

Руководство ВОЗ по развитию, привлечению, набору и удержанию кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах

Обновленное издание руководства ВОЗ
*Расширение доступа к работникам здравоохранения
в отдаленных и сельских районах посредством
совершенствования системы сохранения кадров.
Рекомендации по глобальной политике (2010 г.)*

Руководство ВОЗ по развитию, привлечению, набору и удержанию кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах

Обновленное издание руководства ВОЗ
*Расширение доступа к работникам здравоохранения
в отдаленных и сельских районах посредством
совершенствования системы сохранения кадров.
Рекомендации по глобальной политике (2010 г.)*

Руководство ВОЗ по развитию, привлечению, набору и удержанию кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах [WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas]

ISBN 978-92-4-003457-0 (онлайн-версия)

ISBN 978-92-4-003456-3 (версия для печати)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2021**

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ru>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводятся библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за содержание или точность перевода. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки: Руководство ВОЗ по развитию, привлечению, набору и удержанию кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах [WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021. Лицензия: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминания определенных компаний или продукции определенных производителей не означают, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от других аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Перевод на русский язык выполнен Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения.



Содержание

Выражение признательности	vi
Глоссарий терминов	viii
Рабочее резюме	xii
1.0 История вопроса	1
1.1 Обоснование	2
1.2 Предыдущие рекомендации в отношении расширения доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах	5
1.3 Целевая аудитория	7
1.3.1 Конечные пользователи руководства	7
1.3.2 Заинтересованные стороны	7
1.4 Задачи данного руководства	7
2.0 Методы	9
2.1 Сфера применения	9
2.1.1 Работники сельского здравоохранения	10
2.1.2 Население сельских и отдаленных районов: географические особенности и определения	10
2.1.3 Целевые результаты	11
2.2 Процесс анализа данного руководства и методология	11
2.2.1 Соавторы руководства	11
2.2.2 Источники фактических данных для настоящего руководства	12
2.3 Результаты	13
2.3.1 Систематический обзор результатов	13
2.3.2 Результаты исследования мнений заинтересованных сторон	17
2.4 Формулирование рекомендаций	17
2.5 Формулирование заявления о надлежащей практике для данного руководства	17
2.6 Руководящие принципы формулирования стратегий по улучшению доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах	18
2.6.1 Устойчивое развитие, всеобщий охват услугами здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь и достойные условия труда	18
2.6.2 Гендер, справедливость и права человека	19
2.6.3 Гармонизация с национальными планами здравоохранения	20
2.6.4 Понимание ситуации с кадрами здравоохранения	20
2.6.5 Усиление кадровых ресурсов для управления службами здравоохранения	22
2.6.6 Социальная ответственность в сфере образования кадров здравоохранения	24

3.0 Заявление и рекомендации в отношении надлежащей практики	25
Заявление о надлежащей практике развития, привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах	25
3.1 Рекомендация 1. Зачислять студентов из сельской местности в программы подготовки медицинских работников	26
3.1.1 Обоснование рекомендации	26
3.1.2 Вопросы практической реализации	27
3.2 Рекомендация 2. Размещать медицинские учебные заведения ближе к сельским районам	28
3.2.1 Обоснование рекомендации	28
3.2.2 Вопросы практической реализации	29
3.3 Рекомендация 3. Привлекать студентов медицинских учебных заведений на практику в сельские и отдаленные населенные пункты	30
3.3.1 Обоснование рекомендации	30
3.3.2 Вопросы практической реализации	31
3.4 Рекомендация 4. Согласовать подготовку медицинских работников с потребностями сельского здравоохранения	32
3.4.1 Обоснование рекомендации	32
3.4.2 Вопросы практической реализации	32
3.5 Рекомендация 5. Содействовать непрерывному образованию медицинских работников в сельских и отдаленных районах	33
3.5.1 Обоснование рекомендации	34
3.5.2 Вопросы практической реализации	34
3.6 Рекомендация 6. Обеспечить сельским медицинским работникам возможность расширить сферу своей практической деятельности, чтобы лучше удовлетворять потребности местного населения	35
3.6.1 Обоснование рекомендации	35
3.6.2 Вопросы практической реализации	36
3.7 Рекомендация 7. Расширить спектр медицинских специальностей для удовлетворения потребностей в услугах здравоохранения в сельских районах.	36
3.7.1 Обоснование рекомендации	37
3.7.2 Вопросы практической реализации	37
3.8 Рекомендация 8. Обеспечить, чтобы в соглашениях об обязательной отработке были соблюдены права работников здравоохранения и чтобы эти требования сопровождались соответствующей поддержкой и стимулами.	38
3.8.1 Обоснование рекомендации	38
3.8.2 Вопросы практической реализации	39

3.9	Рекомендация 9. Увязать субсидии на образование для работников здравоохранения с соглашениями об обязательной отработке в сельских и отдаленных районах.	39
3.9.1	Обоснование рекомендации	40
3.9.2	Вопросы практической реализации	40
3.10	Рекомендация 10. Предоставить пакет привлекательных стимулов, чтобы повлиять на решение медицинских работников переехать в отдаленный или сельский район или остаться там работать.	41
3.10.1	Обоснование рекомендации	41
3.10.2	Вопросы практической реализации	42
3.11	Рекомендация 11. Улучшить жилищные условия в сельских и отдаленных районах.	43
3.11.1	Обоснование рекомендации	43
3.11.2	Вопросы практической реализации	44
3.12	Рекомендация 12. Обеспечить безопасные условия работы в медицинских учреждениях в сельских и отдаленных районах.	44
3.12.1	Обоснование рекомендации	45
3.12.2	Вопросы практической реализации	45
3.13	Рекомендация 13. Обеспечить достойные условия труда для работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах	46
3.13.1	Обоснование рекомендации	46
3.13.2	Вопросы практической реализации	47
3.14	Рекомендация 14. Содействовать созданию сетей поддержки работников здравоохранения	48
3.14.1	Обоснование рекомендации	48
3.14.2	Вопросы практической реализации	49
3.15	Рекомендация 15. Развивать и усиливать	49
3.15.1	Обоснование рекомендации	50
3.15.2	Вопросы практической реализации	50
3.16	Рекомендация 16. Способствовать обмену знаниями между работниками здравоохранения.	51
3.16.1	Обоснование рекомендации	51
3.16.2	Вопросы практической реализации	51
3.17	Рекомендация 17. Повысить уровень признания сельских медицинских работников.	52
3.17.1	Обоснование рекомендации	52
3.17.2	Вопросы практической реализации	52
4.0	Выбор и оценка комплекса мероприятий	53
4.1	Актуальность: какие меры регулирования наилучшим образом соответствуют национальным приоритетам и ожиданиям работников здравоохранения и сельских общин?	55
4.2	Приемлемость: какие меры регулирования приемлемы в политическом плане и пользуются наибольшей поддержкой со стороны заинтересованных участников?	55
4.3	Осуществимость: какие мероприятия сталкиваются с минимальными барьерами в процессе реализации?	58
4.4	Доступность: какие вмешательства экономически эффективны и каковы их финансовые последствия?	58
4.5	Эффективность: были ли рассмотрены вопросы взаимодополняемости и потенциальные непредвиденные последствия различных вмешательств?	59
4.6	Воздействие: какие показатели следует использовать для измерения воздействия во времени?	60
4.7	Распространение и реализация планов в рамках данного руководства	60
4.7.1	Распространение	62
4.7.2	Мониторинг и оценка	62
5.0	Повестка дня исследований	63
5.1	Расширение доказательной базы	63
5.2	Включение доступа к медицинским услугам в сельской местности в исследования систем здравоохранения и результатов здравоохранения	63
5.3	Обеспечение тщательности и продуманности оценок	64
6.0	Обновление данного руководства	65
	Библиография	66



Таблицы

Таблица 1.1	Международные призывы к действию в отношении кадров здравоохранения	4
Таблица 1.2	Категории мер регулирования, применимых в целях совершенствования системы привлечения, найма и сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах (Руководство 2010 г.).	6
Таблица 1.3	Заинтересованные стороны, влияющие на политику в отношении кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах	8
Таблица 2.1	Выходные данные и целевые результаты	11
Таблица 2.2	Географическое распределение исследований в отдельных странах, включенных в первоначальный и обновленный систематические обзоры, по регионам ВОЗ	15
Таблица 2.3	Специальности медицинских работников, представленные в исследованиях, включенных в систематические обзоры	15
Таблица 4.1	Измерение результатов мер по сохранению кадров в сельской местности	54
Таблица 4.2	Роли и обязанности заинтересованных участников в разработке и осуществлении стратегий расширения доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах (примеры)	56
Таблица 4.3	Вопросы и показатели для оценки и мониторинга мероприятий по расширению доступа к медицинским работникам в отдаленных и сельских районах за счет совершенствования системы удержания кадров	61

Рисунки

Рис. 2.1	Диаграммы PRISMA: первичный систематический обзор (слева) и обновленный систематический обзор (справа)	14
Рис. 2.2	Исследования различных медицинских специальностей	16
Рис. 2.3	Факторы, влияющие на решение переехать в сельские районы, остаться там или уехать из этих районов	21

Веб-приложения

(доступно только на английском языке)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341112/9789240024243-eng.pdf>

Веб-приложение А. Руководящие принципы и инструменты ВОЗ в поддержку данного Руководства

Веб-приложение В. Вопросы в формате: популяции, мероприятия, сравнения, целевые результаты (PICOS)

Веб-приложение С. Члены Руководящей группы, Группы по разработке руководящих принципов и Группы внешней оценки, и управление конфликтом интересов

Веб-приложение Д. Авторы обновленного систематического обзора

Веб-приложение Е. Контрольный список критериев для рассмотрения перед подготовкой рекомендаций о надлежащей практике, разработанный Рабочей группой GRADE

Веб-приложение Ф. Эволюция рекомендаций

Веб-приложение Г. Сводный обзор фактических данных

Веб-приложение Н. Таблицы доказательств для принятия решений

Выражение признательности

vi

Данное руководство является частью программы работы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области кадровых ресурсов здравоохранения. Инициатором концепции пересмотра руководства был James Campbell (директор Департамента кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ). Общая координация процесса разработки этого документа осуществлялась под руководством Michelle McIsaac (экономист, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ).

Руководящая группа ВОЗ

Руководящая группа ВОЗ возглавила разработку предложений по планированию данного руководства, определила членов Группы по разработке руководящих принципов и Группы внешней оценки, содействовала проведению заседаний Группы по разработке руководящих принципов и внесла вклад в подготовку проекта руководства. В состав Руководящей группы вошли следующие сотрудники ВОЗ: Adam Ahmat, региональный советник, Отдел планирования кадровых ресурсов здравоохранения, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки; Онуема Ајубор, технический сотрудник, Кадровые ресурсы здравоохранения, штаб-квартира ВОЗ; Shannon Barkley, технический сотрудник, Клинические службы и системы, штаб-квартира ВОЗ; Gulin Gedik, региональный советник, Развитие кадровых ресурсов здравоохранения, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья; Jose Francisco Garcia Gutierrez, советник, Развитие кадровых ресурсов, Панамериканская организация здравоохранения; Indrajit Hazarika, региональный советник, Политика в отношении кадровых ресурсов здравоохранения, Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана; Margrieta Langins, советник, Кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи, Европейское региональное бюро ВОЗ; Inke Mathauer, старший специалист по финансированию здравоохранения, Финансирование здравоохранения, штаб-квартира ВОЗ; Michelle McIsaac, экономист, Кадровые ресурсы здравоохранения, штаб-квартира ВОЗ (ответственный технический сотрудник); Tomas Zapata, региональный советник, Кадровые ресурсы здравоохранения, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии; Pascal Zurn, координатор, Кадровые ресурсы здравоохранения, штаб-квартира ВОЗ.

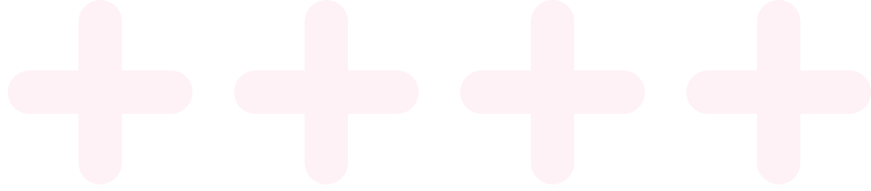
Группа по разработке руководящих принципов

Группа по разработке руководящих принципов определила объем данного руководства, рассмотрела резюме доказательств, разработала рекомендации и провела анализ итогового документа. В ее состав входили Elie Akl, Американский университет Бейрута, Бейрут, Ливан (методист и сопредседатель); Ian Cooper, Факультет глобального здравоохранения, Стелленбосский

университет, Кейптаун, Южная Африка; Gilles Dussault, Институт гигиены и тропической медицины, Лиссабон, Португалия; Mayara Floss, сеть Rural Seeds и WWPRP, Потру-Алегри, Бразилия; Amel Gesmalla, Управление кадровых ресурсов здравоохранения, Министерство здравоохранения, Судан; Michael Glasser, иллинойский университет, Иллинойс, Соединенные Штаты Америки; Mona Gupta, Национальный ресурсный центр систем здравоохранения, Министерство здравоохранения и благополучия семьи, Нью-Дели, Индия; Margaret Phiri, некоммерческая организация Seed Global Health, Лилонгве, Малави; Roger Strasser, Медицинский институт Северного Онтарио, Канада; Julia Tainjoki-Seyer, Всемирная медицинская ассоциация, Франция; Viroj Tangcharoensathien, Международная программа политики здравоохранения, Министерство общественного здравоохранения, Таиланд (сопредседатель); Paul Worley, Отделение доступа к медицинским услугам в сельской местности, Министерство здравоохранения, Австралия.

Группа внешней оценки

Следующие эксперты выступили в качестве внешних рецензентов проекта руководящего документа: Edson Araujo, Группа Всемирного банка, Соединенные Штаты Америки; James Buchan, Технологический университет, Сидней, Австралия; Mushtaque Raza Chowdhury, Университет BRAC, Бангладеш; Aïssa Diarra, Лаборатория научных исследований социальной динамики и местного развития, Нигер; Marjolein Dieleman, Королевский тропический институт, Нидерланды; Des Gorman, Оклендский университет, Новая Зеландия; Zhang Guangpeng, Китайский национальный научно-исследовательский центр развития здравоохранения, Китай; Luis Huicho, Университет Каэтано Эредиа, Перу; Sue Kildea, Университет Чарльза Дарвина, Австралия; Kristine Klavina, Министерство здравоохранения, Латвия; Sabina Knight, Центр здравоохранения в сельских и отдаленных районах при Университете Джеймса Кука, Австралия; Akiko Maeda, независимый консультант, Канада; Tim Martineau, Ливерпульская школа тропической медицины, Соединенное Королевство; Alireza Mirzasadeghi, Министерство здравоохранения и медицинского образования, Исламская Республика Иран; Sulakshana Nandi, Сеть ресурсов общественного здравоохранения, Индия; Steve Reid, Кейптаунский университет, Южная Африка; Moises A. Santos-Peña,



многопрофильная университетская больница Gustavo Aldereguia, Куба; Ruy Guilherme Silveira de Souza, Федеральный университет Порайма, Бразилия; Emma Stokes, Катарский университет, Катар; Syed Raza Mahmood Zaidi, Министерство регулирования и координации национальной системы здравоохранения, Пакистан.

Сотрудники и консультанты ВОЗ

В разработке данного руководства приняли участие следующие сотрудники и консультанты ВОЗ: Judie Diah (административная поддержка), Chukwuemeka Onyedike (техническая поддержка и составление документа), Sonali Reddy (коммуникационное обеспечение).

Группа по обзору фактических данных

Обзор фактических данных проводился под руководством Sarah Strasser, Квинслендский университет, Австралия, при участии Marni Austin, Квинслендский университет; Hollie Bendotti, Квинслендский университет; Gary Bourke, Университет Монаш, Австралия; David Campbell, Австралийский колледж медицины в сельских и отдаленных районах, Австралия; Narelle Campbell, Флиндерский университет, Австралия; Alan Bruce Chater, Квинслендский университет; Hwee Sin Chong, Квинслендская служба сельской медицины, больница и медицинская служба Дарлинг Даунз, Австралия; Jacqueline Cribb, Квинслендский университет; Kay Cumming, Квинслендский университет; Barbara Jean Doty, Вашингтонский университет, Соединенные Штаты Америки; Diann Eley, Квинслендский университет; Jay S. Erikson, Вашингтонский университет, Соединенные Штаты Америки; Anastasia Florentis, Медицинский институт Северного Онтарио, Канада; Mayara Floss, Grupo Hospitalar Conceição, Бразилия; Katie Goot, Квинслендский университет; Jane Greasen, Медицинский центр Каннигем Арм, Австралия; Yvonne Jonk, Университет Северного Мэна, Соединенные Штаты Америки; Kean Khoo, Квинслендский отдел здравоохранения, Австралия; Srinivas Kondalsamy-Chennakesavan, Квинслендский университет; Margaret Lamb, Квинслендский университет; Randall Longenecker, Колледж остеопатической медицины Университета штата Огайо, Соединенные Штаты Америки; Matthew McGrail, Квинслендский университет; Bushra Nasir, Квинслендский университет; Riitta Partanen, Квинслендский университет; Davis Patterson, Вашингтонский университет, Соединенные Штаты Америки; Dilum Rajapalisha, Квинслендский университет; David Schmitz, Университет штата Северная Дакота, Соединенные Штаты Америки; David Shaker, Квинслендский университет; Felicity Strasser, Медицинский институт Северного Онтарио, Канада; Roger Strasser, Медицинский институт Северного Онтарио, Канада; Patricia Stuart, Квинслендский университет; Maree Toombs, Квинслендский университет; George Tucker, Квинслендский университет; Anna Tynan, медицинская служба Дарлинг Даунз, Австралия.

Был проведен систематический обзор ценностей, предпочтений, осуществимости и приемлемости, связанных с политикой найма и удержания медицинских работников в районах с недостаточным уровнем обслуживания. Это было сделано под руководством Amena El-Harakeh, Американский университет Бейрута, Ливан, при участии Firas Abadi, Американский университет Бейрута; Онуета Ajuebor, Отдел кадровых ресурсов здравоохранения, штаб-квартира ВОЗ; Elie A. Akl, Американский университет Бейрута; Zeina Chehade, Американский университет Бейрута; Michelle McIsaac, Отдел кадровых ресурсов здравоохранения, штаб-квартира ВОЗ; и Mohamed Moustafa Khamis, Американский университет Бейрута.

И, наконец, был проведен опрос на тему расширения доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах, чтобы выяснить, что заинтересованные стороны ценят и считают возможным и приемлемым. Это было сделано под руководством Онуета Ajuebor, Отдел кадровых ресурсов здравоохранения, штаб-квартира ВОЗ, при участии Elie A. Akl, Американский университет Бейрута, Ливан; Mathieu Boniol, Отдел кадровых ресурсов здравоохранения; Michelle McIsaac, Отдел кадровых ресурсов здравоохранения; и Chukwuemeka Onyedike, Отдел кадровых ресурсов здравоохранения.

