семи до восьми наставляемых и обязан провести не менее трех прямых наблюдений клинической работы наставляемых, а также подготовить отчеты и участвовать в заседаниях Комитета по оценке профессиональных компетенций [34]. Альтернативный подход, реализованный в ординатуре общей хирургии, описан как «mentor match» – алгоритм подбора пары «наставник-наставляемый» по шести ключевым компетенциям ACGME с сопоставлением сильных сторон наставника и зон роста наставляемого [35].

Отдельного внимания заслуживает академический сегмент – программы наставничества для недопредставленных в медицине врачей и женщин-исследовате-

лей, а также инновационные асинхронные форматы: программа Virtual Academic Asynchronous Mentoring (VAAM), внедренная в клинике Мэйо в 2023 г., предлагает видеонаставничество, которое не требует присутствия в прямом эфире. Такой формат идеально подходит для занятых врачей-преподавателей, у которых просто нет времени на регулярные онлайн-встречи [28].

Сильной стороной американской модели выступает жесткая стандартизация требований к супервизии в сочетании с защищенным временем и материальным вознаграждением труда наставника, а также наличие объективных, встроенных в систему аккредитации метрик оценки. Одновременно модель отличается высокой ресурсоемкостью, риском бюрократизации оценочных процедур и неравномерным доступом к структурированному наставничеству для представителей недопредставленных профессиональных групп.

2.2. Великобритания

В Великобритании клиническая и образовательная супервизия обучающихся врачей обязательна и стандартизирована на уровне национального регулятора – Генерального медицинского совета (GMC). Начиная с программы фундаментальной подготовки (Foundation Programme, FY1–FY2) и на протяжении специализированной подготовки за каждым обучающимся закрепляются образовательный супервизор (educational supervisor) и клинический супервизор (clinical supervisor), время на исполнение этой функции закладывается в рабочий план в соответствии со стандартами GMC [36; 37].

Наставничество в узком смысле – в отличие от супервизии – в британской модели принципиально отделено от функции оценки и понимается как конфиденциальные, «выстраиваемые вне рабочего процесса» отношения поддержки. Национальная электронная программа «Медицинское наставничество» (MEM), разработанная Агентством медицинского образования Англии и размещенная на портале электронного обучения для здравоохранения, изначально готовила врачей начального звена (junior doctors) как наставников из числа коллег равного уровня в двух центрах – Лондона и Кента, Суррея и Сассекса, а впоследствии была масштабирована на всю Национальную службу здравоохранения [27]. Многоцентровое качественное исследование шести схем наставничества Национальной службы здравоохранения зафиксировало пользу наставничества для профессиональной деятельности, личного благополучия и профессионального развития участников, подчеркнув принципиальное значение конфиденциальности и отсутствия оценочной функции у наставника для формирования доверительных отношений [38]. Отдельные национальные и региональные модели наставничества – модель наставничества Ассоциации анестезиологов, программы Академии лидерства Национальной службы здравоохранения и Факультета медицинского руководства и управления, а также модель поддержки наставников Национальной службы здравоохранения Англии для опытных врачей общей практики с финансируемым обучением и официально признаваемой квалификацией наставника – образуют многоуровневую инфраструктуру поддержки наставничества [36].

Проект наставничества между близкими по уровню подготовки специалистами «Наставничество для преодоления пробелов» (2018) для врачей начального звена зафиксировал рост числа профессиональных контактов, поддержки наставника и обмена практическим опытом между участниками разных уровней подготовки [39]. Методологической основой значительной части британских программ служит модель «квалифицированного помощника» Джерарда Игана (Egan's Skilled Helper model).

Сильной стороной британской модели является национальная стандартизация с четким институциональным разграничением между супервизией (оценочная функция) и наставничеством (развивающая, конфиденциальная функция), а также развитая инфраструктура электронного обучения наставников. Основное ограничение – дефицит защищенного времени именно на «выстраиваемое вне рабочего процесса» наставничество на фоне высокой клинической нагрузки наставника, зависимость устойчивости программ от личной вовлеченности отдельных энтузиастов и прерывание наставнических связей при частых ротациях обучающихся врачей между отделениями и трастами.

2.3. Германия

Пятилетняя специализированная подготовка врача в Германии регулируется не федеральным, а земельным законодательством – Положениями о повышении квалификации, которые утверждают земельные врачебные палаты. Институциональная особенность немецкой модели состоит в четком разделении двух функций: руководитель, который аттестует врача по итогам подготовки, и наставник, чья роль сознательно выведена из оценочного контура для сохранения доверительности отношений с обучающимся [40].

Финансовая основа специализированной подготовки в амбулаторном звене обеспечивается соглашением между Национальным объединением врачей больничных касс (KBV), Центральным союзом больничных касс и Немецким больничным обществом, заключенным в соответствии с §75a Кодекса социального права и действующим с 1 июля 2016 г. [41]. На региональном уровне реализация принимает разные организационные формы. Программа *Verbundweiterbildung plus*, действующая в частности в земле Баден-Вюртемберг через координационный центр, обеспечивает бесшовную ротацию между стационаром и амбулаторной практикой без необходимости повторных заявок и переездов и дополняет клиническую подготовку наставничеством и регулярными образовательными семинарами – двойным семинарным днем и четырьмя одиночными семинарами в год [42; 30]. Врачебная палата земли Гессен реализует централизованный алгоритм подбора наставника по почтовому индексу места работы и медицинской специальности. В этой модели наставник остается постоянной доверенной фигурой на протяжении всего периода специализированной подготовки [40]. Компетентностный центр Вестфалии-Липпе (KWWL) использует альтернативные форматы коммуникации, включая закрытые группы в мессенджере Signal, а земля Баден-Вюртемберг практикует групповое наставничество в дистанционном формате для групп до 20 человек [31; 30].

Сильной стороной немецкой модели выступает институциональное разделение оценивающей и наставнической функций, а также значительная региональная гибкость в выборе форматов при сохранении единой финансовой рамки специализированной подготовки. Ограничением служит выраженная неоднородность практики между отдельными землями и принципиальная добровольность участия в наставничестве, при том что регулярность и качество наставнических контактов формальным стандартом не закреплены.

2.4. Австралия

Австралийская модель отличается обязательным характером супервизии на предпрофессиональном этапе подготовки врача (prevocational training, PGY1–PGY2) – продолжительным периодом работы под руководством старших коллег с формализованной обратной связью и оценкой, предшествующими специализации. Регуляторную основу образуют регистрационные стандарты Медицинского совета Австралии и разработанная Австралийским медицинским советом Национальная система предпрофессиональной подготовки врачей, внедряемая в стране с 2024–2025 гг., а также Национальные стандарты предпрофессиональной подготовки, на соответствие которым медицинские организации аккредитуются региональными медицинскими советами [10, 43].