Выражение признательности другим специалистам

Свой вклад в методологические аспекты или экспертную оценку, а также в конкретные разделы руководящего документа также внесли следующие специалисты: Rebekah Thomas Bosco, секретариат Комитета по обзору руководящих принципов, ВОЗ; Ibadat Dhillon, Отдел кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ; Amena El-Harakeh, Американский университет Бейрута, Ливан; Siobhan Fitzpatrick, Отдел кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ; и Susan Norris, секретариат Комитета по обзору руководящих принципов, ВОЗ.

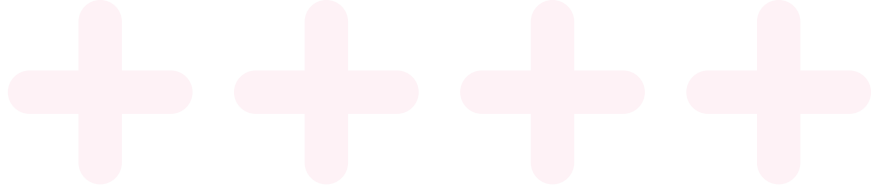
Финансирование

Подготовка данного документа стала возможной благодаря финансовой поддержке Германии, Норвегии и Партнерства для обеспечения ВОУЗ (Бельгия, Европейский союз, Франция, Ирландия, Япония, Люксембург, Соединенное Королевство и ВОЗ).

Глоссарий терминов

viii

Медицинский работник клиники, прошедший ускоренную медицинскую подготовку	Медицинские работники клиники, прошедшие ускоренную медицинскую подготовку, могут совмещать несколько специальностей, в том числе работать фельдшерами, ассистентами врачей и помощниками врача-клинициста. Они проходят краткий курс обучения с использованием медицинских модулей и с учетом региональной специфики для оказания конкретных услуг, соответствующих контексту ^a .
Доступ	Восприятие и опыт людей относительно того, насколько легко им получить медицинские услуги или добраться до медицинских учреждений с точки зрения местоположения, времени и расстояния ^b .
Привлекательность работы (в сельской местности)	Влияние, оказываемое на предпочтения студентов или медицинских работников в отношении работы в сельских или отдаленных районах, обычно вызывающее интерес или усиливающее мотивирующие факторы.
Наличие	Достаточное предложение и соответствующий резерв медицинских работников, обладающих компетенцией и набором навыков для удовлетворения потребностей населения в области здравоохранения.
Комплексные вмешательства	Набор комплексных мероприятий, основанных на фактических данных. В совокупности они дают лучшие результаты, чем при применении по отдельности ^c .
Участие общин	Процесс формирования отношений, позволяющих заинтересованным сторонам работать совместно для решения проблем, связанных со здоровьем, и содействия благополучию для достижения положительного воздействия на здоровье и результаты в области здравоохранения ^d .
Непрерывное повышение квалификации	Обучение, которое выходит за рамки обновления клинических данных или образовательных мероприятий, и включает в себя широкий круг профессиональных знаний и навыков в таких областях, как проведение научных исследований и написание научных трудов; оказание пациентам помощи многопрофильного характера; профессионализм и этическая практика; коммуникация, лидерство, управление и поведенческие навыки; формирование команды; и использование информационных технологий ^e .
Достойная работа	Согласно МОТ, достойные условия труда включают возможности для продуктивной работы, приносящей справедливый доход, безопасность на рабочем месте и социальную защиту семей, лучшие перспективы личной и социальной интеграции, свободу выражения мнений, свободу объединения и участия в принятии решений, влияющих на их жизнь, а также равенство возможностей и обращения для всех женщин и мужчин ^f .
Развитие (кадровых ресурсов)	Повышение уровня подготовки, навыков и эффективности работы медицинских работников.



Расширение сферы практической деятельности	Развитие или приобретение навыков или опыта за пределами признанной в настоящее время сферы практической деятельности.
Работники здравоохранения	Все лица, занимающиеся деятельностью, основной целью которой является укрепление здоровья ⁹ .
Межпрофессиональное образование	Получение двумя или несколькими работниками здравоохранения совместных знаний в отношении друг друга на взаимной основе.
Многопрофильная группа	Группа медицинских работников различных специальностей, работающих вместе для предоставления конкретной услуги.
Социально-ориентированная медицинская помощь	Подход к медицинской помощи, который строится на основе сознательного учета индивидуальных, профессиональных, семейных и социальных устремлений людей в качестве участников и пользователей систем здравоохранения, которым они доверяют, в соответствии с их потребностями и предпочтениями на основе принципов гуманности и целостности ^h .
Модель оказания первичной медико-санитарной помощи	Модель оказания медицинской помощи, которая удовлетворяет потребности людей в здоровье посредством всесторонних мер по укреплению здоровья, защитного, лечебного, реабилитационного и паллиативного медицинского обслуживания на протяжении всей жизни, одновременно обеспечивая более широкие детерминанты здоровья (поведенческие, экономические и социальные), в конечном итоге расширяя возможности людей для оптимизации их здоровья посредством информационно-разъяснительной работы и активного участия ⁱ .
Мотивирующие факторы	Факторы, привлекающие индивидуума в новое место назначения, включая улучшенные возможности трудоустройства, перспективы карьерного роста, финансовые и нефинансовые стимулы, лучшие условия жизни или работы, или более привлекательная среда ⁱ .
Демотивирующие факторы	Факторы, вынуждающие человека покинуть то или иное место проживания, включая потерю возможности трудоустройства, низкую заработную плату, плохие условия жизни или работы, отсутствие школьного образования для детей ⁹ .
Рекомендуется	Термин используется для «надежных рекомендаций» и означает, что им должны следовать все или почти все пользователи данного руководства.
Наем	Эффективное заключение контрактов и распределение медицинских работников.
Меры регулирования	Могут иметь самое широкое определение и охватывают любые виды государственного контроля, осуществляемого с помощью законодательных, административных, правовых или политических инструментов.

х

Темы укрепления здоровья в сельской местности	Зависимые от контекста темы, характерные для сельской местности, включая характер сельской жизни, эпидемиологию, социальные и культурные аспекты сельского здравоохранения, практические аспекты доступа к медицинскому обслуживанию (например, транспортные проблемы), компетенции, необходимые в сельских и отдаленных районах, и действия в чрезвычайных ситуациях.
Сохранение кадров в сельской местности	Сохранение медицинских работников, занятых в сельской местности, в течение определенного периода времени.
Пути обучения в сельской местности	Программы, обеспечивающие возможности обучения в сельских районах для студентов, планирующих заняться медицинской практикой в сельской местности.
Метод «строительных лесов»	Разнообразные методы обучения, используемые для постепенного формирования у студентов более глубокого понимания и большей независимости в процессе обучения, например, преподавание упрощенных версий урока или использование многочисленных иллюстраций ^к .
Социальная ответственность	Обязательство направлять образовательную, исследовательскую и практическую деятельность на решение приоритетных проблем здравоохранения сообщества, региона или страны, которым она уполномочена служить. Приоритетные проблемы здравоохранения должны определяться совместно правительствами, организациями здравоохранения, медицинскими работниками и общественностью ^л .
Предлагается	Этот термин используется для обозначения «условных рекомендаций», которым необходимо следовать, если это осуществимо и приемлемо для всех соответствующих заинтересованных сторон.
Телемедицина	Предоставление медицинских услуг там, где расстояние является критическим фактором, всеми работниками здравоохранения с использованием информационных и коммуникационных технологий для обмена достоверной информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения научных исследований и оценки, а также для непрерывного образования работников здравоохранения в интересах укрепления здоровья людей и их сообществ ^м .
Индекс охвата услугами ВОУЗ	Охват основными услугами здравоохранения (определяется как средний охват основными услугами на основе отслеживаемых вмешательств, которые включают репродуктивное здоровье, здоровье матери, новорожденного и ребенка, инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания, а также потенциал системы и доступ к услугам среди населения в целом и наиболее незащищенных слоев населения) ^н .
Общегосударственный подход	Сотрудничество различных органов власти, различных министерств или государственных учреждений для решения проблем.

-
- a. Pálsdóttir B, Cobb N, Fisher J, Gilbert JHV. Enabling universal coverage and empowering communities through socially accountable health workforce education. In: Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017.
 - b. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55:452–4. doi:10.1136/jech.55.7.452.
 - c. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.
 - d. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. Geneva: World Health Organization; 2017.
 - e. Национальная система учета кадров здравоохранения: руководство. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (https://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/, по состоянию на 7 января 2021 г.).
 - f. Decent work. Geneva: International Labour Organization (<https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>, accessed 7 January 2021).
 - g. Working together for health: the world health report, 2006. Geneva: World Health Organization; 2006.
 - h. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;sequence=1, accessed 7 January 2021).
 - i. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2018.
 - j. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*. 2008;8:19.
 - k. The glossary of education reform: scaffolding (<https://www.edglossary.org/scaffolding/>, accessed 7 January 2021).
 - l. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>, accessed 7 January 2021).
 - m. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997. Geneva: World Health Organization; 1998.
 - n. UHC (universal health coverage) service coverage index. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4834>, accessed 7 January 2021).

Рабочее резюме

xii

Обеспечение справедливого доступа к услугам здравоохранения для жителей сельских и отдаленных районов продолжает оставаться проблемой для правительств и специалистов по разработке политики во всем мире. В основе этой сложной проблемы лежит глобальная нехватка хорошо обученных, квалифицированных и мотивированных медицинских работников.

Цели

Обеспечение справедливого доступа к услугам здравоохранения для жителей сельских и отдаленных районов продолжает оставаться проблемой для правительств и специалистов по разработке политики во всем мире. В основе этой сложной проблемы лежит глобальная нехватка хорошо обученных, квалифицированных и мотивированных медицинских работников. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для достижения к 2030 году всеобщего охвата услугами здравоохранения в 2016 году не хватало 18 миллионов медицинских работников, в основном в странах с низким и средним уровнем дохода. Этот дефицит зачастую наиболее остро ощущается в сельских, отдаленных и труднодоступных районах, где численность медицинских работников, как правило, ниже среднего показателя по стране. Даже там, где нехватка кадров на национальном уровне не наблюдается, могут возникать проблемы неэффективного распределения, в результате чего некоторые группы населения остаются без внимания. Непропорционально часто в эту категорию попадает сельское население, уровень благосостояния и здоровья которого, как правило, ниже.

Для достижения лучших результатов в области здравоохранения для сельского населения крайне важно решить вопросы плотности распределения медицинских работников. Решение проблем неравенства в плотности и распределении также является ключом к выполнению обязательств по оказанию первичной медико-санитарной помощи, обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижению Целей устойчивого развития. Для систем здравоохранения также существуют возможности внести вклад в устойчивое и всеобъемлющее экономическое развитие в сельских и отдаленных районах. Инвестиции в преобразование кадров здравоохранения способны создать условия для всеохватного экономического роста и создания рабочих мест, способствуя тем самым повышению экономической стабильности и безопасности. Такие инвестиции могут сыграть преобразующую роль в расширении и финансировании возможностей достойной работы для женщин и молодежи в сельских и отдаленных районах, которые зачастую относятся к наиболее уязвимым слоям общества.

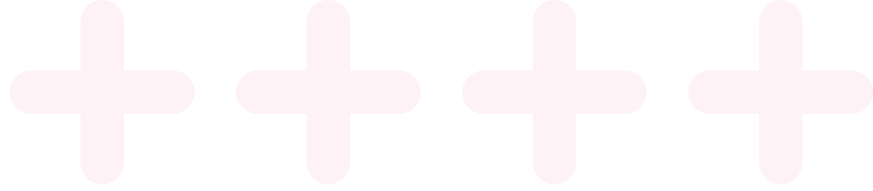
Рекомендации в области политики, содержащиеся в настоящем руководстве, касаются широкого спектра

факторов, влияющих на нехватку медицинских кадров в сельской местности и неравенство в их распределении. Рассматриваются проблемы, связанные с формированием компетентных кадров сельского здравоохранения, включая направление медицинских работников в сельскую местность, их образование, подготовку и компетенции, а также с созданием потенциала для привлечения, удержания и эффективного управления медицинскими работниками там, где они более всего необходимы. Также рассматриваются вопросы политической экономии и всеобъемлющих систем управления, а также привлекательности медицинской практики и предлагаемых должностей в сельской местности. Наконец, в качестве основополагающих элементов политического процесса предлагаются рекомендации по успешному планированию, реализации, мониторингу и оценке стратегий развития, привлечения, найма и удержания кадров сельского здравоохранения.

Сфера применения рекомендаций

Это обновленное издание руководства ВОЗ «*Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством совершенствования системы сохранения кадров. Рекомендации по глобальной политике*», которое было одобрено Комитетом ВОЗ по обзору руководящих принципов в 2010 г. Рекомендации, содержащиеся в данном обновлении, направлены на улучшение развития, привлечения, найма и сохранения всех видов медицинских работников в сельских и отдаленных районах путем анализа большого объема литературы, фактических данных и опыта, накопленных с момента выхода рекомендаций 2010 года.

Специальности медицинских работников, рассматриваемые в настоящих рекомендациях, включают широкое и всеобъемлющее определение кадров здравоохранения – всех лиц, занимающихся деятельностью, основной целью которой является укрепление здоровья населения. Данные рекомендации касаются всех категорий работников здравоохранения в официальном регулируемом секторе здравоохранения (государственном и негосударственном) и тех, кто выполняет неформальные функции (например, волонтеров), а также студентов, желающих пройти или проходящих в настоящее время обучение по медико-санитарным дисциплинам. Рекомендации по политике, изложенные в настоящем руководстве, направлены на поддержку лиц, которые могут повлиять на распределение медицинских кадров.



В настоящем руководстве учтены многочисленные международные призывы к действиям для решения проблемы несправедливой плотности и распределения работников здравоохранения, включая резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA63.16 о Глобальном кодексе ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, в которой государства-члены согласились рассмотреть возможность принятия мер для устранения перекосов в географическом распределении работников здравоохранения и оказать поддержку для их удержания в районах с недостаточным уровнем обслуживания.

Участники Группы по разработке руководящих принципов (ГРПП) собрались в начале 2020 г. для разработки рекомендаций, направленных на укрепление первичной медико-санитарной помощи и создание устойчивых систем здравоохранения с акцентом на медицинские кадры. Хотя заседание ГРПП состоялось до признания COVID-19 пандемией, эти рекомендации имеют большое значение и актуальность в период COVID-19. В условиях пандемии COVID-19 стало особенно очевидным исключительное значение первичной медико-санитарной помощи, наличия медицинских работников и устойчивых систем здравоохранения, которые необходимы для сдерживания вспышек заболеваний. Широкое распространение пандемии COVID-19 подчеркивает необходимость укрепления и улучшения первичной медико-санитарной помощи в сельских и отдаленных районах, а также глобальное значение деятельности, направленной на то, чтобы никто не остался без внимания, независимо от географической изолированности этих районов.

Целевая аудитория

Основной целевой аудиторией данного руководства являются национальные органы власти и другие лица, определяющие политику на национальном и субнациональном уровнях, в разных секторах, включая здравоохранение, финансы, образование, сферу труда, учреждения по развитию и государственную службу, ответственные за выработку политики и планирование. Вторичная целевая аудитория включает профессиональные ассоциации, представляющие различные профессии медицинских работников, регулирующие органы, руководителей систем здравоохранения, начальников кадровых служб, руководителей образовательных и учебных заведений, нанимателей медицинских работников, гражданское общество, неправительственные организации, партнеров по развитию, финансирующие агентства, медицинских работников, исследователей, активистов, а также население сельских и отдаленных районов.

Формулирование рекомендаций

Пересмотр *Рекомендаций по глобальной политике* 2010 г. начался с обновления систематического обзора фактических данных, охватывающего период 2010-2019 гг. Рекомендации 2010 г. были основаны на фактических данных за период с 1995 по 2009 год; поэтому новые рекомендации для данного пересмотренного руководства были разработаны на основе обобщения сумм фактических данных (охватывающих 1995-2019 гг.) в отношении стратегий, направленных на повышение плотности и доступности медицинских кадров в сельской местности. Группа, проводившая систематический обзор, оценила достоверность доказательств, используя подход GRADE (система классификации анализа, разработки и оценки рекомендаций). Кроме того, фактические данные были получены в процессе систематического обзора ценностей, предпочтений, осуществимости и приемлемости, связанных с политикой набора и удержания работников здравоохранения в районах с недостаточным уровнем обслуживания, а также путем опроса заинтересованных сторон о восприятии приемлемости и осуществимости рекомендаций 2010 г. В результате этого процесса была получена всеобъемлющая доказательная база, которая была учтена при разработке данных рекомендаций.

Секретариат ВОЗ сформировал сбалансированную в гендерном отношении, репрезентативную в региональном плане и междисциплинарную ГРПП для рассмотрения обобщенных фактических данных и анализа их достоверности. Этой группе экспертов было поручено изучить существующие материалы и фактические данные и предложить специалистам по разработке политики современные, практические указания относительно того, как разрабатывать, осуществлять и оценивать стратегии привлечения, найма и сохранения работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах. ГРПП проанализировала фактические данные, опубликованные за предыдущие 25 лет, после чего были сформулированы новые рекомендации. При подготовке данного руководства соблюдались стандарты проведения систематических обзоров и использования фактических данных при разработке руководящих принципов ВОЗ, изложенные Комитетом ВОЗ по анализу руководящих принципов. Это включает использование системы оценки данных для принятия решений GRADE и представление качества данных в формате GRADE.

Рекомендации

- + *Заявление о надлежащей практике по развитию, привлечению, найму и удержанию медицинских работников в сельских и отдаленных районах:*
- + **Мероприятия должны быть взаимосвязанными, комплексными и адаптированными к местным условиям.**
- + *Ниже приведены рекомендации в области политики развития, привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах.*

Образование

1. ВОЗ рекомендует использовать политику целевого приема для зачисления студентов из сельской местности в программы подготовки медицинских работников.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – среднее

2. ВОЗ предлагает размещать медицинские учебные заведения ближе к сельским районам.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

3. ВОЗ рекомендует знакомить студентов, изучающих широкий спектр медицинских дисциплин, с условиями жизни в сельских и отдаленных населенных пунктах и клинической практикой в сельских районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

4. ВОЗ рекомендует включить темы сельского здравоохранения в программу обучения медицинских работников.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

5. ВОЗ рекомендует разрабатывать программы непрерывного обучения и повышения профессиональной квалификации, отвечающие потребностям сельских медицинских работников, и обеспечивать доступ к ним, чтобы способствовать их удержанию в сельской местности.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Меры в области регулирования

6. ВОЗ предлагает ввести и регулировать расширенные сферы практической деятельности для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

7. ВОЗ предлагает ввести различные типы медицинских работников для работы в сельской местности, чтобы удовлетворить потребности населения на основе моделей предоставления услуг, ориентированных на человека.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

8. ВОЗ признает, что во многих государствах-членах приняты соглашения об обязательной отработке. Если требования о такой обязательной отработке в сельских и отдаленных районах существуют, ВОЗ считает, что при этом должны быть соблюдены права работников здравоохранения и что эти требования должны дополняться справедливым, прозрачным и равноправным управлением, поддержкой и мерами стимулирования.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

9. ВОЗ предлагает предоставлять работникам здравоохранения стипендии, пособия или другие образовательные субсидии с заключением соглашений об отработке.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

Стимулирование

10. ВОЗ рекомендует использовать комплекс стабильных финансовых и нефинансовых стимулов для медицинских работников, работающих в сельских и отдаленных районах

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Поддержка

11. ВОЗ рекомендует инвестировать в сельскую инфраструктуру и услуги для обеспечения достойных условий жизни медицинских работников и их семей.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

12. ВОЗ рекомендует обеспечить безопасные и надежные условия труда для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

13. ВОЗ рекомендует обеспечить достойную работу с соблюдением основных прав работников здравоохранения.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

14. ВОЗ предлагает определить и внедрить соответствующие сети поддержки кадров здравоохранения для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

15. ВОЗ рекомендует проводить политику, предусматривающую программы развития и продвижения по службе, а также возможности карьерного роста для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

16. ВОЗ предлагает поддерживать развитие сетей, ассоциаций и выпуск журналов для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

17. ВОЗ рекомендует принять меры по повышению социального признания на всех уровнях для работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – очень низкое

Всеобъемлющие принципы для разработки политики

Улучшение доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах основывается на обязательстве обеспечить здоровье для всех. Важно обеспечить принцип справедливости, чтобы в основе политических мер учитывались потребности населения сельских и отдаленных районов. Существует тесная связь между данным руководством и моделями оказания первичной медико-санитарной помощи. Политика, касающаяся развития, привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах, также тесно связана с глобальным прогрессом в области устойчивого развития и всеобщего охвата услугами здравоохранения. Для достижения успехов необходим общегосударственный подход и принцип участия всего общества, включающий различные секторы и заинтересованные стороны, а также вовлечение сообществ. Включение вопросов сельского здравоохранения в национальные планы здравоохранения может повысить подотчетность и обеспечить мониторинг, что приведет к более эффективному стратегическому планированию кадровых ресурсов здравоохранения, основанному на фактических данных.