Образовательные результаты сгруппированы в четыре блока: «Практик» (надлежащая коммуникация, работа с документами, назначение лекарственных средств, назначение исследований и направление пациента к другим врачам), «Профессионал и лидер» (этичное поведение, профессиональные ценности, поддержание собственного благополучия, непрерывное обучение и командная работа), «Защитник здоровья» (применение целостного подхода к пациенту и учет более широких детерминант здоровья) и «Учёный и исследователь» (научно-исследовательское измерение врачебной деятельности).

В рамках системы полученные результаты привязаны ко всей системе оценки: клиническая оценка; распознавание и ведение пациента с острым заболеванием; назначение лекарственных средств; командная коммуникация (ведение документов, передача смены). Кроме того, предусмотрены обязательные оценки в середине и в конце каждого цикла подготовки и рассмотрение оценок экспертными панелями.

Все описания циклов подготовки и профессиональные действия сопоставляются с образовательными результатами, а прогресс по достижению этих результатов отслеживается в электронном портфолио. Экспертные панели, в свою очередь, определяют, достиг ли наставляемый ожидаемого уровня компетенций к концу каждого года. Врачи PGY1, достигшие ожидаемого уровня, рекомендуются к общей регистрации, а врачи PGY2, достигшие его, получают свидетельство о завершении подготовки от Австралийского медицинского совета.

Специфика австралийской модели основывается на государственной финансовой поддержке программ подготовки в приоритетных для системы здравоохра-

нения направлениях. Австралийская программа подготовки врачей общей практики (AGPT) финансирует ежегодно до 1500 мест подготовки врачей общей практики, с 2026 г. предусмотрено дальнейшее расширение приема, включая перевод 100 мест для врачей общей практики в сельской местности из отдельной Программы для врачей общей практики в сельской местности в основную структуру Австралийской программы подготовки врачей общей практики.

Методическое и наставническое сопровождение программы обеспечивают профессиональные колледжи – Королевский австралийский колледж врачей общей практики и Австралийский колледж сельской и отдаленной медицины [44]. Программа предстипендиальной подготовки финансирует супервизию и профессиональное развитие врачей без признанной специализации (non-VR), работающих в зонах приоритетного распределения кадров, включая выпускников медицинских школ [45]. Сильной стороной австралийской модели является прямая привязка программ наставничества к задачам обеспечения кадрами здравоохранения сельской местности и отдаленных территорий через целевое государственное финансирование, а также четко обозначенные результаты в структуре Национальной системы предпрофессиональной подготовки врачей. Ограничением остается институциональное несоответствие между предпрофессиональным и специализированным этапами подготовки, а также объективная сложность обеспечения качественных ролевых моделей наставничества в удаленных и малонаселенных регионах страны.

2.5. Япония

Реформа 2006 г., которая ввела в Японии обязательную двухлетнюю постдипломную клиническую подготовку, вызвала масштабный структурный сдвиг: значительная часть молодых врачей перешла из университетских клиник в крупные общественные больницы, что ослабило традиционные каналы профессиональной социализации. При этом само наставничество в японской медицине остается прочно укорененным в системе университетских клинических кафедр, где старшие опытные врачи выполняют функции медиации профессиональных отношений, переговоров о карьерных траекториях и содержательной поддержки, причем эти связи, как правило, сохраняются и во время зарубежных стажировок подопечных [46].

Кросс-секционное исследование, охватившее 1700 врачей-исследователей шести академических медицинских центров Японии, зафиксировало высокую распространенность формального наставничества: 91% респондентов имели наставника со встречами не реже одного раза в месяц, при этом лишь 48% были «в значительной степени удовлетворены» отношениями с наставником [47]. Инициатива установления наставнических отношений в 85% случаев исходила от самого наставника, а не от подопечного, что отражает иерархический характер профессиональной культуры. Одновременно исследование выявило системный дефицит в развитии навыков исследований (отмечено у 55% респондентов), в написании грантовых заявок (50%), в долгосрочном карьерном планировании (35%) при том, что фактически такую поддержку получали лишь 15% респондентов [47]. Кроме

того, исследования выявили, что национальная культурная специфика заметно влияет на характер наставнических отношений в японской академической медицине, в частности на степень их иерархичности и продолжительности [46].

Сильной стороной японской модели выступает устойчивость и продолжительность наставнических отношений, глубоко интегрированных в академическую иерархию и сохраняющихся на протяжении значительной части карьеры врача. Ограничением служит дефицит формальной подготовки наставников по развивающим (в противоположность контролирующим) компетенциям и низкая поддержка наставляемых при карьерном планировании на фоне снижения притока молодых врачей-исследователей в академическую медицину.

2.6. Китай

Китайская модель отличается беспрецедентным масштабом стандартизации постдипломной подготовки врачей за короткий период времени. Стандартизированная программа ординатуры (Standardized Residency Training Program), введенная с 2014 г., к концу первого года охватывала 8500 программ подготовки в 559 больницах и 55 000 ординаторов в 30 провинциях [48; 49]. С 2020 г. успешное завершение Стандартизированной программы ординатуры стало обязательным условием допуска к самостоятельной клинической работе.

Институциональная особенность китайской модели, отмечаемая в специализированной литературе, – преобладающий фокус на формальных показателях (например, освоении утвержденных перечней заболеваний и выполнении определенных процедур) в противоположность наработке профессиональных компетенций в широком смысле [49]. Национальное кросс-секционное исследование профессиональной идентичности физиков-клиницистов, проходящих Стандартизированную программу ординатуры, показывает, что программа выступает ключевой фазой формирования профессиональной идентичности врача, однако сопряжена с существенной психологической нагрузкой на ординаторов [50]. Отдельное исследование системы оценки профессиональной компетентности наставляемых (включая дипломированных специалистов) указывает на продолжающуюся работу по внедрению более комплексных инструментов оценки, выходящих за рамки простого учета выполненных процедур [51].

Сильной стороной китайской модели является достигнутый уровень охвата и национальная стандартизация базовых требований к постдипломной подготовке в сжатые сроки. Ограничением модели остается недостаточное внимание к развитию профессиональных компетенций специалистов в широком смысле.