Расширение доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах является сложной и многогранной политической дилеммой. Подразделение, отвечающее за кадровые ресурсы и разрабатывающее направления политики и управления здравоохранением, играет важную роль в эффективной реализации мероприятий в целях достижения лучших результатов. Среди актуальных вопросов рассматриваются приемлемость и осуществимость политических мер, их воздействие и последствия для директивных органов, работников здравоохранения и местных сообществ. Иногда те мероприятия, которые могут быть успешно реализованы в одной области, могут не подойти для другой. Поэтому рекомендации в настоящем руководстве представляют собой перечень вариантов политики. В процессе внедрения необходимо выбрать подходящий комплекс мероприятий с учетом конкретного контекста. Успех в улучшении доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах зависит от выбора подходящих, соответствующих контексту, осуществимых, приемлемых и доступных мероприятий из перечня научно обоснованных рекомендаций, представленных в данном документе. Правильный выбор и скоординированная реализация этих мероприятий позволят добиться более устойчивых успехов по сравнению с выполнением всех рекомендаций или с попытками решить проблемы привлечения, набора и удержания по отдельности.

Понимание ситуации с работниками здравоохранения, их предпочтений, интересов, целей и потребностей поможет обосновать актуальный и приемлемый выбор мероприятий. Этому способствует анализ рынка труда в сфере здравоохранения и анализ факторов, влияющих на решение медицинских работников переехать в сельские и отдаленные районы, остаться в них или покинуть их. Такой анализ и консультации должны охватывать широкий круг медицинских работников, роль которых в предоставлении целостных и комплексных услуг, ориентированных на человека, очень важна.

Поощрение учебных заведений по подготовке медицинских работников к социальной ответственности и тесному сотрудничеству со службами здравоохранения имеет большое значение в работе по подготовке нужных медицинских работников для оказания услуг здравоохранения в сельских и отдаленных районах. Учет расовой, гендерной, этнической, языковой, сексуальной и социально-демографической принадлежности населения и медицинских работников, ситуации с заболеваниями, является важным компонентом приемлемости медицинской помощи. Признание преобладающей гендерной динамики и обусловленной ею профессиональной сегрегации по признаку пола в секторе здравоохранения, а также принятие соответствующих мер для обеспечения адекватной оценки, поддержки, защиты и продвижения женщин в медицинской профессии будет весьма полезным для населения сельских и отдаленных районов в плане достижения не только целей в области здравоохранения, но и целей, связанных с гендерным равенством. Укрепление руководства и управления кадрами здравоохранения на центральном, местном и учрежденческом уровнях имеет решающее значение для оценки вариантов и продвижения мероприятий, направленных на более эффективное удержание кадров в сельской местности.

Применение мониторинга и оценки необходимо для оценки разработки, реализации, результатов, итогов и, в конечном счете, воздействия политики. Это поможет обеспечить надежную доказательную базу для политики привлечения, найма и удержания персонала. Кроме того, обобщение опыта, полученного в различных условиях, будет способствовать пониманию того, когда, почему, как и при каких обстоятельствах вмешательства работают хорошо, или не работают. Обеспечение рефлексивной практики через виртуальные сети, не только среди специалистов по разработке политики, но и среди работников здравоохранения, будет иметь ключевое значение для обеспечения непрерывного обучения и гибкой, динамичной и адаптивной политики.

Выбор и оценка комплекса мероприятий

Чтобы помочь в выборе, разработке, внедрении, мониторинге и оценке соответствующих стратегий по удержанию сельских медицинских работников с учетом их ситуации, в настоящем руководстве предлагаются основные положения и шесть основных вопросов, на которые следует ориентироваться при выборе соответствующего комплекса мероприятий.

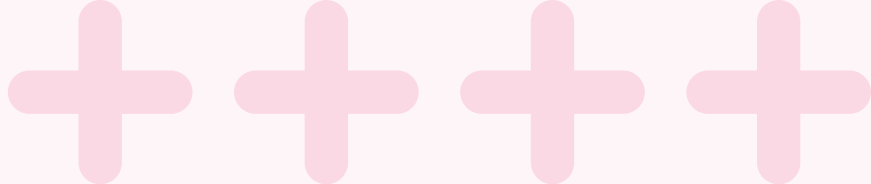
- a) **Уместность.** Какие мероприятия наилучшим образом соответствуют национальным и местным приоритетам и ожиданиям работников здравоохранения и сельских общин?
- b) **Приемлемость.** Какие мероприятия приемлемы в политическом или социально-культурном плане и пользуются наибольшей поддержкой со стороны заинтересованных участников?
- c) **Осуществимость.** Осуществление каких мероприятий сопряжено с минимальным количеством барьеров?
- d) **Ценовая доступность.** Какие мероприятия являются экономически эффективными и каковы их финансовые последствия?
- e) **Эффективность.** Были ли учтены факторы взаимодополняемости и потенциальные непредусмотренные последствия реализации различных мероприятий?
- f) **Воздействие.** Какие показатели будут использоваться для измерения воздействия во времени?

В основных положениях уточняются параметры, с помощью которых можно измерять отдачу от стратегий сохранения кадров: развитие, привлекательность работы, наем и сохранение.

Ограничения

Основной сложностью при разработке данного руководства было применение системы оценки доказательств GRADE для принятия решений. В большинстве включенных исследований оценивалась сложная политика в отношении кадров здравоохранения, где было много искажающих факторов. Во многих исследованиях наблюдался эффект применения политики на местах, что значительно отличается от клинических вмешательств, где используются контрольные показатели и можно корректировать искажающие факторы и переменные. Качество фактических данных для большинства рекомендаций объясняется этими искажающими факторами, а не отсутствием исследований или их низкой эффективностью. ГРПП отмечала это на протяжении всего процесса, подчеркивая, что при разработке рекомендаций для системы здравоохранения всегда может существовать более высокая степень неопределенности в оценке доказательств.

Несмотря на трудности, связанные с применением системы оценки фактических данных GRADE для принятия решений, контекст и исследовательская база значительно изменились со времени публикации Рекомендаций по глобальной политике 2010 г. В настоящее руководство включено более 100 новых исследований, что позволило создать более обширную и всестороннюю доказательную базу, в которой представлен более широкий спектр профессий медицинских работников с учетом различных ситуаций. Эта расширенная доказательная база имеет решающее значение для разработки эффективной политики и повышения уверенности в ее эффективном применении. Фактические данные для этих рекомендаций получены из более чем 110 стран из всех регионов ВОЗ, имеющих разные уровни дохода по классификации Всемирного банка.



1.0 История вопроса

**Почти половина населения мира проживает в сельской местности.
По оценкам, около 2 миллиардов человек, живущих в сельских районах,
не имеют адекватного доступа к основным услугам здравоохранения,
что отрицательно сказывается на состоянии их здоровья.**

1

Почти половина населения мира проживает в сельской местности (1). Согласно прогнозам, к 2050 г. примерно каждый третий человек в мире по-прежнему будет жить в сельской местности (1). Несмотря на явную тенденцию к урбанизации, это не является решением проблем сельского здравоохранения (2). Городские и сельские районы можно рассматривать как органическое целое - они важны друг для друга, и неудачи в одном из них в конечном итоге скажутся на всех остальных.

Следовательно, предполагается, что правительствам необходимо содействовать устойчивому развитию сельских районов наряду с урбанизацией (3). В настоящем руководстве используется аналогичный подход и подтверждаются обязательства в отношении Целей устойчивого развития (ЦУР) и всеобщего охвата услугами здравоохранения, которые могут быть выполнены только при условии эффективного устранения дефицита медицинских кадров в сельской местности.

Сельское население, как правило, беднее и имеет более низкие показатели здоровья. Системы здравоохранения в сельской местности обычно слабее, а доступ к медицинским работникам ниже. По оценкам, 51-67% сельского населения имеют ограниченный доступ к основным услугам здравоохранения (4). В глобальном масштабе это

означает, что примерно 2 миллиарда сельских жителей не имеют адекватного доступа к основным услугам здравоохранения. К многофакторным причинам такого разрыва относятся социально-экономические проблемы, географические барьеры, расстояние, отсутствие транспорта или телекоммуникаций, низкая приемлемость услуг и стоимость доступа к услугам. Одним из основных факторов, ограничивающих доступ, является недостаточная численность и неполный состав обученных и мотивированных медицинских работников, необходимых для обеспечения эффективного охвата услугами здравоохранения в сельских и отдаленных районах. Этот дефицит является результатом нестабильности в принятии моделей первичной медико-санитарной помощи в странах и проблем с развитием, привлечением, наймом и удержанием медицинских работников в сельских и отдаленных районах. В результате справедливый доступ к услугам здравоохранения для сельского и отдаленного населения остается серьезной проблемой, с которой сталкиваются правительства и специалисты, разрабатывающие политику. Эта проблема сложна, и рекомендации, содержащиеся в настоящем руководстве, призваны помочь пользователям принять обоснованные решения для расширения доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах.

1.1 Обоснование

В первые годы после принятия Целей развития тысячелетия (ЦРТ) в ходе научных исследований была выявлена четкая взаимосвязь между плотностью и распределением медицинских кадров и достижением глобальных целей, в частности, результатов в области здравоохранения (5). Стратегии по устранению географического дисбаланса в кадровом обеспечении здравоохранения и доказательства их эффективности получили более широкое распространение (6, 7). В 2010 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила документ *Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством совершенствования системы сохранения кадров. Рекомендации по глобальной политике* (8) (см. таблицу 1.2). Однако спустя десятилетие после принятия этих рекомендаций страны все еще испытывают трудности с удовлетворением потребностей сельского населения в области здравоохранения, в результате чего сельские районы отстают от городских районов по многим показателям здоровья, особенно в отношении репродуктивного, материнского и детского здоровья, причем во многих регионах мира в сельских районах наблюдаются худшие результаты по сравнению с городскими (4). Во всем мире вероятность смерти детей в возрасте до 5 лет, родившихся в сельской местности, в 1,7 раза выше, чем у детей, родившихся в городах (9). Что касается здоровья матерей, то только 67% родов среди матерей в сельской местности принимают квалифицированные акушерки, в то время как среди жительниц городов этот показатель составляет около 90% (10).

Общая обеспеченность медицинскими работниками и распределение этих кадровых ресурсов играют центральную роль в способности стран удовлетворять потребности сельского населения в области здравоохранения. По оценкам ВОЗ, в 2016 г. для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 году не хватает 18 миллионов медицинских работников, в основном в странах с низким и средним уровнем дохода. Нерациональное распределение означает, что эта нехватка наиболее остро ощущается в сельских, отдаленных и труднодоступных районах. Данные показывают, что, хотя около половины населения мира проживает в сельской местности, только 36% от общего числа медсестер в мире проживают в сельской местности (11). В Канаде плотность врачей в городских районах составляет 2,6 врача на 1000 жителей, по сравнению с 0,9 врача на 1000 жителей в сельской местности (12). В Соединенных Штатах Америки на 1000 жителей городских районов приходится 2 врача, в то время как в сельской местности – 0,82 врача на 1000 жителей (13). В Бразилии этот показатель составляет в среднем 1,9 врача на 1000 жителей, однако в некоторых сельских и отдаленных районах штата Амазонас на 1000 жителей приходится всего 0,28 врача (14). В Бангладеш на 1000 человек городского населения приходится 1,8 врача по сравнению с 0,1 врача на 1000 человек сельского

населения (15), а в Индии в городах насчитывается в 11,4 раза больше врачей (16). Неравномерное распределение работников здравоохранения характерно не только для врачей и медсестер, но и для всех медицинских профессий, включая фармацевтов (17), ассистентов врачей (18) и фельдшеров (19). В Китае плотность медицинских работников в городских районах составляет 10,2 человек на 1000 жителей, а в сельской местности – всего 3,9 человек на 1000 жителей в (20, 21). Хотя данные по государственному сектору более доступны, проблема нерационального распределения наблюдается не только в государственном секторе (22).

Другим ключевым вопросом является поддержка, сохранение, удержание и мотивация нынешних сельских работников здравоохранения, при этом показатели выбытия или текучести кадров за один год в сельской местности оцениваются на уровне 82% для врачей в сельских клиниках Руанды (23) и 66-128% для медсестер и медицинских работников из числа аборигенов на Северной территории Австралии (24). Условия, в которых работают медицинские работники, уровень их мотивации, организация труда, управленческий потенциал, разделение труда и доступность ресурсов (25), а также эффективность других составных элементов систем здравоохранения (26) играют большую роль в производительности труда медицинских работников и, в конечном итоге, в результатах здравоохранения.

Взаимосвязь между плотностью и распределением медицинских кадров, охватом населения услугами здравоохранения и достижением результатов в области здравоохранения очевидна. В *Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.* подтверждена важность плотности и распределения медицинских кадров для достижения глобальных целей в области здравоохранения, поставлена задача существенного увеличения финансирования здравоохранения и набора, развития, обучения и удержания медицинских кадров в развивающихся странах, а также непосредственно включен показатель плотности и распределения медицинских работников в глобальную систему показателей для ЦУР. Тем не менее, неравенство в доступе широко распространено, а низкие результаты в области здравоохранения, особенно для сельской бедноты, сохраняются. Поэтому в целях реализации глобальной повестки дня в области здравоохранения крайне важно пересмотреть руководство по глобальной политике для расширения доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах в контексте ЦУР, всеобщего охвата услугами здравоохранения, подтверждения глобального обязательства по оказанию первичной медико-санитарной помощи и улучшения доказательной базы.

Факторы, способствующие неравномерному распределению медицинских кадров в сельских и отдаленных районах, многочисленны и сложны. К ним относятся имеющееся обеспечение численности или нехватка медицинских работников, уровень развития

медицинских кадров, степень проблем с привлечением, наймом и удержанием медицинских работников в сельских и отдаленных районах, а также кадровые ресурсы для управления здравоохранением. На привлечение, набор и удержание медицинских работников в сельских и отдаленных районах, а также на решение медицинских работников приехать в эти районы, остаться в них или покинуть их, влияет ряд взаимосвязанных факторов (27), включая международную обстановку и динамику международного рынка труда в сфере здравоохранения; национальную обстановку, в частности политический климат, социальную стабильность, трудовые отношения, политику и управление распределением медицинских работников (их назначением на должность и переводом) (28) и вознаграждением; местную обстановку, включая общие условия жизни и социальную среду; и условия труда, включая управление, местные трудовые отношения и инфраструктуру. Такой широкий спектр взаимосвязанных факторов подчеркивает важность межсекторального подхода и взаимосвязанных комплексных мероприятий.

В 2019 г. ВОЗ проанализировала документы по планированию кадровых ресурсов здравоохранения из 151 страны и обнаружила, что, хотя три четверти стран изложили в своих документах по планированию кадровых ресурсов здравоохранения политический подход к решению проблемы нехватки медицинских работников в сельских и отдаленных районах, только пятая часть стран сообщили о применении подхода, в котором объединены стратегии в сферах образования, регулирования, стимулирования и поддержки. Таким образом, хотя большинство стран наметили подход к решению проблемы нехватки медицинских кадров в сельской местности, очень немногие делают это целостным образом на основе комплексного развития, привлечения, набора и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Мероприятия по улучшению доступа к адекватным, подготовленным и компетентным медицинским работникам, которые предоставляют качественные медицинские услуги в сельских и отдаленных районах, должны быть подкреплены необходимыми инвестициями в развитие медицинских кадров на всех уровнях – национальном, субнациональном и местном. Однако текущие уровни инвестиций в медицинские кадры являются недостаточно оптимальными (29). Несоответствие между потребностью в медицинских работниках, спросом на них (количество свободных рабочих мест для медицинских работников) и обеспечением численности медицинских работников (количество свободных медицинских работников) в сельских и отдаленных районах имеет четкую связь с финансированием (26, 30), в частности, с уровнем децентрализации бюджетных средств, финансированием, доступным для сельских и отдаленных районов и учреждений, и, как следствие, спросом на медицинских

работников в этих районах (30). Увеличение спроса на медицинских работников и улучшение доступа к услугам здравоохранения в сельской местности требует наличия экономических возможностей (31). Необходимо увеличить инвестиции в образование, обучение и создание возможностей достойной работы для соответствующих медицинских работников с учетом местных потребностей, а также выделять ресурсы для учреждений, в которых они обучаются и проходят практическую подготовку.

После признания того, что первичная медико-санитарная помощь является основополагающей для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и ЦУР 3, правительства в Политической декларации ООН, принятой на заседании высокого уровня по всеобщему охвату услугами здравоохранения (32), подтвердили свои действия по наращиванию усилий по содействию найму и удержанию компетентных, квалифицированных и мотивированных работников здравоохранения, и по созданию стимулов для обеспечения справедливого распределения квалифицированных работников здравоохранения в сельских, труднодоступных и недостаточно обслуживаемых районах, в том числе путем обеспечения достойных, безопасных условий труда и соответствующего вознаграждения. Эти обязательства представлены в таблице 1.1. Они должны быть реализованы для обеспечения измеримого расширения доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах.

Предложение о разработке данного руководства, представляющего собой пересмотр рекомендаций 2010 г., впервые прозвучало в руководстве ВОЗ *Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством совершенствования системы сохранения кадров. Рекомендации по глобальной политике* (8). Это пересмотренное издание основано на новых данных, исследованиях и отзывах государственных членов. Это руководство появилось как раз в то время, когда необходимы масштабные усилия для борьбы с глобальной пандемией в условиях глобальной нехватки 18 миллионов медицинских работников, необходимых для всеобщего охвата услугами здравоохранения (33). Перед лицом пандемии COVID-19 стало как никогда очевидно, что обязательства и инвестиции в сектор здравоохранения, медицинские кадры и обеспечение готовности имеют далеко идущие последствия не только для здоровья и всеохватывающего развития, но и для экономической стабильности.

Таблица 1.1 Международные призывы к действиям в отношении кадров здравоохранения		
2004	В резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения о миграции (2004 г.) и оперативном наращивании численности работников здравоохранения (2006 г.) государствам-членам предлагалось создать механизмы решения проблемы, связанной с сохранением кадров здравоохранения.	Резолюция WHA57.19 о международной миграции работников здравоохранения: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf Резолюция WHA59.23 об оперативном наращивании численности работников здравоохранения: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R23-en.pdf
2008	В марте 2008 года в Кампальской декларации, принятой на первом Глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения, прозвучал призыв к правительствам «обеспечить адекватные стимулы и благоприятные и безопасные условия труда для эффективного сохранения и справедливого распределения кадровых ресурсов здравоохранения».	Кампальская декларация: http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf
2008	В коммюнике «Группы восьми» (июль 2008 г.) была еще раз подчеркнута необходимость обеспечить эффективное сохранение работников здравоохранения.	Токийская рамочная программа действий по глобальному здравоохранению: доклад Группы экспертов по здравоохранению «Группы восьми»: http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf
2008	В ноябре 2008 г. в докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья правительствам и международным партнерам настоятельно рекомендовалось принять конкретные меры по устранению перекосов в географическом распределении работников здравоохранения в сельских районах в качестве одного из факторов, обуславливающих низкие результаты мер по охране здоровья населения.	Итоговый доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
2009	В июне 2009 г. Целевая группа высокого уровня по инновационным механизмам финансирования на цели здравоохранения обратилась с призывом ко всем правительствам обеспечить всем людям, включая население, проживающее в сельских и отдаленных районах, доступ к безопасным, высококачественным и основным медико-санитарным услугам.	Целевая группа высокого уровня по инновационным механизмам финансирования на цели здравоохранения: https://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-075507/en/
2010	В статье 5.7 Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, (май 2010 г.) содержится призыв к государствам-членам рассмотреть вопрос о принятии мер против неравномерного географического распределения кадров здравоохранения и о поддержке мер удержания кадров в тех районах, где их не хватает.	Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения: https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1
2015	В Задаче 3.с Целей устойчивого развития содержится призыв «Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах», что измеряется с помощью показателя 3.с.1 «Число медицинских работников на душу населения и их распределение».	ЦУР 3: https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3

Таблица 1.1 Международные призывы к действия в отношении кадров здравоохранения

2016	В документе «Глобальная стратегия ВОЗ для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.», опубликованном в 2016 г., определена главная цель: «Оптимизировать эффективность, качество и воздействие трудовых ресурсов здравоохранения с помощью основанной на фактических данных политики в области КРЗ, содействуя здоровой жизни и благополучию, эффективному всеобщему охвату, устойчивости и безопасности здоровья на всех уровнях».	Глобальная стратегия ВОЗ для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1
2016	Комиссия высокого уровня по вопросам занятости в сфере здравоохранения и экономического роста (2016 г.), рекомендовала реформировать модели оказания услуг, сосредоточив внимание на высококачественном, доступном, интегрированном, ориентированном на нужды людей первичном и амбулаторном обслуживании на уровне общин, уделяя внимание недостаточно обслуживаемым районам.	Комиссия высокого уровня по вопросам занятости в сфере здравоохранения и экономического роста: https://www.who.int/hrh/com-heeg/en/
2018	На Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, прошедшей в Астане в октябре 2018 г., мировое сообщество приняло декларацию о необходимости стремиться к сохранению и обеспечению наличия кадров первичной медико-санитарной помощи в сельских, отдаленных и менее развитых районах.	Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи: от Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и ЦУР: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf
2019	В Политической декларации заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения, принятой в сентябре 2019 г., содержится требование к странам: «наращивать усилия по содействию найму и удержанию компетентных, квалифицированных и мотивированных медицинских работников, особенно в сельских, труднодоступных и недостаточно охваченных районах».	Политическая декларация заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения: https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf

1.2 Предыдущие рекомендации в отношении расширения доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах

В 2010 г. ВОЗ выпустила документ *Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством совершенствования системы сохранения кадров. Рекомендации по глобальной политике (8)*. Первое издание этого руководства было разработано в ответ на многочисленные просьбы мировых лидеров, гражданского общества и государств-членов.

После анализа имеющихся знаний и фактических данных группа экспертов подготовила практическое руководство, содержащее 16 рекомендаций для лиц, ответственных за выработку политики, в отношении разработки, реализации и оценки стратегий привлечения и удержания работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах. Эти научно обоснованные рекомендации, представленные в таблице 1.2, были сгруппированы по четырем сферам влияния на продвижение по службе всех работников сельского здравоохранения, а именно: образование, регулирование, финансовые стимулы, персональная и профессиональная поддержка (8).

Таблица 1.2 Категории мер регулирования, применимых в целях совершенствования системы привлечения, найма и сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах (Руководство 2010 г.).

Образование	A1 Принимать студентов из сельских районов	
	Надежность рекомендации – надежная	Качество фактических данных – среднее
	A2 Размещать профессиональные медицинские училища за пределами крупных городов	
	Надежность рекомендации – условная	Качество фактических данных – низкое
	A3 Обеспечивать клиническую ротацию кадров во время обучения в сельских районах	
	Надежность рекомендации – условная	Качество фактических данных – очень низкое
	A4 Разработать учебный план, отражающий проблемы здравоохранения в сельских районах	
	Надежность рекомендации – надежная	Качество фактических данных – низкое
	A5 Обеспечить непрерывное повышение квалификации работников здравоохранения в сельской местности	
	Надежность рекомендации – условная	Качество фактических данных – низкое
Регулирование	B1 Расширение сферы практической деятельности для работников сельского здравоохранения	
	Надежность рекомендации – условная	Качество фактических данных – очень низкое
	B2 Привлекать различные типы работников здравоохранения	
	Надежность рекомендации – условная	Качество фактических данных – низкое
	B3 Обеспечить поддержку и стимулирование обязательной отработки в сельской местности	
	Надежность рекомендации – условная	Качество фактических данных – низкое
	B4 Субсидировать образование в обмен на предоставление услуг	
	Надежность рекомендации – условная	Качество фактических данных – низкое
Стимулы	C1 Предлагать надлежащие финансовые стимулы	
	Надежность рекомендации – условная	Качество фактических данных – низкое
Профессиональная и персональная поддержка	D1 Обеспечить лучшие условия жизни для работников сельского здравоохранения	
	Надежность рекомендации – надежная	Качество фактических данных – низкое
	D2 Обеспечить комфортные, безопасные и благоприятные условия труда	
	Надежность рекомендации – надежная	Качество фактических данных – низкое
	D3 Обеспечить социально ориентированную поддержку из городов	
	Надежность рекомендации – надежная	Качество фактических данных – низкое
	D4 Разработать программы продвижения по службе	
	Надежность рекомендации – надежная	Качество фактических данных – низкое
	D5 Поддержать создание профессиональных сетей в сельских районах	
	Надежность рекомендации – надежная	Качество фактических данных – низкое
D6 Принять меры общественного признания работников сельского здравоохранения		
	Надежность рекомендации – надежная	Качество фактических данных – низкое

Источник: Рекомендации ВОЗ по глобальной политике (8).

1.3 Целевая аудитория

1.3.1 Конечные пользователи руководства

Основной целевой аудиторией данного руководства являются национальные органы власти и другие лица, определяющие политику на национальном и субнациональном уровнях, в разных секторах, включая здравоохранение, финансы, образование, сферу труда, учреждения по развитию и государственную службу. Основное внимание уделяется секторам, ответственным за политику и планирование на национальном и местном уровнях, которые прямо или косвенно влияют на кадры здравоохранения.

Вторичная целевая аудитория включает руководителей систем здравоохранения, начальников кадровых служб, руководителей образовательных и учебных заведений, медицинских работников, нанимателей медицинских работников, регуляторные органы здравоохранения, советы, ассоциации и профсоюзы, представляющие интересы работников здравоохранения разных специальностей, гражданское общество, неправительственные организации, партнеров по развитию, финансирующие агентства, исследователей, активистов, а также население сельских и отдаленных районов.

1.3.2 Заинтересованные стороны

В данном руководстве подчеркивается, что для реального улучшения здоровья сельского населения необходимы устойчивые политические, институциональные и финансовые обязательства. Участие множества различных заинтересованных сторон является ключом к успешной реализации мероприятий. Принцип первичной медико-санитарной помощи заключается в том, что участие и вовлечение

местного населения необходимо на всех уровнях оценки, планирования, принятия, адаптации и реализации стратегий удержания. Поэтому крайне желательно обеспечить представительство групп, представленных в таблице 1.3.

1.4 Задачи данного руководства

Настоящее руководство направлено на поддержку национальных органов власти в их усилиях по улучшению результатов в области здравоохранения путем повышения численности и потенциала медицинских кадров в сельских и отдаленных районах. Руководство играет ключевую роль в политике по достижению всеобщего охвата

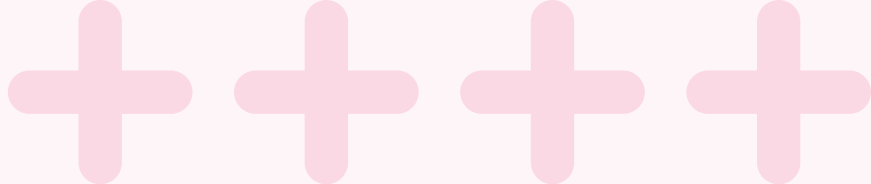
Данное руководство призвано содействовать решению следующих задач:

- предоставить актуальные практические рекомендации для политиков и заинтересованных сторон по разработке, внедрению и оценке комплекса мероприятий по развитию, привлечению, найму и удержанию медицинских работников в сельских и отдаленных районах;
- определить соответствующие контекстуальные элементы и соображения по внедрению и оценке на уровне политики и системы;
- определить приоритетные пробелы в фактических данных, которые необходимо устранить с помощью дальнейших исследований.

Таблица 1.3 Заинтересованные стороны, влияющие на политику в отношении кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах

Категория	Заинтересованные стороны
Гражданское общество	Лидеры и члены сообществ Организации на базе сообществ Организации по защите прав пациентов
Правительство	Здравоохранение (национальные, субнациональные, местные органы власти) Руководство исполнительной власти (президент, премьер-министр, кабинет министров) Законодательные органы Финансы Образование Сфера труда Оборона и вооруженные силы Учреждения и комиссии государственной службы Уставные профессиональные советы, регулирующие органы Местные административные органы
Работодатели	Частные коммерческие компании Государственно-частные партнерства Общественные или некоммерческие организации
Представители работников здравоохранения	Профессиональные и отраслевые ассоциации Профессиональные и отраслевые союзы
Международные заинтересованные стороны	Двусторонние и многосторонние агентства Благотворительные организации Профессиональные и отраслевые организации
Другие заинтересованные стороны	Преподаватели, тренеры и студенты учебных заведений и учреждений для работников здравоохранения СМИ Медицинские работники

Источник: адаптировано из George, Scott and Govender (34).



2.0 Методы

Это первое обновление документа *Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством совершенствования системы сохранения кадров. Рекомендации по глобальной политике*. Эти рекомендации, основанные на фактических данных, касаются перемещения медицинских работников в пределах национальных границ.

2.1 Сфера применения

Это первое обновление документа *Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством совершенствования системы сохранения кадров*. Рекомендации по глобальной политике. Эти рекомендации, основанные на фактических данных, касаются перемещения медицинских работников в пределах национальных границ. В данном руководстве непосредственно учтены рекомендации государств-членов, принятые на Всемирной ассамблее здравоохранения и изложенные в документе WHA63.16, касающемся Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (2010 г.). В частности, в статье 5.7 этого Глобального кодекса говорится: «Государствам-членам следует рассмотреть вопрос о принятии мер против неравномерного географического распределения кадров здравоохранения и о поддержке мер удержания кадров в тех районах, где их не хватает, например, с помощью образовательных программ, финансовых стимулов, мер регулирования, а также социальной и профессиональной поддержки» (35). Эти рекомендации также актуальны для работы по выявлению и устранению перекосов на рынке труда в здравоохранении (36) и усилению мониторинга, оценки и обучения с помощью руководства Национальная система учета кадров здравоохранения (37).

Целью данного руководства было обновление рекомендаций 2010 г. путем оценки их обоснованности. Поэтому та же структура (т.е., те же категории и те же вопросы о популяциях, вмешательствах, сравнениях, целевых результатах и условиях (PICOS)) была применена ко всей совокупности фактических данных (охватывающих период 1995-2019 гг.). Рекомендации, представленные в настоящем руководстве, были разработаны на основе полученных данных. Надежность рекомендаций и качество фактических данных из рекомендаций 2010 г. в этом процессе не учитывались.

В соответствии с рекомендациями 2010 г., настоящие рекомендации посвящены мероприятиям, которые относятся к сфере политики, планирования и управления кадрами здравоохранения. Предлагаются следующие четыре основные категории мероприятий:

- образование
- регулирование
- стимулирование
- поддержка.

Новые данные и мнения экспертов, высказанные в процессе анализа, свидетельствуют о том, что в будущем пересмотре данного руководства количество категорий, вероятно, потребуется расширить (см. раздел б). Рекомендации посвящены стратегиям повышения доступности мотивированных и квалифицированных медицинских работников в сельских и отдаленных районах путем улучшения развития, привлечения, набора и удержания медицинских кадров. Они направлены на укрепление первичной медико-санитарной помощи, развитие и улучшение доступа к медицинским работникам, а также на создание устойчивых и всеохватывающих систем здравоохранения.

Группа по разработке руководящих принципов (ГРП) провела заседание в начале 2020 г. до объявления пандемии COVID-19. Тем не менее, учитывая важность равного доступа к компетентным медицинским работникам для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, эти рекомендации будут все более актуальными для улучшения доступа к медицинским работникам и создания устойчивых и всеохватывающих систем здравоохранения. Пандемия COVID-19 подчеркнула исключительную важность первичной медико-санитарной помощи и инвестирования в основные функции общественного здравоохранения, в том числе

путем внедрения Международных медико-санитарных правил (2005 г.), повышения доступности медицинских работников и построения устойчивых систем здравоохранения - все это необходимо для способности выявлять и сдерживать вспышки заболеваний. Широкое распространение пандемии COVID-19 подчеркивает необходимость укрепления и улучшения первичной медико-санитарной помощи в сельских и отдаленных районах, а также глобальную важность того, чтобы никто не остался без внимания, независимо от того, насколько географически изолированными могут оказаться эти районы. В современном мире, характеризующемся высокой степенью взаимодействия, слабые системы здравоохранения в сельских и отдаленных районах могут иметь далеко идущие последствия для безопасности глобального здравоохранения. Многие из рекомендаций данного руководства, в частности те, которые касаются непрерывного обучения, расширенного объема практики, стимулов, достойной работы и безопасных условий труда, особенно актуальны в контексте чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, где решающее значение имеют оперативность и адаптивность. Поскольку мы начинаем извлекать уроки из пандемии COVID-19, особое внимание следует уделить важности наращивания потенциала, безопасности медицинских работников, поддержке медицинских работников на индивидуальном уровне и оптимизации роли медицинских работников во время кризиса. Временное руководство ВОЗ по политике и управлению медицинскими кадрами в контексте ответных мер на пандемию COVID-19 представляет собой целостную основу для обоснования действий медицинских работников во время пандемии (38). Политика развития и расширения справедливого доступа к сельским медицинским работникам является ключевым компонентом создания устойчивых систем здравоохранения, способных противостоять чрезвычайным ситуациям.

2.1.1 Работники сельского здравоохранения

В документе *Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.* принято широкое и всеобъемлющее определение кадровых ресурсов здравоохранения, которое охватывает всех работников служб здравоохранения, общественного здравоохранения и смежных областей, а также работников, поддерживающих эти виды деятельности (39). Данные рекомендации касаются всех категорий работников здравоохранения в официальном регулируемом секторе здравоохранения (государственном и негосударственном) и тех, кто выполняет неформальные функции (например, волонтеров), а также студентов, желающих пройти или проходящих в настоящее время обучение по медико-санитарным дисциплинам. Сюда входят медицинские работники (врачи, медсестры и младший медперсонал, акушерки, медперсонал, прошедший ускоренное медицинское обучение, фармацевты и помощники фармацевтов, физиотерапевты, стоматологи, лаборанты, общинные медработники, врачи традиционной и альтернативной медицины), а также менеджеры

и вспомогательный персонал (менеджеры по кадрам, менеджеры здравоохранения, работники общественного здравоохранения, эпидемиологи, инженеры по медицинскому оборудованию, преподаватели и тренеры). Все эти работники здравоохранения составляют важный компонент кадровых ресурсов сельского здравоохранения и подпадают под действие данных рекомендаций. Тем не менее, влияние этих рекомендаций и их предполагаемые и непредвиденные последствия для каждой профессии в сфере здравоохранения и представителей разной гендерной идентичности работников здравоохранения должны быть рассмотрены в рамках процесса разработки политики.

2.1.2 Население сельских и отдаленных районов: географические особенности и определения

Так же, как и в рекомендации 2010 г., рекомендации в настоящем руководстве направлены именно на сельские, отдаленные или труднодоступные районы, а не на все районы с недостаточным уровнем обслуживания. Определение понятий «сельский район» и «городской район» обычно основывается на национальных характеристиках, которые их отличают, таких как численность и плотность населения, административные критерии и экономические структуры и особенности (40). Для целей настоящих рекомендаций используется определение «сельских районов», данное Организацией Объединенных Наций, Департаментом по экономическим и социальным вопросам, Отделом народонаселения, с использованием классификационной дихотомии «сельская местность/город». (1).

Концепция «сельской местности» выходит за рамки географических реалий сельских и отдаленных районов и включает в себя четкий набор поведенческих норм, четко определенные взгляды сообщества на социальные роли, связанные с традициями и религиозными практиками, представления о надежных отношениях и дружеских связях, высокую ценность самообеспечения и самодостаточности, а также борьбу за выживание по мере ускорения кризиса села (3, 41, 42). Каждая сельская община по-разному реагирует на эти реалии, что подчеркивает необходимость взаимодействия с местным населением и выяснения предпочтений общины для обеспечения активного и эффективного планирования и реализации стратегий деятельности медицинских работников и достижения оптимальных результатов.

Концепция «сельской местности» выходит за рамки географических реалий сельских и отдаленных районов и включает в себя четкий набор поведенческих норм, четко определенные взгляды сообщества на социальные роли, связанные с традициями и религиозными практиками, представления о надежных отношениях и дружеских связях, высокую ценность самообеспечения и самодостаточности, а также борьбу за выживание по мере ускорения кризиса села (3, 41, 42). Каждая сельская община по-разному реагирует на эти реалии, что

подчеркивает необходимость взаимодействия с местным населением и выяснения предпочтений общины для обеспечения активного и эффективного планирования и реализации стратегий деятельности медицинских работников и достижения оптимальных результатов.