2.7. Сингапур

Крупнейший медицинский кластер Сингапура – группа SingHealth в партнерстве с медицинской школой Duke-NUS – выстроил, вероятно, наиболее методически разработанную из рассматриваемых в обзоре систему структурированного наставничества, охватывающую практически все категории медицинского и смеж-

ного персонала. В ординатуре семейной медицины (три года подготовки) каждому ординатору наставник назначается уже с первого года обучения [52]. Отдельное направление клинической научной ординатуры, а также программа «Развитие клинициста-исследователя» (Combined Clinician Scientist Development, CCSD; с 2018 г.) выстраивают структурированное научное наставничество для врачей, совмещающих клиническую практику с исследовательской деятельностью [53].

Особый интерес представляет модель CNEP (комбинированное наставничество: со стороны более опытных коллег, равных по статусу, и дистанционное; combined novice-, peer-, and e-mentoring), разработанная в рамках Инициативы по паллиативной медицине (Palliative Medicine Initiative, PMI). Её ключевая особенность – выпускники программы, ранее выступавшие в роли подопечных, впоследствии сами становятся наставниками для новых участников, формируя самовоспроизводящуюся наставническую среду. Модель была детально исследована с применением качественной методологии SEBA (системный доказательный подход; Systematic Evidence-Based Approach), в рамках которой выделены шесть последовательных стадий развития наставнических отношений [54; 55].

Академический медицинский институт образования (Academic Medical Institute of Education, AMEI) реализует годичную программу наставничества для начинающих преподавателей-клиницистов (Educator Mentorship Programme, EMP), построенную на основе предмета «Рамки развития педагога» (Educator Development Framework), включающую пять доменов компетентности [56]. Наконец, программа образовательного наставничества для смежного медицинского персонала (Allied Health Education Mentoring Programme) распространяет структурированное наставничество на лаборантов, физиотерапевтов, фармацевтов и других представителей смежных профессий, устанавливая минимальную продолжительность наставнических отношений в 18 месяцев [57] – это наиболее проработанный из изученных примеров межпрофессионального наставничества в здравоохранении.

Сильной стороной сингапурской модели является охват практически всех профессиональных категорий персонала здравоохранения в сочетании с научно обоснованными, эмпирически изученными моделями и развитой системой качественной оценки. Ограничение – высокая зависимость от ресурсной базы крупного академического медицинского центра и объективная сложность прямого масштабирования модели CNEP на менее обеспеченные ресурсами медицинские организации.

2.8. Республика Корея

Постдипломная подготовка врача в Республике Корея включает год интернатуры и четыре года ординатуры (три года – для семейной медицины) в больницах, аккредитованных Министерством здравоохранения и социального обеспечения [58]. Ключевым регуляторным событием последнего десятилетия стало принятие в 2015 г. Закона об улучшении условий подготовки и статуса ординато-

ров (Medical Resident Act), напрямую регулирующего продолжительность смен, режим отдыха и содержательные цели обучения [59].

Лонгитюдное национальное исследование Корейского института исследований ординатуры (KIRA), охватившее период 2016–2019 гг., зафиксировало заметную положительную динамику после вступления закона в силу. Так, доля ординаторов, осведомленных о содержательных целях обучения, выросла с 29,2% в 2016 г. до 58,3% в 2018 г., а среднее число рабочих часов интернов сократилось со 114 в 2016 г. до 88 в 2019 г. [59]. Более раннее исследование интернов университетской больницы Чоннам (2011) установило значимую положительную связь между наличием наставника и удовлетворенностью работой [60], однако формализованное наставничество в корейской модели остается менее развитым инструментом, чем законодательно закреплённая супервизия условий труда.

Устойчивость наставнических и образовательных структур в корейской системе подверглась серьёзному испытанию в 2024 г. Массовые коллективные отставки ординаторов, вызванные конфликтом вокруг реформы медицинского образования, ослабили сложившиеся наставнические связи и привели к измеримому снижению научной продуктивности программ ординатуры [61], что демонстрирует уязвимость систем постдипломной подготовки, в которых институт наставничества не имеет самостоятельной институциональной устойчивости, независимой от общего состояния трудовых отношений в отрасли.

Сильной стороной корейской модели выступает прямая законодательная защита условий подготовки ординаторов, обеспечивающая измеримое улучшение рабочей среды. Ограничение – сохраняющаяся длительность рабочих часов по международным меркам, менее формализованный по сравнению с супервизией статус собственно наставнических (в отличие от надзорных) отношений и продемонстрированная в 2024 г. уязвимость системы к трудовым конфликтам.

2.9. Турция

Турецкая модель наставничества врачей отличается выраженным акцентом на цифровые и трансграничные форматы. Показательным примером служит программа электронного наставничества (e-mentoring), организованная Турецкой ассоциацией детской и подростковой психиатрии в период пандемии COVID-19. В проекте участвовал 31 наставник, включая 14 профессоров из Турции, США и Бразилии, и 346 подопечных, за время реализации проведено 100 групповых электронных встреч и 16 ключевых презентаций по темам влияния пандемии на психическое здоровье, психофармакологии, методологии исследований и карьерного планирования [29]. Формат продемонстрировал принципиальную возможность масштабирования наставнических программ за пределы национальных границ при минимальных инфраструктурных затратах.

Программа исследовательской подготовки Университета Эге (Research Training Program) реализует научное наставничество студентов-медиков, однако исследование ее внедрения зафиксировало типичный для подобных инициатив

барьер – устойчивый дефицит преподавателей клинических кафедр, готовых принять на себя наставническую нагрузку в дополнение к клинической и педагогической работе [62].

Сильной стороной турецкой модели является высокая масштабируемость и низкий порог входа за счет цифрового формата, обеспечивающего трансграничное участие экспертов. Ограничением остается преимущественно добровольный характер участия, недостаточная институциональная и финансовая поддержка со стороны системы здравоохранения и, как следствие, устойчивая зависимость от личной инициативы отдельных специалистов-энтузиастов.

2.10. Индия

Реформа медицинского образования, проводимая Национальной медицинской комиссией Индии (National Medical Commission, NMC), внедрила компетентностную модель медицинского образования (Competency-Based Medical Education, CBME), включающую специальный модуль AETCOM (Attitude, Ethics and Communication – отношение, этика и коммуникация), предполагающий обязательное наставническое сопровождение студентов и молодых врачей. Групповые форматы наставничества студентов, в частности пересмотренная в 2010 г. программа Университета Дели, описаны в систематическом обзорном исследовании международных практик группового наставничества [63].

Отличительной чертой индийской модели служит опережающее развитие цифровых платформ наставничества, использующих инфраструктуру телемедицины и дистанционного образования для преодоления неравномерности распределения квалифицированных наставников между городскими и сельскими регионами страны.

Сильной стороной индийской модели являются масштаб потенциального охвата и системная встроенность наставнического компонента в реформу медицинского образования на уровне национального регулятора. Ограничением остается неоднородность фактической реализации программ между медицинскими образовательными учреждениями разного уровня ресурсной обеспеченности и сохраняющийся дефицит подготовленных наставников, особенно в регионах с ограниченным доступом к квалифицированным клиническим кадрам.

2.11. Сравнительный анализ моделей

Сопоставление десяти рассмотренных национальных моделей позволяет выделить три группы стран по степени институционализации наставничества врачей. Первая группа – страны с обязательной, привязанной к аккредитации супервизией и защищенным ресурсным обеспечением наставнической функции: США (ACGME), Великобритания (GMC/NHS) и Австралия (Medical Board/AMC). Вторая группа – страны со смешанной моделью, где формальная подготовка обязательна, а само наставничество остается преимущественно добровольным элементом с косвенной институциональной поддержкой: Германия, Сингапур, Япония

и Республика Корея. Третья группа – страны с преимущественно добровольным и цифровым форматом наставничества при слабой институциональной защите: Турция, Индия, где масштаб цифровизации сочетается с неравномерностью фактического внедрения.

Сквозной характеристикой, различающей модели независимо от группы, выступает степень отделения оценочной функции от наставнической. Наиболее последовательно это разделение реализовано в Великобритании и Германии, где супервизор (оценивающий) и наставник (поддерживающий) – принципиально разные фигуры, в США оценочная и наставническая функции, напротив, часто совмещены в фигуре руководителя программы и основного преподавателя. Второе существенное различие между странами заключается в источнике и устойчивости финансирования наставнической функции. Так, прямая оплата защищенного времени наставника присутствует в США и Австралии (через государственное финансирование программ AGPT/PFP), тогда как в Германии, Японии и Китае поддержка носит преимущественно косвенный характер через общее финансирование программ специализации. Третье различие – зрелость систем оценки эффективности: наиболее развитые инструменты представлены в США (Milestones/CCC) и Сингапуре (методология SEBA), тогда как в Китае и Японии оценка остается преимущественно процессной или основанной на самоотчетах участников. Сравнительная характеристика национальных моделей наставничества представлена в таблице 1, сильные и слабые стороны моделей – в таблице 2.

Таблица 1. Сравнительная характеристика национальных моделей наставничества

Страна	Степень обязательности	Срок	Оплата	Регулятор
США	Обязательная супервизия/наставничество	3–7 лет	Да (5% FTE)	ACGME
Великобритания	Обязательная супервизия	н/д	Частично	GMC / NHS
Германия	Непрерывное образование обязательно, менторинг добровольный	5 лет	Косвенно	земельные ВП
Австралия	Обязательная супервизия	PGY1–2 + AGPT	Да	Medical Board / AMC
Япония	Клиническая подготовка обязательна	2 года + кафедра	Косвенно	MHLW
Китай	SRTP обязательна	3 года	Косвенно	HK3 / CMA
Сингапур	Структурно встроено	3+ года	Да	SingHealth / MOH

Таблица 1. Сравнительная характеристика национальных моделей наставничества
(окончание)

Страна	Степень обязательности	Срок	Оплата	Регулятор
Респ. Корея	Условия законодательно закреплены	1+4 года	Косвенно	МОНВ
Турция	Добровольная	Варьируется	Нет	Проф. ассоциации
Индия	Встроена в СВМЕ	По программе	Косвенно	NMC

Источник: составлено автором.

Таблица 2. Матрица сильных и слабых сторон ключевых моделей наставничества врачей

Модель	Сильные стороны	Слабые стороны
США (ACGME)	Объективные метрики; защищенное оплачиваемое время наставника	Высокая ресурсоемкость; риск бюрократизации оценки
Великобритания (GMC/NHS)	Разделение супервизии и наставничества; развитие электронное обучение	Дефицит защищенного времени; зависимость от энтузиазма
Германия (Weiterbildung)	Разделение оценивающей и наставнической функций; региональная гибкость	Неоднородность между землями; добровольность участия
Австралия (AMC/AGPT)	Госфинансирование целевых программ; четко обозначенные результаты	Несоответствие между предпрофессиональным и специализированным этапами подготовки, нехватка наставников в удаленных и малонаселенных регионах страны
Сингапур (SingHealth)	Охват всех категорий персонала; научно обоснованная оценка (SEBA)	Зависимость от ресурсов крупного академического центра

Источник: составлено автором.

3. НАСТАВНИЧЕСТВО ВРАЧЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

3.1. Новая нормативно-правовая база (2025–2026 гг.)

Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» призван внести изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации». Федеральный закон подписан Президентом Российской Федерации 17 ноября 2025 г. и вступил в силу с 1 марта 2026 г. [12; 64]. Нормативный акт вводит обязательное наставничество сроком не более трех лет для лиц, получивших медицинское образование по определенным специальностям и впервые прошедших первичную либо первичную специализированную аккредитацию, при этом прохождение наставничества устанавливается в качестве условия допуска к последующей периодической аккредитации специалиста. Перечень специальностей, конкретные сроки наставничества и содержательное Положение о наставничестве отнесены к компетенции уполномоченного федерального органа – Министерства здравоохранения Российской Федерации. Действие новых норм не распространяется на лиц, завершивших обучение либо прошедших аккредитацию до 1 марта 2026 г. Работа в рамках наставничества должна быть основной: целевики проходят наставничество по месту трудоустройства в соответствии с целевым договором, а остальные специалисты – в любой медицинской организации, участвующей в системе обязательного медицинского страхования.

Приказ Министерства здравоохранения России от 05.03.2026 № 166н устанавливает перечень медицинских специальностей и дифференцированные сроки наставничества – от полутора до трех лет [13]. Максимальный трехлетний срок установлен для неонатологии, онкологии, нейрохирургии, сердечно-сосудистой хирургии и пластической хирургии. Для медицинских организаций, расположенных в сельской местности и населенных пунктах с численностью населения до 50 тыс. человек, а также в новых субъектах Российской Федерации, сроки наставничества сокращаются в полтора-два раза.