Хотя рекомендации в данном руководстве касаются населения не только сельских, но и отдаленных районов, между ними существуют различия, которые могут повлиять на выбор мероприятий. Население отдаленных районов считается более малочисленным, изолированным и сильно рассредоточенным, и имеет меньшее политическое влияние или власть, а также более неблагоприятные социально-экономические условия, что может привести к более неблагоприятным результатам в области здравоохранения (43). Коренные народы, живущие в отдаленных районах, являются конкретным примером удаленных групп населения с уникальными потребностями в услугах здравоохранения. Дефицит медицинских кадров, как правило, более выражен в отдаленных районах, характеризуется более высокой текучестью кадров и более низкими показателями удержания (43, 44), что может быть связано с географической изоляцией, социокультурной несовместимостью и неподходящими предпочтениями сообщества. Эти характеристики удаленных групп населения важны для лиц, определяющих политику, специалистов по планированию здравоохранения, медицинских работников, педагогов и исполнителей мероприятий (44).

2.1.3 Целевые результаты

Для рекомендаций 2010 г. была разработана система оценки их результатов и воздействия. Для этого использовалась модель оценки: входные данные - выходные данные - результаты - воздействие. Аналогичный подход используется и здесь. Рекомендации в данном руководстве направлены на достижение тех же результатов, что и рекомендации 2010 г: привлекательность, набор и удержание персонала, а также развитие кадровых ресурсов.

В отношении конечных результатов акцент делается

на показателях эффективности работы кадров здравоохранения, касающихся их наличия и компетентности, которые можно отследить с помощью показателей в Национальной системе учета кадров здравоохранения (37), а в отношении эффективности системы здравоохранения основное внимание уделяется доступу к услугам и охвату услугами, которые можно отследить с помощью индекса всеобщего охвата услугами здравоохранения, как показано в таблице 2.1 (более подробно см. раздел 4). Показатели воздействия остаются такими же, как раньше: *улучшение системы оказания медицинских услуг, что способствует улучшению состояния здоровья в сельских и отдаленных районах.*

2.2 Процесс анализа данного руководства и методология

Департамент кадровых ресурсов здравоохранения ВОЗ руководил работой по анализу данного руководства в соответствии с процедурами и требованиями, изложенными в *Справочнике ВОЗ по разработке руководящих принципов* (45).

2.2.1 Соавторы руководства

Для управления процессом обновления руководства была создана Руководящая группа ВОЗ. В состав Руководящей группы вошли коллеги из шести региональных бюро ВОЗ, а также из Департамента кадровых ресурсов здравоохранения, Отдела комплексного медицинского обслуживания и Отдела управления и финансирования здравоохранения из штаб-квартиры организации. Руководящая группа ВОЗ определила участников работы над данным руководством, включая группы по сбору фактических данных, методолога руководства, ГРПП и Группу внешней оценки. Кроме того, Руководящая группа ВОЗ организовала заседания ГРПП, а также составила и доработала проект руководящего документа. Руководящая группа также внесет свой вклад в управление распространением, внедрением и оценкой воздействия руководства. Члены Руководящей группы ВОЗ перечислены в таблице А3.1 (веб-приложение С).

Таблица 2.1 Выходные данные и целевые результаты

Интересующие выходные данные	Целевые результаты
<p>Развитие кадров: эффективное обучение и выпуск</p> <p>Привлекательность: предпочтения для работы в сельской местности</p> <p>Наем: эффективный набор и распределение</p> <p>Удержание: работники здравоохранения, продолжающие работать в сельских и отдаленных районах определенное время</p>	<p>Показатели деятельности работников здравоохранения: подготовленные и компетентные мультидисциплинарные группы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь на основе национальных приоритетов и местных потребностей в услугах здравоохранения</p> <p>Показатели деятельности систем здравоохранения: индекс расширения всеобщего охвата услугами здравоохранения</p>

Для управления процессом обновления руководства была создана **Руководящая группа ВОЗ**. В состав Руководящей группы вошли коллеги из шести региональных бюро ВОЗ, а также из Департамента кадровых ресурсов здравоохранения, Отдела комплексного медицинского обслуживания и Отдела управления и финансирования здравоохранения из штаб-квартиры организации. Руководящая группа ВОЗ определила участников работы над данным руководством, включая группы по сбору фактических данных, методолога руководства, ГРПП и Группу внешней оценки. Кроме того, Руководящая группа ВОЗ организовала заседания ГРПП, а также составила и доработала проект руководящего документа. Руководящая группа также внесет свой вклад в управление распространением, внедрением и оценкой воздействия руководства. Члены Руководящей группы ВОЗ перечислены в таблице А3.1 (веб-приложение С).

Руководящая группа сформировала **Группу по разработке руководящих принципов (ГРПП)** с учетом гендерного, регионального и экспертного баланса. В результате в состав группы вошли 12 человек, среди которых были специалисты по разработке политики, ученые, технические эксперты и работники сельского здравоохранения. ГРПП провела оценку доказательств, которые были использованы для обоснования рекомендаций, дала рекомендации по интерпретации этих доказательств, рассмотрела рекомендации и заявление о надлежащей практике и достигла консенсуса по ним. Члены ГРПП перечислены в таблице А3.2 (веб-приложение С). У членов ГРПП были собраны и рассмотрены заявления о заинтересованности в соответствии с политикой ВОЗ. Заявленные конфликты интересов приведены в таблице А3.4 (веб-приложение С). Случаев, когда заявленные интересы препятствовали бы участию в процессе разработки или пересмотра рекомендаций, отмечено не было. Руководящая группа также сформировала Внешнюю экспертную группу с учетом гендерного, регионального и экспертного баланса. Для экспертной оценки руководства были отобраны 20 технических экспертов с широким спектром знаний в области здравоохранения в сельских и отдаленных районах, услуг здравоохранения для коренных народов, экономического развития и местного развития, кадров здравоохранения, сестринского дела, акушерства, физиотерапии и реабилитации, гендерных вопросов, равенства и прав, а также разработки политики. Внешняя экспертная группа рассмотрела окончательный вариант документа, чтобы выявить любые фактические ошибки или недостающую информацию; прокомментировать четкость формулировок; внести свой вклад в сферу применения рекомендаций; определить и предложить свои рекомендации по вопросам, связанным с конкретными условиями; и прокомментировать контекстуальные вопросы и последствия внедрения рекомендаций. Внешняя экспертная группа не вносила никаких

изменений в рекомендации, сформулированные ГРПП. Члены Группы внешней оценки перечислены в таблице А3.3 (веб-приложение С). У членов Группы внешней оценки были собраны и рассмотрены заявления о заинтересованности в соответствии с политикой ВОЗ. Случаев, когда заявленные интересы препятствовали бы участию в процессе разработки или пересмотра рекомендаций, отмечено не было.

2.2.2 Источники фактических данных для настоящего руководства

При разработке данного руководства было использовано несколько источников фактических данных, включая данные о влиянии мероприятий на развитие, привлечение, набор и удержание медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Обзор доказательств влияния интересующих мероприятий позволил собрать результаты первоначального систематического обзора фактических данных (охватывающего 1995-2009 годы) и обновленного систематического обзора (охватывающего 2010-2019 годы). В совокупности эти систематические обзоры были основным источником данных об эффектах (вреде и пользе) каждого вмешательства. Оригинальный электронный поиск проводился в августе и сентябре 2009 г. в PubMed, базе данных Cochrane, Embase и LILACS. Обновленный поиск проводился в Кокрановской базе данных систематических обзоров, PubMed, Embase, LILACS, Web of Science и Scopus. Первоначальный поиск был проведен 28 июня 2017 г., а затем 21 февраля 2018 г. и 4 ноября 2019 г. Кроме того, поиск в Google и Google Scholar проводился для выявления правительственных отчетов и других неопубликованных материалов. Стратегия поиска дополнялась дальнейшим просмотром списков ссылок для выявления любых дополнительных документов, отвечающих требованиям. Окончательные результаты поиска были экспортированы в EndNote, а дубликаты были удалены библиотечкарем.

Экспертная группа включила в обзор статьи, в которых сообщалось о результатах и влиянии мероприятий на интересующие результаты в сельских или отдаленных районах, включая четкое описание дизайна исследования и использованных методов. Исключений по профессии медицинского работника, стране или языку не было. Группа систематического обзора подготовила для каждого вопроса PICOS сводную таблицу фактических данных и их качества, используя методологию GRADE (система классификации анализа, разработки и оценки рекомендаций) (см. веб-приложение В). Ведущий автор группы по подготовке систематического обзора участвовал в заседаниях ГРПП в качестве наблюдателя, представляя краткое изложение доказательств и отвечая на любые вопросы членов ГРПП, касающиеся систематического обзора.

Согласно GRADE, качество фактических данных классифицируется как «высокое», «среднее», «низкое» или «очень низкое» (46). Определенность рейтинга доказательств основана на следующих факторах: дизайн исследования; факторы, снижающие качество фактических данных (риск необъективности, косвенность, противоречивость, неточность, предвзятость публикации); и факторы, повышающие качество фактических данных. В этих исследованиях оценивались комплексные вмешательства с разной степенью совпадения критериев для каждой категории вмешательства, например, учебное заведение по подготовке медицинских работников, расположенное в сельской местности, принимало студентов из сельской местности и использовало учебную программу, соответствующую практике в сельской местности. Первичные исследования в разной степени учитывали эти данные, пытаясь исключить влияние других факторов.

Данные об использовании ресурсов, ценностях, предпочтениях, осуществимости, приемлемости и справедливости.

Что касается вопросов, касающихся ценностей заинтересованных сторон (включая население сельских и отдаленных районов), справедливости, приемлемости и осуществимости, то выводы были получены из двух основных источников. Первым был систематический обзор (по заказу ВОЗ) ценностей, предпочтений, осуществимости и приемлемости, связанных с политикой найма и удержания медицинских работников в недостаточно обслуживаемых районах, который был проведен с целью информирования ГРПП о результатах оценки заинтересованными сторонами этой политики в отношении медицинских кадров (см. веб-приложение G.3). Восемнадцать исследований соответствовали критериям включения. В этих исследованиях оценивалась воспринимаемая приемлемость или осуществимость восьми из включенных мероприятий. Ни одно исследование не выявило оценку заинтересованными сторонами интересующих их результатов в отношении найма и удержания медицинских работников. Вторым исследованием был опрос заинтересованных сторон (проведенный ВОЗ), который проводился с 25 сентября 2019 г. по 31 декабря 2019 г. для оценки восприятия заинтересованными сторонами относительной важности различных результатов, а также осуществимости и приемлемости мероприятий, предлагаемых в рекомендациях 2010 г. Целевой группой опроса были лица, участвующие в разработке политики, администрировании или управлении медицинскими работниками, работающими в сельской местности. Это были сами медицинские работники или лица, принимающие решения, назначенные правительствами и органами власти для управления услугами медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Почти две трети

респондентов проживали в сельских и отдаленных населенных пунктах, что позволило при проведении оценки учитывать мнение членов сельских общин. Онлайн-опрос распространялся на шести языках ВОЗ по многочисленным каналам, включая базу данных экспертов по сельскому здравоохранению Всемирной организации семейных врачей (WONCA), онлайн-сообщество «Информация о здравоохранении для всех», Глобальную сеть медицинских кадров ВОЗ, веб-сайты медицинских кадров и региональных бюро ВОЗ, а также рассылку информационных бюллетеней. В общей сложности в этом процессе приняли участие 336 респондентов из разных стран всех регионов ВОЗ. Более подробную информацию об опросе можно найти в веб-приложении G.4 и в опубликованном отчете по результатам исследования (47).

2.3 Результаты

2.3.1 Систематический обзор результатов

В первоначальном систематическом обзоре (охватывающем 1995-2009 гг.) была проведена оценка 27 исследований. Результаты этих исследований были представлены на основе системы мониторинга и оценки мероприятий по удержанию персонала (48). Эта система предлагает четыре измерения, на которые различные политические меры могут оказать непосредственное влияние: привлекательность сельских и отдаленных районов для студентов или медицинских работников; набор и распределение; удержание; и эффективность работы медицинских работников или системы здравоохранения (49). В рекомендациях по политике 2010 г. подчеркивалась необходимость проведения дополнительных исследований для заполнения ключевых пробелов в исследованиях и была представлена программа исследований.

Обновленный обзор фактических данных (охватывающий 2010-2019 гг.) в настоящее время включает 106 исследований (50) (Рисунок 2.1). Обновленные данные касаются многих пробелов в исследованиях, отмеченных в 2010 г., таких как необходимость изучения большего числа медицинских профессий и необходимость проведения дополнительных исследований в странах с низким уровнем дохода. В обновленный систематический обзор включены данные по гораздо более широкому кругу специальностей медицинских работников, а также увеличено число и расширен диапазон стран, представляющих разнообразные страновые исследования и результаты многострановых исследований. Оценки касаются 39 стран с отдельными страновыми исследованиями и 11 многострановых исследований, включающих более 110 стран. Исследования, проведенные в одной стране, составляют около 90% исследовательских данных.

В таблице 2.2 приведен список стран, в которых проводились отдельные исследования, и указаны данные о количестве таких исследований. Около половины исследований, проведенных в одной стране, относятся к Северной и Южной Америке (Канада и Соединенные Штаты Америки) и западной части Тихоокеанского региона (Австралия).

Фактические данные систематических обзоров теперь охватывают более 30 медицинских специальностей по сравнению с девятью специальностями, которые рассматривались в 2010 г. Эти данные представлены в Таблице 2.3.

Рис. 2.1 Диаграммы PRISMA: первичный систематический обзор (слева) и обновленный систематический обзор (справа)

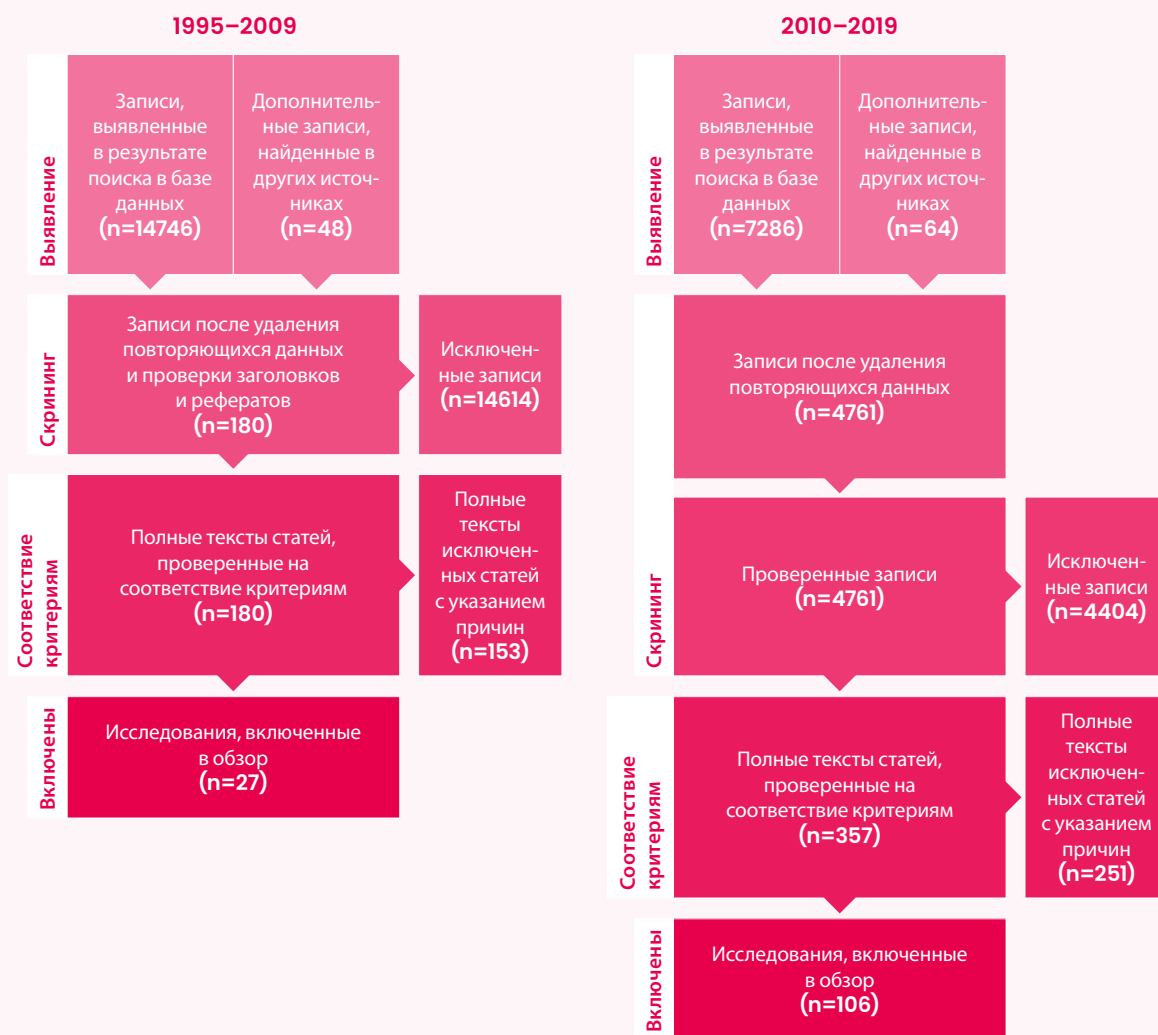


Таблица 2.2 Географическое распределение исследований в отдельных странах, включенных в первоначальный и обновленный систематические обзоры, по регионам ВОЗ

Африканский регион		Американский регион		Регион Юго-Восточной Азии		Европейский регион		Регион Восточного Средиземноморья		Регион Западной части Тихого океана	
18%		35%		9%		6%		2%		30%	
Южная Африка	5	Соединенные Штаты Америки	25	Таиланд	4	Норвегия	3	Пакистан	2	Австралия	32
Гана	4	Канада	17	Индия	3	Соединенное Королевство	2	Афганистан	1	Китай	4
Мали	2	Бразилия	5	Бангладеш	3	Франция	1			Филиппины	2
Уганда	2	Эквадор	1	Индонезия	1	Германия	1			Камбоджа	1
ОР Танзания	2	Чили	1	Непал	1	Испания	1			Япония	1
Замбия	2					Израиль	1			Маршалловы острова	1
Буркина-Фасо	1									Новая Зеландия	1
ДРК	1										
Кения	1										
Либерия	1										
Малави	1										
Мозамбик	1										
Нигер	1										
Свазиленд	1										