Приказ Министерства здравоохранения России от 05.03.2026 № 167н утверждает Положение о наставничестве в сфере здравоохранения (далее – Положение),

изданное на основании части 3.4 статьи 69 Федерального закона № 323-ФЗ [14; 65]. Требования к наставнику ограничены стажем медицинской деятельности по соответствующей специальности не менее пяти лет либо стажем медицинской деятельности с аналогичным сроком для руководителя или заместителя руководителя медицинской организации (структурного подразделения), назначение наставника осуществляется исключительно при его письменном согласии. Федеральная норма не ограничивает число наставляемых, закрепляемых за одним наставником. Оплата труда наставника носит диспозитивный характер: локальными нормативными актами медицинской организации выплаты «могут предусматриваться», источник их финансирования федеральным актом не определен, что может привести к риску формальных, экономически незначимых доплат. Одновременно введенная в 2025 г. статья 351.8 Трудового кодекса Российской Федерации предусматривает оплату наставничества, письменное согласие сторон и оформление наставничества дополнительным соглашением к трудовому договору. Организационно наставничество оформляется приказом об ответственном за организацию наставничества в медицинской организации и отдельным приказом по каждому наставляемому, по завершении периода наставничества руководитель медицинской организации лично подписывает документ «Сведения о периоде прохождения наставничества» по утвержденной форме. Положение допускает применение дистанционных технологий без их детальной регламентации, досрочное прекращение наставничества требует письменного предупреждения не менее чем за три рабочих дня в соответствии с частью 6 статьи 351.8 Трудового кодекса. Выбор наставника самим наставляемым нормативно не предусмотрен; сведения о прохождении наставничества на момент подготовки настоящего обзора не вносятся в Федеральный регистр медицинских работников.

В дополнение к нормативным актам ведомства Федеральным центром поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Минздрава России разработаны Рекомендации по организации наставничества в сфере здравоохранения, обобщающие практику субъектов Российской Федерации и подробно описывающие каждый пункт Положения, а также предусматривающие возможность учета сведений о наставничестве через портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования (edu.rosminzdrav.ru) [66].

3.2. Позиция профессионального сообщества и органов власти

Позиция профессионального сообщества по вопросу обязательного наставничества врачей носит поддерживающе-критический характер. Национальная медицинская палата поддержала общую идею закрепления обязательств выпускников медицинских образовательных программ перед системой здравоохранения, однако дала критический отзыв на первоначальную редакцию законопроекта: в обращении к министру здравоохранения Российской Федерации указывалось на отсутствие в документе социальных, трудовых и жилищных гарантий для выпускников на период прохождения наставничества, сохраняющуюся возможность последующего перехода в частный сектор здравоохранения

ввиду допустимости выбора любой медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования, а также на терминологическую неточность использования понятия «наставничество» применительно к механизму, по существу близкому к распределению выпускников [67]. Руководство Министерства здравоохранения Российской Федерации, в свою очередь, последовательно позиционирует институт наставничества как инструмент решения проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций, апеллируя к международному опыту [68].

3.3. Научная база

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ») обладает наиболее развитой в стране прикладной научной базой по вопросам наставничества в здравоохранении, накопленной в ходе многолетней научно-исследовательской работы [69–75].

Ключевым эмпирическим результатом московского исследования выступает выявленный высокий уровень запроса на наставничество среди молодых врачей: необходимость внедрения наставничества отмечают 64,7% врачей больниц со стажем работы до пяти лет и 57,7% врачей поликлиник той же стажевой группы [69, 70]. Опубликованная по результатам исследования статья «Новые модели наставничества в здравоохранении» (журнал «Экономика. Налоги. Право», 2022) выделяет шесть целевых групп наставляемых – молодые специалисты; работники со стажем свыше 20 лет; специалисты, вернувшиеся к профессиональной деятельности после длительного перерыва; сменившие направление клинической работы; сменившие медицинскую организацию или структурное подразделение; иные категории, а в качестве организационной основы адаптации предлагают индивидуальный план развития наставляемого [74]. Разработанная система показателей эффективности включает динамику текучести кадров и лояльности персонала, сокращение сроков профессиональной адаптации, снижение числа врачебных ошибок и жалоб пациентов, рост удовлетворенности пациентов и сокращение числа отказов страховых медицинских организаций в оплате оказанной медицинской помощи.

3.4. Перспективные направления развития

Проведенный анализ позволяет выделить приоритетные направления развития российской модели наставничества врачей. Первым направлением выступает постепенный переход к развивающей модели наставничества при сохранении обязательного характера института, включая методическое разделение функций формальной оценки готовности к самостоятельной работе и содержательной наставнической поддержки. Второе направление – создание национальной программы подготовки и сертификации наставников по аналогии с британской Medical Mentoring, обеспечивающей минимальный уровень методической компетентности наставника независимо от его клинического стажа. Третье направле-

ние – развитие цифровой инфраструктуры наставничества, включая автоматизированный подбор пар «наставник – наставляемый» и элементы поддержки принятия решений на основе накопленных данных, интегрированные с Федеральным регистром медицинских работников и порталом непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Четвертое направление – формирование единой федеральной системы измеримых показателей результативности наставничества (текучесть кадров в первый год работы, сроки профессиональной адаптации, динамика клинической компетентности, показатели безопасности медицинской помощи). Пятое направление – распространение структурированных наставнических моделей на другие категории работников медицинских организаций по аналогии с сингапурской моделью, включая межпрофессиональные и междисциплинарные форматы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ национальных моделей наставничества врачей в десяти странах позволяет обобщить международный опыт с точки зрения его практической ценности – выделить решения, доказавшие результативность.

Наиболее ценным элементом опыта США выступает привязка наставничества к системе аккредитации при опоре на объективные измеримые критерии профессионального развития наставляемого, подкрепленная защищенным оплачиваемым временем наставника через выделение доли ставки. Такая конструкция обеспечивает прозрачность оценки и устойчивость функции наставника, не зависящую от личной инициативы отдельных специалистов. Ограничением модели является ее высокая ресурсоемкость и риск бюрократизации оценочных процедур: перенос американского опыта оправдан прежде всего в части измеримых критериев и защищенного финансирования труда наставника, тогда как полное воспроизведение аппарата формальной оценки требует значительных организационных ресурсов.