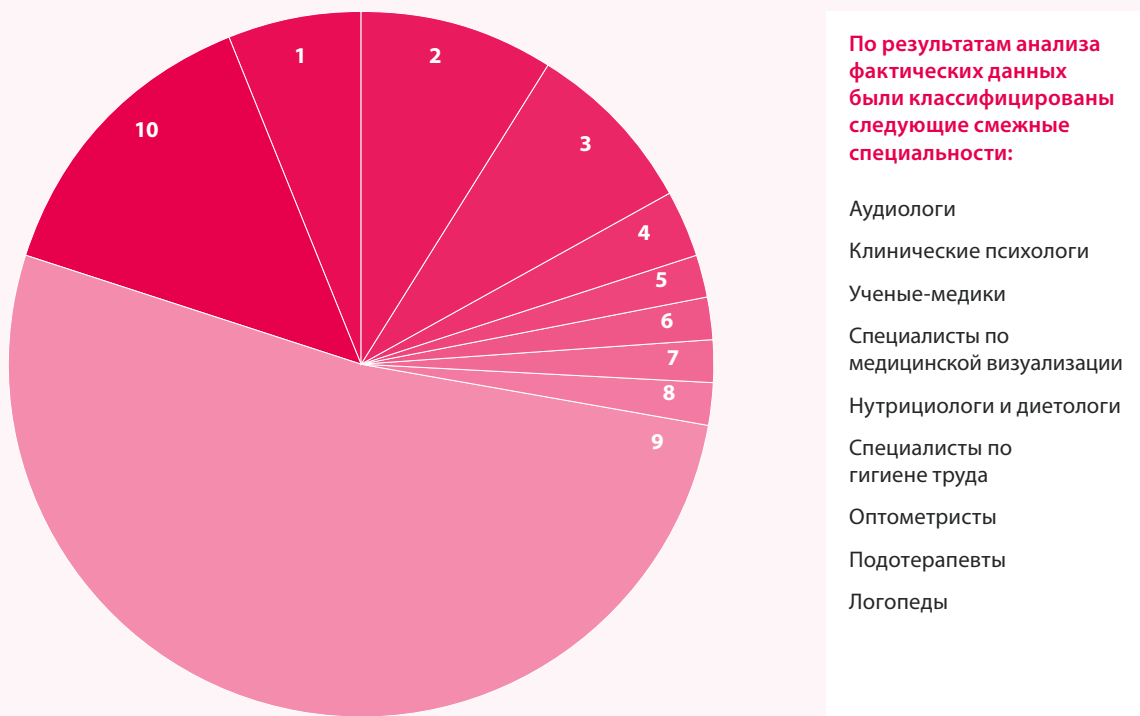
Таблица 2.3 Специальности медицинских работников, представленные в исследованиях, включенных в систематические обзоры

Врачи	Медсестры	Фармацевты	Общинные работники здравоохранения
Хирурги Анестезиологи Госпиталисты Стоматологи Терапевты-стоматологи Клинические психиатры Ассистенты врачей Преподаватели медицины в сельской местности	Практикующие медсестры Младшие медицинские сестры Помощники медсестер Фельдшеры Больничные медсестры Физиотерапевты Оптометристы Акушерки	Аудиологи Специалисты по гигиене труда Диетологи Логопеды Подотерапевты Санитары, специалисты по оказанию неотложной помощи Сотрудники по уходу за новорожденными	Общинные медицинские работники Распространители лекарств Сотрудники по контролю за заболеваниями Медицинские работники по борьбе с туберкулезом Лабораторные техники Медицинские технологи Практикующие врачи традиционной медицины

В 2010 г. 72% исследований, включенных в систематический обзор, относились к врачам, в то время как в новой подборке данных ситуация с врачами изучалась в чуть более чем половине исследований. На рисунке 2.2 показано распределение между различными специальностями медицинских работников.

Более 70% включенных исследований были проведены в странах с высоким уровнем дохода; наиболее часто встречались исследования из Северной и Южной Америки и западной части Тихоокеанского региона. Географическое распределение исследований, проведенных в одной стране, представлено в таблице 2.2.

Рис. 2.2 Исследования различных медицинских специальностей



1 Акушерки

6%

2 Смежные медицинские специальности

9%

3 ОМР

8%

4 Стоматологи

3%

5 Руководители здравоохранения

2%

6 Фармацевты

2%

7 Ассистенты врача

2%

8 Другие

2%

9 Врачи

52%

10 Медсестры

14%

2.3.2 Результаты исследования мнений заинтересованных сторон

В целом, 336 участников заполнили анкету в шести регионах ВОЗ в период с сентября по декабрь 2019 г. Респонденты в целом оценили мероприятия как приемлемые. Уровни приемлемости были выше, чем оценки осуществимости по всем вмешательствам. Более подробная информация представлена в Разделе 3.

2.4 Формулирование рекомендаций

При формулировании рекомендаций ГРПП провела оценку всех исследований, включая объединенные результаты двух систематических обзоров фактических данных и одного систематического обзора ценностей, осуществимости и приемлемости, а также результаты опроса заинтересованных сторон о ценностях, приемлемости и осуществимости. Руководящая группа ВОЗ контролировала подготовку таблиц с краткими выводами и описательных резюме фактических данных, и подготовила их окончательный вариант в сотрудничестве с Группой по обобщению фактических данных, используя систему оценки фактических данных для принятия решений GRADE. Они использовались в качестве руководства при обсуждении каждой рекомендации с учетом имеющихся доказательств пользы и вреда, достоверности доказательств, ценностей и предпочтений, баланса пользы и вреда, стоимости, экономической эффективности, влияния на справедливость, осуществимость и приемлемость. При необходимости рассматривались конкретные ситуации, популяции или другие группы. Для каждой рекомендации ГРПП рассмотрела вопросы внедрения, мониторинга и оценки, а также пробелы в исследованиях. В целом, рекомендации представляют собой фактические данные и экспертную оценку эффектов.

Для обсуждения рекомендаций было проведено два заседания ГРПП. Первое заседание состоялось 25-27 февраля 2020 г. и было очным, а второе – виртуальным (было проведено 6 апреля 2020 г.). Хотя вопросы PICOS остались прежними, рекомендации разрабатывались вслепую по отношению к рекомендациям 2010 г. Это было сделано для того, чтобы избежать излишнего влияния рекомендаций 2010 г., в частности, с точки зрения надежности рекомендаций, а также для того, чтобы ГРПП могла независимо оценить совокупность фактических данных.

В ходе обсуждения члены ГРПП определили характер воздействия и степень надежности рекомендаций на основе достижения консенсуса, который определяется как согласие 70% или более участников. Никто из членов ГРПП не высказался против рекомендаций. Надежные рекомендации могут быть приняты в качестве стратегии в большинстве ситуаций, в то время как условная рекомендация требует рассмотрения факторов, влияющих на ее реализацию, с привлечением соответствующих заинтересованных сторон.

Несмотря на метод формирования рекомендаций без четкого учета рекомендаций, сделанных в 2010 г., и значительно возросший объем фактических данных, новые рекомендации в основном похожи на рекомендации 2010 г. Одно важное отличие заключалось в том, что рекомендация по обеспечению комфортных, безопасных и благоприятных условий труда была разделена на две отдельные рекомендации – одна по безопасности на рабочем месте, а другая по достойной работе и благоприятным условиям труда. Еще одним важным дополнением к данному обзору стало включение рекомендации по передовой практике, подчеркивающей важность объединения мероприятий и принятия целостного подхода к развитию, привлечению, найму и удержанию медицинских работников в сельских районах.

2.5 Формулирование заявления о надлежащей практике для данного руководства

Заявления о надлежащей практике – это всеобъемлющие принципы, лежащие в основе рекомендаций настоящего руководства. Заявление о надлежащей практике – это основная рекомендация руководства, но она не может быть оценена по стандартным критериям процесса оценки качества фактических данных (52). Контрольный список критериев, разработанный рабочей группой GRADE (см. веб-приложение E), был рассмотрен и учтен ГРПП перед составлением заявления о передовой практике (см. Раздел 3.1). Данные по разработке комплекса взаимосвязанных мероприятий, применимых в конкретных ситуациях, не подлежали стандартной оценке в рамках процесса «качество фактических данных», в частности, из-за важности местного контекста и большого количества комплексных мероприятий, которые могут быть использованы. Было установлено, что предложенное заявление о передовой

практике было четким и осуществимым, необходимым и приводило к широкому положительному воздействию, а также что имелось четкое и ясное обоснование, объединяющее косвенные доказательства.

Кроме того, растет общее понимание того, что многогранные и межсекторальные стратегии важны для политики и планирования кадровых ресурсов здравоохранения. *Рекомендации по глобальной политике* 2010 г. поощряют объединение стратегий, и появляется все больше доказательств синергетического эффекта объединенных мероприятий (53, 54). Кроме того, в Глобальной стратегии ВОЗ по оказанию услуг, ориентированных на человека и интегрированных услуг, Астанинской декларации по первичной медико-санитарной помощи (2018 г.) и задачах Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. (39) подчеркивается важность согласованного многоуровневого подхода к улучшению охвата услугами здравоохранения. Представление об использовании многосторонних и односторонних вмешательств дают два систематических обзора эффективности стратегий по улучшению внедрения комплексных вмешательств на уровне первичной медико-санитарной помощи (55) и улучшению практики медицинских работников в странах с низким и средним уровнем дохода (56). Оба обзора показывают, что многоплановые стратегии, по сравнению с отдельными стратегиями оказывают значительное положительное влияние на конечные результаты.

В литературе прослеживается принцип многогранной политики, или «комплексных мероприятий». В ходе систематического обзора было найдено 24 исследования, в которых оценивались комплексы вмешательств. Были и другие исследования, в которых рассматривались парные вмешательства. Например, исследование, проведенное во Франции, показало, что в сельских регионах, где работали команды первичной медико-санитарной помощи (групповая практика с участием разных медицинских специалистов), которым были обеспечены финансовые стимулы и благоприятные условия, в среднем на 3,5 врача общей практики на 100 000 жителей больше, чем в регионах, не обеспечивших таких условий (57). В Австралии среди студентов, имевших сельское происхождение, посещавших сельские медицинские училища и подписавших договор об обязательной отработке, наблюдался добавочный эффект: они в 3,5 раза чаще оставались работать в сельской местности по сравнению со студентами, относящимися только к одной из этих трех категорий (58) (дополнительные подтверждающие данные приведены в веб-приложении Н).

2.6 Руководящие принципы формулирования стратегий по улучшению доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах

В данном разделе описаны взаимосвязанные принципы и всеобъемлющие темы, которые должны лечь в основу усилий по развитию сельских кадров здравоохранения, повышению привлекательности сельских районов для медицинских работников, расширению найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах, а также улучшению доступа к медицинскому обслуживанию для сельского и труднодоступного населения. Приверженность действиям, изложенным в данном разделе, формирует основу для успешной реализации рекомендаций.

2.6.1 Устойчивое развитие, всеобщий охват услугами здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь и достойные условия труда

В Астанинской декларации о первичной медико-санитарной помощи: «От Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и Целям в области устойчивого развития», государства-члены обязались развивать кадры здравоохранения. Это обязательство весьма полезно для сельских, отдаленных и неблагополучных сообществ, поскольку первичная медико-санитарная помощь ориентирована на услуги, предоставляемые на базе сообществ, и обеспечивает доступ к этим сообществам благодаря применению всеохватывающего подхода. Реализация этого обязательства требует применения принципов достойного труда, определенных в ряде глобальных резолюций и соглашений, в том числе в статье 23 Всеобщей декларации прав человека (1948 г.), на Всемирном саммите по социальному развитию (1995 г.), на заседании Сегмента высокого уровня Экономического и Социального Совета ООН (2006 г.), в документах инициативы Второе Десятилетие ООН по борьбе за ликвидацию нищеты (2008-2017 гг.) и в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Необходимо не просто создание рабочих мест в сельском здравоохранении, а создание достойных условий труда в сельском здравоохранении. Своевременная и адекватная оплата труда работников здравоохранения является важным вопросом, особенно в сельских и отдаленных районах. Кроме того, правительствам необходимо обеспечить адекватные долгосрочные инвестиции в образование и обучение, набор, мотивацию и удержание работников первичной медико-санитарной помощи в сельских и отдаленных районах (59). Для оказания

местной комплексной первичной медико-санитарной помощи необходимы медицинские работники с широким спектром знаний и клинических навыков, работающие вместе в сплоченных многопрофильных командах (60).

Прогресс в деле улучшения доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах требует скоординированного и совместного подхода. Поэтому для достижения максимального эффекта в сельских сообществах необходимы многосекторальные и многогранные действия, включая следующее:

- вовлечение сообщества и участие соответствующих заинтересованных сторон на протяжении всего процесса для обеспечения успеха систем, ориентированных на первичную медико-санитарную помощь;
- разработка устойчивых систем здравоохранения и услуг с учетом предпочтений и ценностей заинтересованных сторон, а также приемлемости и выполнимости рекомендаций;
- создание многопрофильных команд медицинских и социальных работников, отвечающих конкретным целям, в сельской практике и поддержка межсекторального сотрудничества;
- учет социально-демографических факторов, таких как пол, возраст, класс, этническая принадлежность, миграционный статус, гражданское состояние, язык, сексуальная ориентация, инвалидность и религия, которые могут повлиять на приемлемость и осуществимость услуг, а также на привлечение и удержание медицинских работников в сельской местности;
- общегосударственный подход, предусматривающий многосекторальное сотрудничество на всех уровнях при планировании, реализации и мониторинге стратегий.

Комиссия высокого уровня ООН по вопросам занятости в сфере здравоохранения и экономического роста подчеркнула потенциал сектора здравоохранения для создания возможностей трудоустройства и повышения уровня экономического развития (61, 62). Инвестиции в развитие медицинских кадров в сельских районах положительно влияют на достижение ЦУР. Достойные рабочие места, созданные (в здравоохранении и других секторах) в результате выполнения рекомендаций данного руководства, помогут снизить уровень бедности в сельской местности (ЦУР 1), одновременно выполняя задачу создания достойных рабочих мест и условий для

экономического роста (ЦУР 8). Они обеспечат хорошее здоровье и благополучие сельских жителей в результате улучшения доступа к медицинским работникам, а также будут содействовать созданию устойчивых систем здравоохранения и обеспечению готовности населения к борьбе со вспышками заболеваний (ЦУР 3). Инвестиции в сельское образование будут способствовать повышению качества образования и расширению прав и возможностей, особенно женщин и молодежи (ЦУР 4 и ЦУР 5). Гендерные последствия этих результатов разнообразны: от пользы для здоровья до возможностей для образования и трудоустройства.

2.6.2 Гендер, справедливость и права человека

Принцип справедливости направлен на устранение предотвратимых, несправедливых или устранимых различий между группами людей, включая различия между населением городов и сельских или отдаленных районов. Это распространяется на обеспечение справедливости в таких областях, как гендер, этническая принадлежность и другие области маргинализации с учетом местного контекста. Политику необходимо разрабатывать таким образом, чтобы она отражала принцип справедливости и уважения прав человека различных групп населения. Чтобы обеспечить защиту здоровья как права человека независимо от места проживания, национальные органы власти на всех уровнях должны руководствоваться принципом справедливости при устранении пробелов в охвате и доступе к здравоохранению для сельского, отдаленного и труднодоступного населения. Этот принцип требует уделения первоочередного внимания улучшению доступа к здравоохранению в сельской местности для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения путем сокращения неравенства в географическом распределении медицинских работников. Все соответствующие усилия в плане эффективных стратегий удержания, основанные на имеющихся ресурсах, должны быть направлены на устранение различий в доступе к здравоохранению, которых можно избежать или которые можно устранить.

Население сельских и отдаленных районов имеет право на обеспечение факторов, необходимых для развития человеческого капитала, особенно в сфере здравоохранения и образования. Содействие образованию медицинских работников дает возможность вовлечь женщин и девочек в образование и трудоустройство в области STEM (естественные науки, технические науки, инженерное дело и математика), тем самым устраняя неравенство возможностей в обществе. При инклюзивном подходе образование медицинских работников может предоставить возможности некоторым из тех, кто остался за бортом,

особенно в сочетании с возможностями рынка труда. Комиссия высокого уровня Генерального секретаря ООН по вопросам занятости в сфере здравоохранения и экономического роста установила, что инвестиции в медицинские и социальные кадры оказывают мощный многоплановый эффект на экономический рост (62). Около 70% кадровых ресурсов здравоохранения в мире составляют женщины (63); поэтому гендерная динамика играет важную роль в секторе здравоохранения, в том числе в таких областях, как неоплачиваемый уход, компенсации, предвзятость и преследования на рабочем месте, выбор профессии и карьерный рост (63). Гендер также влияет на доступность и приемлемость медицинских работников в сельских сообществах. Необходимо провести дополнительные исследования результатов работы медицинских работников-женщин различных профессий в сельских общинах (64-66).

Все кадровые стратегии в сфере здравоохранения, включая политику по развитию, привлечению, найму и удержанию медицинских работников в сельских и отдаленных районах, должны предусматривать участие женщин в принятии решений и применение гендерного подхода. Несмотря на необходимость учета гендерных аспектов, существуют конкретные области, в которых гендерный анализ может быть особенно важным, включая создание безопасной и защищенной рабочей среды с защитой от всех форм насилия и домогательств в соответствии с задачей 5.2 ЦУР (ликвидация всех форм насилия в отношении женщин и девочек в общественной и частной сферах) и задачей 8.8 ЦУР (защита трудовых прав и содействие созданию безопасной и защищенной рабочей среды для всех работников) (67). Поддержка в виде гибкого графика работы, создания возможностей для неполной занятости и обеспечения благоприятных для семьи условий труда способствует удержанию работников. Право на достойный и безопасный труд должно соблюдаться для всех работников независимо от пола, возраста, класса, этнической принадлежности, миграционного статуса, гражданского статуса, языка, сексуальной ориентации, инвалидности и социально-демографического положения. При разработке политики, связанной с медицинскими работниками в сельских и отдаленных районах, следует привлекать женщин, учитывать гендерные аспекты и, по возможности, использовать медицинские профессии в качестве катализатора гендерно-преобразующей политики.

2.6.3 Гармонизация с национальными планами здравоохранения

Политика развития, привлечения, найма и удержания кадров сельского здравоохранения в идеале должна быть включена в рассчитанный по стоимости и подтвержденный национальный план здравоохранения. Национальный план здравоохранения обеспечивает основу для обеспечения ответственности всех партнеров за достижение ощутимых и измеримых результатов; он лежит в основе развития здравоохранения, которое осуществляется руководством страны, силами

страны и в полном соответствии с национальными приоритетами и возможностями. Национальный план обеспечения кадрами здравоохранения, который является неотъемлемой частью национального плана здравоохранения страны, определяет прогнозируемое количество и типы медицинских работников, необходимых в будущем, политику и стратегии по увеличению численности необходимых медицинских работников, стратегии по их удержанию и мотивации, а также *затраты на реализацию всех необходимых мероприятий* (8). Это будет одним из показателей для мониторинга выполнения рекомендаций на уровне страны.