Опыт Великобритании и Германии наиболее полезен принципом институционального разделения функций надзорной оценки и наставнической поддержки: закрепление за обучающимся двух самостоятельных фигур – оценивающего супервизора и не участвующего в аттестации наставника – формирует доверительный характер наставнических отношений и повышает их результативность. Британская национальная программа электронного обучения наставников демонстрирует эффективный механизм массовой стандартизированной подготовки наставников при умеренных затратах. Немецкий опыт дополнительно показывает ценность централизованного подбора постоянного наставника, сопровождающего специалиста на протяжении всего периода подготовки. Ограничением обеих моделей является зависимость от объема защищенного времени и в случае немецкой модели – выраженная региональная неоднородность практики, что снижает воспроизводимость результата без единых организационных требований.

Австралийская модель ценна прежде всего целевым государственным финансированием наставнических программ, ориентированных на обеспечение кадрами отдаленных территорий, а также четко простроенными результатами обучения. Этот опыт наиболее применим при решении задач кадрового обеспечения территорий с дефицитом специалистов. Его ограничением выступает институ-

циональное несоответствие между допрофессиональным и специализированным этапами подготовки и объективная сложность обеспечения качественных наставнических отношений в малонаселенных регионах.

Опыт Сингапура представляет наибольшую методическую ценность как пример охвата структурированным наставничеством всех категорий персонала здравоохранения – врачей, научных работников, преподавателей-клиницистов и смежного медицинского персонала – при научно обоснованной, эмпирически проверенной системе оценки. Особый интерес представляет самовоспроизводящаяся модель, в которой прошедшие подготовку специалисты впоследствии сами становятся наставниками, а также распространение наставничества на межпрофессиональный сегмент. Ограничением служит высокая зависимость этой модели от ресурсной базы крупного академического медицинского центра, что затрудняет ее прямое воспроизведение в организациях меньшего масштаба.

Опыт Японии показывает ценность устойчивых, продолжительных наставнических отношений, глубоко интегрированных в академическую среду и сохраняющихся на значительном отрезке карьеры врача. Одновременно японская практика иллюстрирует характерное ограничение: при высокой формальной распространенности наставничества сохраняется дефицит целенаправленной подготовки наставников по развивающим компетенциям и слабый охват карьерного сопровождения, что снижает удовлетворенность обучающихся даже при почти всеобщем формальном закреплении наставников.

Опыт Китая демонстрирует принципиальную возможность стандартизации постдипломной подготовки в общенациональном масштабе за короткий исторический срок. Вместе с тем китайская модель выявляет ограничение процессного подхода, основанного преимущественно на учете выполненных процедур (без перехода к оценке фактически сформированных компетенций масштаб охвата сам по себе не гарантирует качества подготовки). Опыт Республики Корея, в свою очередь, ценен законодательной защитой условий подготовки обучающихся, однако указывает на уязвимость систем, в которых наставничество не обладает институциональной устойчивостью, независимой от общего состояния трудовых отношений в отрасли.

Опыт Турции и Индии наиболее полезен в части цифровых и дистанционных форматов наставничества. Турецкая практика электронного наставничества доказала возможность масштабирования наставнических программ, в том числе трансграничного, при минимальных затратах на инфраструктуру, а индийский опыт показывает применимость цифровых платформ для преодоления неравномерного распределения квалифицированных наставников между городскими и сельскими территориями. Ограничением этих моделей выступает преимущественно добровольный характер участия и слабая институциональная поддержка, вследствие чего устойчивость программ зависит от инициативы отдельных специалистов.

Сопоставление рассмотренных практик позволяет выделить несколько решений, результативность которых подтверждается опытом сразу нескольких стран и которые в силу этого обладают возможностью тиражирования: институциональное разделение функций оценки и наставнической поддержки, обеспечение защищенного времени и финансирования труда наставника, обязательная предварительная подготовка наставников с признаваемой квалификацией, применение объективных измеримых критериев результативности, распространение наставничества на иные категории кадров здравоохранения, использование цифровых инструментов для масштабирования программ и выравнивания доступа к наставничеству.

Таким образом, результативность наставничества врачей определяется не самим фактом его формального закрепления, а совокупностью организационных условий – подготовкой наставников, защищенностью их труда, разделением оценочной и поддерживающей функций и наличием объективной системы оценки результата. Именно эти условия, а не конкретная организационная форма составляют содержательное ядро международного опыта, применимое при развитии наставничества в любой национальной системе здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. WHO. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. – URL: <https://www.who.int/teams/health-workforce/global-strategy> (дата обращения: 13.06.2026).
2. WHO. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly. – 2022. – URL: <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health--workforce-2030> (дата обращения: 13.06.2026).
3. World Health Organization. Health workforce [официальная страница ВОЗ, данные о глобальном дефиците кадров и влиянии сокращения официальной помощи развитию на медицинских работников]. – 2025. – URL: <https://www.who.int/teams/health-workforce/59> (дата обращения: 13.06.2026).
4. Seventy-eighth World Health Assembly. Resolution WHA78 – Human resources for health, noting WHO's revised shortage estimate of more than 11 million health workers by 2030. – 2025. – URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_53-en.pdf (дата обращения: 13.06.2026).
5. Boniol M. et al. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? // BMJ Global Health. – 2022. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9237893/> (дата обращения: 13.06.2026).
6. OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. – 2024. – URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html (дата обращения: 13.06.2026).
7. European Commission. Commission and OECD report shows need to further promote healthy ageing while tackling health workforce shortages. – 2024. – URL: https://health.ec.europa.eu/latest-updates/commission-and-oecd-report-shows-need-further-promote-healthy-ageing-while-tackling-health-workforce-2024-11-18_en (дата обращения: 13.06.2026).
8. ACGME Common Program Requirements (Residency) 2026. – URL: https://www.acgme.org/globalassets/pfassets/programrequirements/2026-prs/cprresidency_2026.pdf (дата обращения: 13.06.2026).

9. NHS England. Clinical supervision. – URL: <https://www.hee.nhs.uk/our-work-clinical-supervision> (дата обращения: 13.06.2026).
10. Australian Medical Council. Guide to Prevocational Training in Australia for PGY1 and PGY2 Doctors. – 2023. – URL: <https://www.amc.org.au/wp-content/uploads/2023/07/Guide-to-Prevocational-Training-in-Australia-for-PGY1-and-PGY2-Doctors.pdf> (дата обращения: 13.06.2026).
11. American Medical Association. How much physician burnout is costing your organization. – URL: <https://www.ama-assn.org/practice-management/physician-health/how-much-physician-burnout-costing-your-organization> (дата обращения: 13.06.2026).
12. Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ // ГАРАНТ. – URL: <https://base.garant.ru/413056677/> (дата обращения: 13.06.2026).
13. Приказ Министерства здравоохранения России от 05.03.2026 № 166н // Министерство здравоохранения Московской области. – URL: <https://mz.mosreg.ru/deyatelnost/nastavnichestvo/> (дата обращения: 13.06.2026).
14. Приказ Министерства здравоохранения России от 05.03.2026 № 167н «Об утверждении Положения о наставничестве в сфере здравоохранения» // ГАРАНТ.РУ. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413871624/> (дата обращения: 13.06.2026).
15. Scheffler R.M., Forcier M.B. Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead // Health Economics, Policy and Law. – 2018. – URL: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/493055A944EF9EC181D8C4C2D3C3247E/S174413311700055Xa.pdf/> (дата обращения: 13.06.2026).
16. Sambunjak D., Straus S.E., Marušić A. Mentoring in academic medicine: a systematic review // JAMA. – 2006. – Vol. 296, № 9. – P. 1103–1115. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31037545/> (дата обращения: 13.06.2026).
17. Mentorship of Underrepresented Physicians and Trainees in Academic Medicine: a Systematic Review // Journal of General Internal Medicine. – 2020. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-06478-7> (дата обращения: 13.06.2026).
18. Mentorship of Women in Academic Medicine: a Systematic Review // Journal of General Internal Medicine. – 2019. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31037545/> (дата обращения: 13.06.2026).
19. Psychosocial and career outcomes of peer mentorship in medical resident education: a systematic review protocol. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5579942/> (дата обращения: 13.06.2026).
20. Mentoring, coaching and peer-support programs promoting well-being for physicians: A systematic review // Medical Research Archives. – 2023. – URL: <https://esmed.org/MRA/mra/article/view/5618> (дата обращения: 13.06.2026).

21. Physician Well-Being: Mentoring and Coaching Strategies // European Society of Medicine. – URL: <https://esmed.org/physician-well-being-mentoring-and-coaching-strategies/> (дата обращения: 13.06.2026).
22. A scoping review of mentorship in Graduate Medical Education: a proposed conceptual framework. – 2025. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12400154/> (дата обращения: 13.06.2026).
23. Stout. The Hidden Economics of Physician Turnover. – URL: <https://www.stout.com/en/insights/article/hidden-economics-physician-turnover> (дата обращения: 13.06.2026).
24. Health Care Expenditures Attributable to Primary Care Physician Overall and Burnout-Related Turnover: A Cross-sectional Analysis // Mayo Clinic Proceedings. – 2021. – URL: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(21\)00709-6/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(21)00709-6/fulltext) (дата обращения: 13.06.2026).
25. Mayo Well-Being Index. DignityHealth Case Study. – URL: <https://www.mywellbeingindex.org/case-studies/dignityhealth/> (дата обращения: 13.06.2026).
26. Best Upon Request. The ROI of Addressing Physician Burnout. – URL: <https://www.bestuponrequest.com/blog/the-roi-of-addressing-physician-burnout/> (дата обращения: 13.06.2026).
27. NHS England (Health Education England). Medical Mentoring (MEM). – URL: <https://portal.e-lfh.org.uk/Component/Details/512577> (дата обращения: 13.06.2026).
28. Virtual Academic Asynchronous Mentoring (VAAM) for Faculty Physicians: An Innovative Mentorship Model // Cureus. – 2023. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10822490/> (дата обращения: 13.06.2026).
29. E-mentoring program organized by the Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry during the COVID-19 pandemic. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7681764/> (дата обращения: 13.06.2026).
30. HÄVBW. Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin (KW BW). – URL: <https://www.haevbw.de/weiterbildung> (дата обращения: 13.06.2026).
31. KWWL. Mentoring. – URL: <https://kw-wl.de/aerztinnen-aerzte-weiterbildung/mentoring/> (дата обращения: 13.06.2026).
32. ACGME Common Program Requirements (Residency) 2023. – URL: https://www.acgme.org/globalassets/pfassets/programrequirements/cprresidency_2023v3.pdf (дата обращения: 13.06.2026).
33. ACGME. Common Program Requirements. – URL: <https://www.acgme.org/programs-and-institutions/programs/common-program-requirements/> (дата обращения: 13.06.2026).
34. University of Washington, Department of Pediatrics. Coach Roles and Responsibilities. – URL: <https://www.peds.uw.edu/node/1791> (дата обращения: 13.06.2026).

35. The mentor match: A new approach to implementing formal mentorship in general surgery residency // ScienceDirect. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000296102030012X> (дата обращения: 13.06.2026).
36. NHS England. General practice educator, assessor, coach or mentor. – URL: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/primary-care/general-practice-educator-assessor-coach-or-mentor> (дата обращения: 13.06.2026).
37. North Bristol NHS Trust. Clinical & Educational Supervision. – URL: <https://www.nbt.nhs.uk/education/medical-education/postgraduate-medical-education/clinical-educational-supervision> (дата обращения: 13.06.2026).
38. Steven A. et al. Mentoring for NHS doctors: perceived benefits across the personal-professional interface. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2586857/> (дата обращения: 13.06.2026).
39. 'Mentoring the Gap' for Junior Doctors: Promoting an under-utilised resource back to centre-stage. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10711952/> (дата обращения: 13.06.2026).
40. Lass dich nieder. Mentoren für Ärzte in der Weiterbildung. – URL: <https://www.lass-dich-nieder.de/berufseinstieg/weiterbildung/mentoring-als-wegbegleitung> (дата обращения: 13.06.2026).
41. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Weiterbildungsförderung (§75a SGB V). – URL: <https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/weiterbildungsfoerderung> (дата обращения: 13.06.2026).
42. Deutsches Ärzteblatt. Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin: Strukturiert zum Ziel. – URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/77710/> (дата обращения: 13.06.2026).
43. Queensland Health. Prevocational training program framework. Version 2.00. – 2025. – URL: https://www.careers.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0031/345919/prevocational-training-program-framework.pdf (дата обращения: 13.06.2026).
44. Australian Government Department of Health. Australian General Practice Training (AGPT) Program. – URL: <https://www.health.gov.au/our-work/agpt-program?language=en> (дата обращения: 13.06.2026).
45. Australian Government Department of Health. Pre-Fellowship Program (PFP). – URL: <https://www.health.gov.au/our-work/pre-fellowship-program?language=en> (дата обращения: 13.06.2026).
46. Obara H. et al. Influence of national culture on mentoring relationship. – 2021. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8152319/> (дата обращения: 13.06.2026).
47. Sakushima K. et al. Mentoring the next generation of physician-scientists in Japan: a cross-sectional survey of mentees in six academic medical centers // BMC Medical Education. – 2015. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25890341/> (дата обращения: 13.06.2026).