2.6.4 Понимание ситуации с кадрами здравоохранения

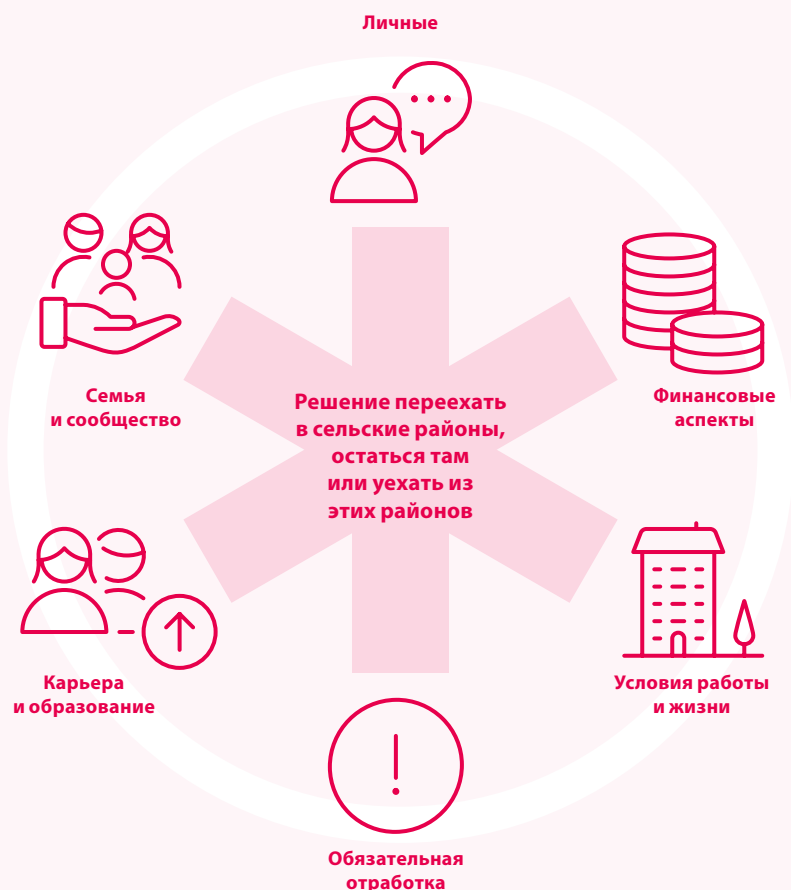
Четкое понимание ситуации с кадрами здравоохранения (текущий уровень распределения, демографические показатели, географические регионы, секторы, специальности и сфера практики) имеет основополагающее значение для улучшения доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах. В идеале, первым шагом к разработке плана развития, привлечения, найма и удержания медицинских кадров в сельской местности является комплексный анализ ситуации и анализ рынка труда в сфере здравоохранения, который выявляет потенциальные несоответствия между потребностями, спросом и предложением, а также измеряет справедливость в распределении медицинских работников.

Местные данные, наряду с показателями рабочей силы здравоохранения из Национальной системы учета кадров здравоохранения (37), окажутся полезными для сбора вторичных данных, которые могут способствовать быстрому анализу и мониторингу. Дальнейшие первичные исследования (например, эксперименты с дискретным выбором или другие качественные исследования), включая анализ факторов, влияющих на решение медицинских работников переехать в сельские и отдаленные районы, остаться в них или покинуть их, а также определение и взвешивание факторов, влияющих на эти решения, могут потребоваться для обеспечения наибольшей эффективности выбранного комплекса мер политики. Важно оценить возможную роль гендера и его влияние на принятие решений медицинскими работниками.

Решение медицинских работников переехать в сельскую или отдаленную местность, остаться в ней или покинуть ее, обусловлено многочисленными известными факторами, которые охватывают рабочую, личную и семейную сферы. На рисунке 2.3 показаны наиболее известные факторы, влияющие на решение медицинских работников переехать в сельскую местность, остаться в ней или покинуть ее.

Помимо понимания потребностей кадров здравоохранения, в планах развития кадров сельского здравоохранения необходимо учитывать требования к кадрам первичной медико-санитарной

Рис. 2.3 Факторы, влияющие на решение переехать в сельские районы, остаться там или уехать из этих районов



Личные

Сельское происхождение (опыт жизни в сельской местности), семейные связи, ценности, альтруизм, этап карьерного роста

Финансовые аспекты

Льготы, пособия, зарплата, система оплаты труда

Условия работы и жизни

Инфраструктура, условия работы, безопасность, доступ к технологиям или лекарствам, жилищные условия, наличие поддерживающего надзора, рабочая нагрузка, стресс

Обязательная отработка

Существует ли обязанность отработки в этом месте

Карьера и образование

Обучение и знакомство с сельской местностью, доступ к возможностям непрерывного образования, курирование, курсы или семинары по повышению квалификации, руководящие должности в сельской местности

Семья и сообщество

Обеспечение школьного образования для детей, работа для супруга, ощущение общности интересов, доступные общественные объекты, положение в обществе, признание роли

Источник:
адаптировано из
Рекомендаций по
глобальной политике
2010 г. (8).

помощи - наличие эффективных и скоординированных междисциплинарных команд, обладающих рядом навыков и компетенций для удовлетворения большинства медицинских потребностей сельского населения в местах проживания. В состав бригад первичной медико-санитарной помощи могут входить менеджеры, общинные медработники, стоматологи, семейные врачи и терапевты, дефектологи, акушерки, медсестры и практикующие медсестры, диетологи, специалисты по гигиене труда, фармацевты, помощники врачей, физиотерапевты, логопеды и вспомогательный персонал, а также представители других медицинских профессий, которые важны и актуальны в данном контексте.

2.6.5 Усиление кадровых ресурсов для управления службами здравоохранения

Эффективный потенциал управления кадрами здравоохранения является основным требованием для успешной реализации стратегий удержания. По некоторым данным, для успешной координации усилий, необходимых для разработки стратегии удержания кадров в сельской местности, может потребоваться создание центрального подразделения по кадровым ресурсам здравоохранения (68). Укрепление потенциала управления кадровыми ресурсами здравоохранения с помощью таких компонентов, как кадровое планирование, эффективное управление информацией о кадровых ресурсах здравоохранения, практика набора и найма персонала, условия труда и управление эффективностью работы, может повысить успех стратегий удержания. Это, в свою очередь, может улучшить результаты здравоохранения для сельского населения.

В соответствии с документом Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г., все страны должны создать в министерствах здравоохранения подразделение или департамент по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения (39). Это подразделение должно обладать возможностями и полномочиями для финансирования и выполнения функций, связанных с политикой в области кадровых ресурсов для здравоохранения, планированием и руководством, управлением данными и отчетностью (39). Страны со слабым управлением кадровыми ресурсами здравоохранения могут не справиться с реализацией мероприятий. На центральном уровне усиление надзора и организационного потенциала важно для обеспечения непрерывности в реализации стратегий. Это помогает усилить приверженность даже при смене администрации или правительства. Менеджеры по управлению человеческими ресурсами и лица, отвечающие за разработку политики, должны взаимодействовать с заинтересованными сторонами, чтобы понять их проблемы и интересы, и договориться о компромиссах, необходимых для разработки устойчивых и осуществимых стратегий удержания кадровых ресурсов здравоохранения. Инвестиции в программы развития карьеры (обучение, тренинги, наставничество и профессиональная поддержка) и лидерский потенциал для работников и руководителей здравоохранения будут полезны на всех уровнях, особенно на местном (вставка 2.1).

Вставка 2.1 Компоненты эффективной системы управления кадрами здравоохранения

Ниже перечислены ключевые функции системы управления кадровыми ресурсами:

- персонал: развитие кадровых ресурсов, планирование (включая нормы штатного расписания), набор, найм и расстановка кадров;
- рабочая среда и условия труда: отношения с сотрудниками, безопасность на рабочем месте, удовлетворенность работой и развитие карьеры;
- информация о кадровых ресурсах: данные и информация для планирования и принятия решений;
- управление производительностью: оценка производительности, надзор и продуктивность.

Эффективная система управления кадровыми ресурсами характеризуется наличием профессионально подготовленных и компетентных менеджеров персонала здравоохранения, способных выполнять описанные ниже функции управления кадровыми ресурсами.

- **Кадровое планирование.** Руководство процессами эффективного планирования кадровых ресурсов здравоохранения на основе достоверной информации о человеческих ресурсах и поддержка этих процессов; содействие принятию решений на основе данных; увязка профилей кадровых ресурсов и типов работников здравоохранения, необходимых для достижения стратегических целей в области здравоохранения (например, принятие решений по таким вопросам, как распределение задач, перепрофилирование персонала, перераспределение, стимулирование и облегчение труда); согласование потребностей в кадрах со стратегическими планами кадровых ресурсов здравоохранения; вклад в надежные процессы стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения в целом; поддержка грамотного расчета затрат с целью надлежащего бюджетного обеспечения планируемого штата сотрудников.
- **Практики привлечения, найма и распределения кадров здравоохранения.** Использовать свои знания об эффективной практике в таких областях,

как набор и отбор персонала, ориентация, размещение, развитие и удержание персонала, для содействия позитивным изменениям в системе путем работы с лицами, ответственными за разработку политики, для выявления препятствий на пути эффективного и результативного набора, найма, размещения и удержания персонала; обеспечить справедливость и прозрачность процедур и критериев размещения, распределения и перевода персонала.

- **Рабочая среда и условия труда.** Мониторинг и поддержка практики создания рабочей среды, способствующей высокой удовлетворенности работой, включая эффективные отношения с сотрудниками, безопасность на рабочем месте и карьерный рост.
- **Информация о кадровых ресурсах здравоохранения.** Интегрировать источники информации и данных для обеспечения своевременного получения точных дезагрегированных данных, необходимых для планирования, обучения, оценки и поддержки трудовых ресурсов; представлять отчеты по основному набору данных о кадровых ресурсах здравоохранения и постепенно внедрять Национальные системы учета кадровых ресурсов здравоохранения; обеспечить сбор и анализ информации на основе демографических показателей, таких как пол и возраст, для обоснования политики в области кадровых ресурсов здравоохранения.
- **Организация служебной деятельности, лидерство и профессиональный рост.** Обеспечение наличия эффективной системы оценки служебной деятельности в рамках системы здравоохранения; инициирование и поддержка мер по повышению производительности труда; использование знания современных концепций лидерства и управления в целях более широкого применения рациональных видов практики; оценка «уровня» лидерства и управления в рамках системы и организация или поддержка требуемых программ улучшения работы; в целом, умение убедиться в том, что штат работников здравоохранения обладает нужной квалификацией для выполнения той работы, которую он должен делать.

Источник: Рекомендации по глобальной политике 2010 г. (8).

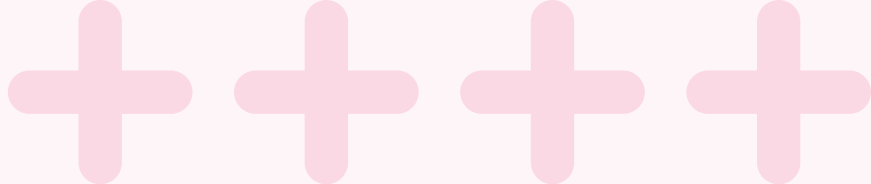
2.6.6 Социальная ответственность в сфере образования кадров здравоохранения

Социальная ответственность учебных заведений по подготовке медицинских кадров определяется как «обязательство направлять свою образовательную, исследовательскую и практическую деятельность на решение приоритетных проблем здравоохранения сообщества, региона или страны, которые они уполномочены обслуживать. Приоритетные проблемы здравоохранения должны определяться совместно правительствами, организациями здравоохранения, медицинскими работниками и общественностью» (69). Следовательно, учебные заведения и учреждения обязаны ориентироваться на потребности здравоохранения, сотрудничая с системами здравоохранения для подготовки соответствующих и востребованных кадров (70).

Для содействия достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения путем подготовки медицинских кадров, пригодных для удовлетворения потребностей населения в охране здоровья, важно, чтобы все учебные заведения, готовящие медицинские кадры, приняли принцип социальной ответственности в качестве ключевой составляющей своих полномочий. Этого можно достичь путем привлечения сообществ к определению своих потребностей и разработке стратегических решений для удовлетворения этих потребностей с учетом

конкретных условий. Доказано, что следующие стратегии социальной ответственности способствуют увеличению набора и удержания кадров в сельских районах: согласование учебных программ с потребностями сообществ, целевой отбор студентов с приоритетом на недостаточно представленные группы населения, межпрофессиональная подготовка в нуждающихся областях, расширение преподавательского состава в сельских районах и установление тесных партнерских отношений с сообществами (71).

Ввиду более широких проблем, существующих в сельских и отдаленных районах, таких как более низкое качество начального и среднего образования по сравнению с городскими районами, экономическое неблагополучие, а также проблемы местоположения и расстояния, реализация таких стратегий требует постоянных усилий и реформ, а также инвестиций на всех уровнях и общегосударственного подхода. Экономическое преимущество таких инвестиций заключается в их окупаемости с учетом затрат на нерациональное распределение медицинских кадров и утечку мозгов, а также добавленной стоимости за счет привлечения жителей сельских и отдаленных районов, особенно женщин и молодежи, на работу в сфере здравоохранения (62).



3.0 Заявление и рекомендации в отношении надлежащей практики

В следующем разделе изложено заявление о надлежащей практике и рекомендации по вопросам политики. Таблицы доказательств для принятия решений, в которых обобщены баланс между желательными и нежелательными эффектами и общая уверенность в подтверждающих доказательствах, ценности и предпочтения заинтересованных сторон, требования к ресурсам, экономическая эффективность, приемлемость, осуществимость и принципы справедливости, которые учитывались при определении надежности и направления рекомендации, представлены в веб-приложении Н.

Для обеспечения правильного понимания заявления и рекомендаций в отношении надлежащей практики, под каждой рекомендацией приведены дополнительные замечания, отражающие ключевые вопросы, поднятые ГРПП.

Затем следует краткое описательное обоснование рекомендации. Наконец, чтобы обеспечить надлежащее применение рекомендаций на практике, для каждой рекомендации приведены соображения по внедрению.

Заявление о надлежащей практике развития, привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах

+ Мероприятия должны быть взаимосвязанными, комплексными и разработанными с учетом местных условий.

Примечания

- При планировании, реализации и мониторинге стратегий необходим общегосударственный подход (многосекторальное сотрудничество на всех уровнях). Отдельные мероприятия, принятые в изоляции, недостаточны для решения многогранной проблемы развития, привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах.
- Соответствующий комплекс мероприятий должен определяться с учетом актуальности, приемлемости, осуществимости, доступности, эффективности и воздействия рекомендаций в местном контексте.
- Местное население и соответствующие заинтересованные стороны должны быть вовлечены в планирование, реализацию и оценку мероприятий.
- При выборе комплекса мероприятий важно учитывать гендерные аспекты, вопросы справедливости и прав, а также роли и обязанности работников здравоохранения и сельских общин.
- Необходимо также учитывать влияние политики на различные профессии в сфере здравоохранения, этапы карьеры, социально-демографические характеристики (такие как пол, возраст, класс, этническая принадлежность, миграционный статус, гражданское состояние, язык, сексуальная ориентация, инвалидность и религия) и ожидания работников здравоохранения.
- Необходимо проводить строгий мониторинг и оценку результатов, итогов и воздействия усилий по увеличению числа медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

3.1 Рекомендация 1. Зачислять студентов из сельской местности в программы подготовки медицинских работников

ВОЗ рекомендует использовать политику целевого приема для зачисления студентов из сельской местности в программы подготовки медицинских работников.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – среднее

Примечания

- Обеспечить вовлечение местного населения и участие местных заинтересованных сторон в систематическом, справедливом и прозрачном определении сельских районов и зачислении учащихся.
- Обеспечить соблюдение в политике национальных и местных правил и норм в отношении недискриминации.
- Учитывать весь путь получения образования (начальное, среднее и высшее).
- Сопровождать политику целевого приема механизмами поддержки для устранения барьеров, с которыми сталкиваются студенты из сельских и отдаленных районов.
- Сельское происхождение должно быть основным критерием зачисления, но обеспечение разнообразия и справедливости с точки зрения пола, этнической принадлежности, языка и социокультурного происхождения является ключом к подготовке медицинского персонала на принципах разнообразия и инклюзивности.

3.1.1 Обоснование рекомендации

Сельское происхождение было описано как единственный фактор, наиболее надежно связанный с сельской практикой (72). Положительный эффект отбора студентов сельского происхождения и других образовательных и учебных мероприятий, направленных на привлечение студентов к сельской практике, был отмечен в отчете Совета по высшему медицинскому образованию США за 1998 г. (73) и представлен в 2000 году как «конвейер подготовки сельских врачей» (74). Эта стратегия широко известна как «сельский конвейер» или «сельский путь». Факты свидетельствуют о том, что сельское происхождение (т.е. детство, проведенное в сельской местности) и сельское окружение во время обучения (т.е. обучение в сельской среде, с соответствующими сельской местности учебными программами и поддержкой) оказывают как индивидуальное, так и синергетическое воздействие на развитие, привлечение, набор и удержание кадров в сельской местности (58, 75). Концепция «сельского пути» получает все большее признание среди политиков, примером чему служит межсекторальный призыв министров стран Западноафриканского экономического и валютного союза к разработке стратегии «сельского конвейера». (76).

Улучшение доступности медицинских работников в сельских и отдаленных районах и улучшение

доступности медицинской помощи высоко оценены как наиболее ценные результаты, касающиеся кадровых ресурсов здравоохранения и работы системы здравоохранения; поэтому результаты данного вмешательства были признаны особо ценными. Ожидается, что данное вмешательство окажет положительное воздействие на обеспечение принципа справедливости для населения сельских и отдаленных районов. Кроме того, расширение доступа к медицинским работникам посредством целевого приема студентов может способствовать увеличению разнообразия медицинских работников и положительно повлиять на приемлемость медицинской помощи. Заинтересованные стороны высоко оценивают приемлемость и осуществимость данного вмешательства (47).

Это мероприятие подкрепляется фактическими данными среднего качества. Данные 18 из 20 наблюдательных исследований, в основном в отношении студентов-медиков, а также студентов медицинских училищ по подготовке медсестер из стран с высоким, средним и низким уровнем дохода, свидетельствуют о надежной положительной связи между сельским происхождением и набором и удержанием в сельской практике (58, 77-84). Хотя ресурсы, необходимые для набора и поддержки сельских студентов в программах здравоохранения, могут быть средними, ожидается надежная

положительная чистая сбалансированность желательных и нежелательных эффектов при наборе студентов из сельских и отдаленных районов. ГРПП приняла единогласное решение рассматривать это в качестве надежной рекомендации.

3.1.2 Вопросы практической реализации

Определение понятия «сельский» варьируется в разных государствах-членах. Поэтому критерии отнесения к категории сельских жителей должны быть определены на национальном или местном уровне. Чтобы предотвратить противодействие политике целевого зачисления студентов из сельской местности, критерии отбора могут быть определены в сотрудничестве с соответствующими заинтересованными сторонами. Также важно будет учитывать необходимость соблюдения национальных и местных правил и норм в отношении недискриминации. Для того чтобы политика была справедливой и привела к формированию разнообразного, представительного и приемлемого для сельского населения медицинского персонала, прием на работу можно рассматривать с межсекторальной точки зрения, принимая во внимание влияние на вопросы гендера, справедливости и прав. Поэтому при реализации данной политики целесообразно будет изучить потенциальную каталитическую роль, которую может сыграть использование политики целевого приема для зачисления студентов из сельской местности в программы подготовки медицинских работников в целях развития человеческого капитала и профессиональных навыков в сельской местности и содействия более широкой повестке дня ЦУР. Инвестиции в развитие человеческого капитала в сельской местности потенциально могут способствовать всеобъемлющему экономическому росту и большей экономической стабильности и безопасности (85).