48. Standardized residency training in China: the new internal medicine curriculum. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5807259/> (дата обращения: 13.06.2026).
49. Standardized residency programs in China: perspectives on training quality. – URL: <https://www.researchgate.net/publication/305366770> (дата обращения: 13.06.2026).
50. Professional identity and its associated psychosocial factors among physicians from standardized residency training programs in China: a national cross-sectional study. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11390412/> (дата обращения: 13.06.2026).
51. Study on a job competence evaluation system for resident physicians (including integrated postgraduates) receiving standardized training. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10629086/> (дата обращения: 13.06.2026).
52. SingHealth Academy. Family Medicine Residency Programme. – URL: <https://www.singhealthacademy.edu.sg/residency/programmes/discover-the-family-medicine-residency-programme> (дата обращения: 13.06.2026).
53. SingHealth Academy. Programmes. – URL: <https://www.singhealthacademy.edu.sg/residency/programmes> (дата обращения: 13.06.2026).
54. Professional identity formation amongst peer-mentors in a research-based mentoring programme. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10598986/> (дата обращения: 13.06.2026).
55. Mentoring stages: A study of undergraduate mentoring in palliative medicine in Singapore. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481808/> (дата обращения: 13.06.2026).
56. SingHealth Duke-NUS. Educator Resources (AMEI EMP / EDF). – URL: <https://www.singhealthdukenus.com.sg/amei/educator-resources> (дата обращения: 13.06.2026).
57. SingHealth Academy. Allied Health Education Mentoring Programme. – URL: <https://www.singhealthacademy.edu.sg/cah/allied-health-education-programmes/singhealth-allied-health-education-mentoring-programme> (дата обращения: 13.06.2026).
58. World Health Systems Facts. Korea: Healthcare Workforce Education and Training. – URL: <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/national-health-insurance/south-korea/south-korea-medical-training/> (дата обращения: 13.06.2026).
59. Changes in the working conditions and learning environment of medical residents after the enactment of the Medical Resident Act in Korea in 2015: a national 4-year longitudinal study. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8118751/> (дата обращения: 13.06.2026).

60. Mentoring experience and its effects on medical interns // PubMed. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25631971/> (дата обращения: 13.06.2026).
61. Korea's 2024 reduction in medical research output amid physician residents' resignation. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12277503/> (дата обращения: 13.06.2026).
62. Research training program in a Turkish medical school: challenges, barriers and opportunities // BMC Medical Education. – URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02454-1> (дата обращения: 13.06.2026).
63. Group mentorship for undergraduate medical students (including University of Delhi programme) – a systematic review. – 2020. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7550430/> (дата обращения: 13.06.2026).
64. Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ // ГАРАНТ.РУ, лента ПРАЙМ. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/412956677/> (дата обращения: 13.06.2026).
65. Нормативная база для реализации Федерального закона от 17.11.2025 № 424-ФЗ. – URL: <https://fcprn.rf/tutors/> (дата обращения: 13.06.2026).
66. Рекомендации по организации наставничества в сфере здравоохранения в целях реализации Федерального закона от 17.11.2025 № 424-ФЗ. – 2026. – URL: <https://base.garant.ru/414206191/> (дата обращения: 13.06.2026).
67. Распределение под видом наставничества. – 04.09.2025. – URL: https://octagon.media/istorii/raspredelenie_pod_vidom_nastavnichestva.html (дата обращения: 13.06.2026).
68. Медицинская газета. Минздрав утвердил правила наставничества. – 2026. – URL: <https://mgzt.ru/node/22332> (дата обращения: 13.06.2026).
69. Бурдастова Ю.В., Виноградова К.В. Наставничество в медицине: факторы готовности врачей становиться наставниками // Доходы, расходы и сбережения населения России: тенденции и перспективы. Сборник материалов V Международной научно-практической конференции (Москва, 3 декабря 2019 г.) / [Под науч. ред. А.В. Ярашевой, О.А. Александровой, Н.В. Аликперовой; технич. ред. К.В. Виноградова]. М.: ИСЭПН ФНИСЦ РАН. 2020. С. 40–44.
70. Бурдастова Ю.В., Виноградова К.В. Факторы вовлеченности медицинских сестер в систему наставничества медицинских организаций // Сборник научных трудов НИИОЗММ ДЗМ. Выпуск 3. 2020. С. 53–55.
71. Аксенова Е.И., Бурдастова Ю.В. Наставничество в здравоохранении: московский опыт // Московская медицина. – 2023. – № 4 (56). – С. 20–31. – URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-meditsina/zhurnal-moskovskaya-meditsina/luchshie-praktiki/nastavnichestvo-v-zdravookhranении-moskovskiy-opyt/?ysclid=ln1alxkcj2919165234>. – EDN: OJHTHP

72. Бурдастова Ю.В. Проблемы формализации института наставничества в здравоохранении и пути их решения // Здравоохранение РФ. – 2021. – Т. 65. – № 5. – С. 461-466. URL: <https://www.rfhealth.ru/jour/article/view/604>
73. Бурдастова Ю.В. Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? // Народонаселение. – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 148–154.
74. Бурдастова Ю.В., Ненахова Ю.С., Аликперова Н.В., Марков Д.И. Новые модели наставничества в здравоохранении как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников // Экономика. Налоги. Право. 2022; 15(3). – С. 69–79.
75. Бурдастова Ю.В. От традиции к инновациям: векторы развития системы наставничества в здравоохранении / Ю. В. Бурдастова // Экономика, предпринимательство и право. – 2025. – Т. 15, № 11. – С. 7847-7868.

Научное электронное издание

Бурдастова Юлия Владимировна

**Наставничество в медицине:
лучшие практики в мире**

Экспертный обзор

*Корректор И. Д. Баринская
Дизайнер-верстальщик И. А. Лукконен*

Объем данных 1,5 Мб.

Дата подписания к использованию: 09.10.2026.

URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-meditcina/izdaniya-nii/obzory/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9, пом. 5Ц
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiiozmm@zdrav.mos.ru

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы

niioz.ru



Мероприятия
Московской
медицины



Канал
НИИ ОЗММ
в Max



Группа
НИИ ОЗММ
в VK



Группа
НИИ ОЗММ
в одноклассниках



Канал
НИИ ОЗММ
в RuTube

MOCKBA
2026