Важно рассмотреть весь образовательный цикл (начальное, среднее и высшее образование). Знакомство учащихся сельских средних школ с медицинскими учреждениями и профессиями в сфере здравоохранения на раннем этапе может оказаться полезным (86). Иногда сельские системы начального и среднего образования отличаются от городских, поэтому может потребоваться дополнительная поддержка для того, чтобы сельские средние школы могли выпускать учеников, которые могут быть приняты в программы подготовки медицинских работников и успешно в них учиться. Это может оказаться важным компонентом успеха данной политики. Также может потребоваться устранение языковых барьеров, если основной язык в сельских или отдаленных районах отличается от языка программ обучения медицинских работников.

Важным моментом может стать создание систем поддержки, таких как обучение по принципу

«строительных лесов», промежуточных или коррекционных классов на уровне учебного заведения, чтобы сельские студенты могли обучаться вместе со своими коллегами из других регионов. Еще одним важным аспектом реализации программы является поддержка программ академической и социальной ориентации и интеграции, доступных для студентов из сельских и отдаленных районов. Если сельские студенты сталкиваются с экономическими или академическими проблемами и нуждаются в получении кредитов в течение длительного времени, возможно, следует рассмотреть возможность создания гибких академических программ и расписаний вне рамок обычного учебного процесса. Еще одним аспектом может стать подготовка и обеспечение администрации и преподавателей учебных заведений для инвестирования в образование студентов из сельских и отдаленных районов.

Если экономическое положение сельских и удаленных студентов является препятствием, может понадобиться финансовая поддержка для студентов из неблагополучных сельских районов. Кроме того, можно рассмотреть вопрос о стоимости обучения, в частности, для обеспечения доступности и приемлемости обучения в государственных и частных медицинских учебных заведениях. Предоставление стипендий, грантов или других субсидий на образование, возможно, на основе соглашений об обязательной отработке, может быть использовано (Рекомендация 9) для расширения доступа к такому образованию для малообеспеченных сельских студентов.

Важно объединить эту стратегию с политикой привлечения и мотивации студентов из сельских общин к получению медицинских профессий. Данные свидетельствуют о том, что эта стратегия в сочетании с политикой поддержки обучения в сельской местности (Рекомендация 2), клинической практики в сельской местности (Рекомендация 3) и учебных программ с учетом сельских реалий (Рекомендация 4), может оказать многоплановое воздействие на удержание студентов в сельской местности; поэтому взаимосвязь стратегий в рамках контекстуально обусловленного комплекса мероприятий является важным аспектом их реализации (58, 79).

Для успешного выполнения этой рекомендации необходимо активное межведомственное сотрудничество в рамках всего правительства, охватывающее здравоохранение, образование, администрацию и финансы, а также другие соответствующие министерства и партнеров. Финансовые обязательства должны быть распределены между различными министерствами и секторами, такими как здравоохранение, образование, развитие и местные органы власти, а также необходимо учитывать вопросы устойчивости системы здравоохранения и структуры услуг.

3.2 Рекомендация 2. Размещать медицинские учебные заведения ближе к сельским районам

2. ВОЗ предлагает размещать медицинские учебные заведения ближе к сельским районам.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Привлекать местные заинтересованные стороны и население к созданию медицинских учебных заведений и разработке программ.
- Обеспечить социальную подотчетность и устойчивость учебных заведений и программ медицинского образования.
- Обеспечить соответствие программ обучения потребностям местного населения.
- Увязать эти мероприятия с инвестициями в развитие сельской инфраструктуры и с целями устойчивого развития.
- Сопровождать мероприятия планами подготовки и переподготовки преподавателей в этих областях.

3.2.1 Обоснование рекомендации

Эта рекомендация также является одним из компонентов программы подготовки медицинских работников в сельской местности (58, 79). Ожидается, что размещение медицинских учебных заведений ближе к сельским районам и работа в соответствии с принципами социальной ответственности принесет пользу местным сообществам в плане диверсификации экономики, развития человеческого капитала и улучшения показателей здоровья. Социальная ответственность является важным компонентом данной рекомендации. Она может быть описана как выполнение учебными заведениями обязательства направлять свою образовательную, исследовательскую и служебную деятельность на решение приоритетных проблем сообщества, региона или страны, которым они уполномочены служить (87).

Это мероприятие, вероятно, окажет положительное влияние на соблюдение принципа равенства в доступе к медицинским работникам в сельских и отдаленных населенных пунктах, с потенциальными положительными результатами для местной экономики и диверсификации экономики в сельских и отдаленных районах. Однако было установлено, что затраты на создание, укомплектование и содержание этих учебных заведений высоки. Хотя они могут представлять собой экономически эффективные инвестиции с большой отдачей, необходимы дополнительные исследования для понимания динамики этого процесса. Хотя ожидается, что данное мероприятие

будет в целом приемлемым и осуществимым, данные свидетельствуют о том, что оно может быть относительно менее приемлемым и осуществимым по сравнению с некоторыми другими мероприятиями (47).

Кроме того, фактические данные в отношении данного вмешательства отличаются низким качеством. В процессе систематического обзора воздействия было выявлено 13 исследований, посвященных влиянию размещения медицинских учебных заведений за пределами крупных городов на результат наличия медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Все 13 исследований были посвящены студентам-медикам или ординаторам, что оставляет пробел в доказательствах в отношении других медицинских профессий. Тем не менее, данные, полученные в основном в группах населения с высоким уровнем дохода, а также в группах населения с низким и средним уровнем дохода, показывают, что размещение учебных заведений или программ по подготовке медицинских работников в сельской местности улучшает набор и удержание выпускников.

В целом, низкое качество фактических данных, особенно для широкого спектра медицинских профессий, и потенциально большие затраты на внедрение, наряду с относительно низкой приемлемостью и осуществимостью, привели к тому, что была принята условная рекомендация. Особое внимание следует уделить способам реализации этого мероприятия.

3.2.2 Вопросы практической реализации

При реализации этой политики по размещению программ подготовки медицинских работников ближе к сельским и отдаленным районам важно учитывать контекст и обстановку. Существуют различные возможности и подходы, которые можно рассмотреть, включая создание сельских училищ по подготовке медицинских работников; сельских кампусов училищ в городских центрах, например, таких, как Медицинское училище Северного Онтарио (88); и программ подготовки на базе сельских районов, таких, как программа ординатуры медсестер в штате Висконсин (89), которые могут быть поддержаны путем развития сотрудничества между сельскими общинами и учебными заведениями. Другой подход к ускорению подготовки медицинских работников в сельских и отдаленных районах был принят в Эфиопии, где 20 больниц, не имевших преподавательского состава, были преобразованы в учебные центры благодаря партнерству с пятью близлежащими университетами. (90).

Вовлечение сообщества и поддержка местных заинтересованных сторон считаются важными для долгосрочного успеха таких вмешательств. Вовлечение местного населения с самого начала в разработку многопрофильных учебных заведений и программ для сельских медицинских работников может помочь обеспечить социальную ответственность. При принятии решений о местоположении и инфраструктуре таких учреждений также важно учитывать выгоды, воздействие на сельские общины и справедливые результаты для них. При глубоком вовлечении сельских общин можно разрабатывать приемлемые и осуществимые планы по снижению затрат, как в случае с Фондом медицинской школы Замбоанга на Филиппинах, где местные врачи проводят обучение (78), и программы университетских кафедр сельского здравоохранения в Австралии, которые предоставляют возможности клинической подготовки в сельской местности для студентов,

изучающих медицину, сестринское дело, гигиену труда, оптометрию, фармацевтику, физиотерапию, подиатрию и др. (91).

Инвестиции должны иметь долгосрочную перспективу и быть направлены на устойчивое развитие. Развитие и укрепление профессорско-преподавательского состава в сельских и отдаленных районах очень важно. По мере возможности следует набирать преподавателей, ориентированных на работу в сельской местности. Необходимо приложить усилия для создания свободного от клинической деятельности времени для выполнения преподавателями своих академических обязанностей, а также обеспечить наличие вспомогательных средств для моделей распределенного обучения, таких как соответствующая инфраструктура и оборудование для информационно-коммуникационных технологий.

Влияние этих учреждений на экономику и развитие может привести к высокой отдаче от инвестиций, которые можно использовать для укрепления межсекторального сотрудничества.

Чтобы максимально повысить эффективность учебных заведений по подготовке медицинских работников в сельской местности, необходимо согласовать их с политикой целевого отбора студентов (Рекомендация 1) и политикой разработки учебной программы, соответствующей местным условиям (Рекомендация 4). Следует также уделить внимание условиям проживания, обучения и учебы студентов и преподавателей, чтобы сделать их более благоприятными, исходя из принятых в местных условиях стандартов (Рекомендации 11, 12 и 13). Благодаря включению квалифицированных медицинских работников из сельской местности в преподавательский состав учебных заведений и программ, эта рекомендация может дополнить стратегии по развитию карьеры и повышению квалификации сельских медицинских работников (Рекомендации 15 и 17).

3.3 Рекомендация 3. Привлекать студентов медицинских учебных заведений на практику в сельские и отдаленные населенные пункты

3. ВОЗ рекомендует знакомить студентов, изучающих широкий спектр медицинских дисциплин, с условиями жизни в сельских и отдаленных населенных пунктах и клинической практикой в сельских районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Обеспечить гармонизацию и координацию между сельскими и городскими образовательными учреждениями.
- В рамках данной стратегии обеспечить соблюдение национальных и местных правил и норм в отношении недискриминации.
- Использовать справедливый, целенаправленный, хорошо продуманный и равноправный процесс отбора студентов для получения опыта работы в сельской местности.
- Обеспечить широкий опыт работы в сельских и отдаленных районах, включая клинические и практические компоненты, вовлечение местного населения и межпрофессиональное взаимодействие.

3.3.1 Обоснование рекомендации

Обучение и подготовка медицинских работников исторически базировались в городах, где расположено большее количество учреждений. В таких условиях часто упускается из виду обучение специфическим навыкам для ситуаций, когда ресурсы могут быть ограниченными, как, например, случается в сельских и отдаленных районах. Даже при условии формирования таких навыков возможности для их отработки или практического применения полученных знаний могут быть ограничены, что приводит к тому, что у медицинских работников формируются компетенции или уверенность в тех областях, которые чаще применяются в городских условиях. Однако практический опыт в сельской местности может предоставить студентам возможность научиться новому и обрести уверенность в процессе работы под руководством в сельских медицинских учреждениях, что потенциально может содействовать повышению качества обслуживания и готовности к практической деятельности. Приезд студентов в сельские населенные пункты также может обеспечить знакомство с моделями оказания первичной медицинской помощи. Одним из вероятных способов влияния такого вмешательства на

набор и удержание студентов является развитие чувства самодостаточности в сельской практике, определяемой как вера людей в то, что они способны достичь желаемого уровня эффективности в сельских условиях (92). Такое чувство самодостаточности надежно и положительно ассоциируется с намерением остаться или вернуться в небольшую сельскую практику, независимо от пола, сельского происхождения, текущего карьерного статуса, текущего места практики, времени принятия решения о специализации или разрыва между опытом и ожиданиями (92).

Желательные эффекты этого вмешательства, такие как развитие уверенности в собственных силах в сельской практике, были признаны жизненно важными для развития, привлечения, найма и удержания соответствующих требованиям медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Преимущества были выявлены по всему спектру развития, привлечения, найма и удержания высококвалифицированных, мотивированных медицинских работников. Данные опроса заинтересованных сторон свидетельствуют о том, что заинтересованные стороны высоко оценили

результаты, и это вмешательство было оценено как в высшей степени приемлемое и осуществимое (47).

Это мероприятие подтверждается фактическими данными низкого качества. Было обнаружено шесть обсервационных исследований (93-98), все в странах с высоким уровнем дохода, в которых оценивалось влияние опыта работы среди сельского населения на доступность медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Эти исследования охватывали несколько профессий медицинских работников (включая врачей, стоматологов и представителей смежных профессий). Все они показали значительный положительный эффект таких мероприятий. Кроме того, два обсервационных исследования показали, что медицинские работники, которые проходили практику в сельской местности во время обучения, демонстрировали хорошие академические результаты и были более уверены в своих силах (93, 94), а одно обсервационное исследование показало, что практика в сельской местности дала положительный результат в плане подготовки к межпрофессиональной практике в сельской местности (99). Ожидается, что это вмешательство также улучшит равенство в доступе к хорошо обученным медицинским работникам в сельских и отдаленных населенных пунктах.

Ресурсы, необходимые для реализации и обеспечения высокого уровня условий жизни и обучения стажеров и преподавателей, были оценены как средние с точки зрения затрат, но желаемый эффект для сельских сообществ был признан значительным. Заинтересованные стороны высоко оценили результаты, а вмешательство было оценено заинтересованными сторонами как в высшей степени приемлемое и осуществимое. ГРПП пришла к выводу, что баланс эффектов надежно свидетельствует в пользу вмешательства. ГРПП сочла эту рекомендацию надежной.

3.3.2 Вопросы практической реализации

Согласованный подход жизненно важен при ознакомлении студентов с условиями жизни и клинической практики в сельских и отдаленных районах. Таким образом, медицинские учебные заведения, независимо от их местоположения, могут формировать или закреплять опыт клинической практики на селе для ознакомления студентов с условиями жизни в сельской местности, сельским здравоохранением и сельской медицинской практикой. Погружаясь в местную среду, студенты могут наблюдать за оказанием медицинской помощи

в клиниках, больницах, учреждениях долгосрочного ухода, учреждениях скорой помощи, домах пациентов или других местах проживания населения или участвовать в их работе (60). Если для преподавания используются сельские медицинские учреждения, следует учитывать время, отведенное на консультации, обходы у постели больного, процедуры и исследования. Сельскому медицинскому персоналу может быть выделено свободное время как для непрерывного профессионального развития, так и для преподавания в рабочее время.

Также важно обеспечить, чтобы при осуществлении этой стратегии соблюдались права и достоинство членов сельской общины и медицинских работников. Поэтому вовлечение местного населения и поддержка заинтересованных сторон имеют решающее значение для успешной реализации этой стратегии.

Для обеспечения максимального влияния на набор специалистов в сельскую местность необходимо уделить приоритетное внимание отбору студентов, настроенных на работу в сельской местности. Учебная программа и местные условия могут определять продолжительность практики в сельской местности, но можно рассмотреть возможность многократных и более длительных ротаций, поскольку они могут дать студентам возможность стать частью сельской общины и получить межпрофессиональный опыт за пределами академической среды. Возможность «пустить корни» в сельской местности представляется важным аспектом ознакомления с сельской местностью, а также может способствовать укреплению доверия среди местного населения. В условиях, когда барьером может быть незнание местного языка, будет полезно предоставить студентам возможность выучить язык сельской общины.

Обучение, поддержка и вознаграждение инструкторов, кураторов и преподавателей необходимы для того, чтобы они могли эффективно выполнять свои функции. Эта рекомендация взаимосвязана с учебной программой, учитывающей особенности сельской местности (Рекомендация 4), и обеспечением благоприятных условий жизни и работы для медицинских работников, преподавателей и студентов (Рекомендации 11, 12 и 13), чтобы участники могли получить положительный опыт. Важно учитывать, каким образом эта стратегия способствует созданию многопрофильных сельских бригад.

3.4 Рекомендация 4. Согласовать подготовку медицинских работников с потребностями сельского здравоохранения

4. ВОЗ рекомендует включить темы сельского здравоохранения в программу обучения медицинских работников

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Укреплять социальную ответственность, позволяя развивать компетенции, необходимые в сельских и отдаленных районах.
- Включать темы по сельскому здравоохранению, в которых учитываются конкретные условия, в том числе сельская местность, эпидемиология, социальные и культурные аспекты сельской практики, а также практические аспекты, такие как транспортные проблемы.
- По возможности интегрировать темы сельского здравоохранения в текущие учебные курсы и включать темы сельского здравоохранения в учебные планы как сельских, так и городских учебных заведений по подготовке медицинских работников.
- Учитывать динамичный характер сельского здравоохранения и поддерживать актуальность путем изучения, оценки и обновления тем по сельскому здравоохранению

3.4.1 Обоснование рекомендации

Практика медицинских работников в сельской местности может отличаться от практики их городских коллег. В некоторых условиях, когда ресурсы ограничены, может потребоваться иной подход к клинической оценке и ведению больных. Учебные программы и результаты, ориентированные на сельскую местность, определенные в контексте удовлетворения потребностей сельского населения в медицинских услугах и содержащие темы сельского здравоохранения, могут вооружить студентов знаниями, установками, навыками и компетенциями, необходимыми для практики в сельской местности (100). Такое соответствие между учебными программами и результатами является ключевым для обеспечения готовности к практике в сельской местности. Образование, ориентированное на первичную медико-санитарную помощь или на общий подход, способствует подготовке практиков, желающих и способных работать в сельской местности (101).

Повышение доступности и компетентности медицинских работников в сельских и отдаленных районах, а также более оперативное реагирование медицинских работников на потребности сообщества были высоко оценены в качестве основных ценностей и результатов мероприятий по обеспечению кадровыми ресурсами здравоохранения и работы системы здравоохранения (47). Более полное удовлетворение потребностей общества в области здравоохранения должно повысить приемлемость медицинской помощи и повысить соблюдение принципа справедливости.

Качество фактических данных было низким, при этом в двух обсервационных исследованиях содержались

данные о положительном влиянии на обеспечение наличия медицинских работников в тех случаях, когда учебная программа соответствовала потребностям сельского здравоохранения (102, 103). В двух других обсервационных исследованиях было отмечено положительное влияние на компетентность (104, 105).

Влияние включения тем сельского здравоохранения в учебные программы для медицинских работников на развитие, привлечение, набор и удержание персонала рассматривалось как важное, в то время как затраты и нежелательные последствия были признаны незначительными. Ожидается положительное влияние на соблюдение принципа справедливости, в частности, в плане повышения доступности и приемлемости медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Несмотря на отсутствие прямых доказательств, предполагается, что затраты были на среднем уровне. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что вмешательство является весьма приемлемым и осуществимым (47). Ожидается весьма благоприятный баланс воздействий. Предлагаемая рекомендация считается надежной.

3.4.2 Вопросы практической реализации

Цель образования, основанного на компетенциях, заключается в том, чтобы результаты обучения, достигнутые медицинскими работниками в ходе учебных программ, позволили им оказывать медицинские услуги, отвечающие потребностям населения в районах, в которых эти медицинские работники будут практиковать. Для этого требуется подход, определяющий эти результаты в контексте потребностей населения сельских и отдаленных районов в области здравоохранения, а также услуг, входящих

в сферу практической деятельности. Результаты также должны отражать условия работы в сельской местности, например, наличие многопрофильных бригад первичной медико-санитарной помощи, использование телемедицины, а также культуры, обычаи и языки сельских общин. Необходимо развивать нетехнические, лидерские и коммуникативные навыки для формирования кадров первичной медико-санитарной помощи, способных эффективно взаимодействовать с сообществами для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах (60).

Пересмотр учебных программ медицинских учебных заведений должен осуществляться на основе межсекторального сотрудничества и вовлечения сообществ и заинтересованных сторон, в частности, министерства образования, сельских медицинских работников, профессиональных и регулирующих органов здравоохранения. Возможно, потребуется разработать минимальные требования к учебным курсам на страновом или субнациональном уровне с учетом профиля заболеваний, организации системы здравоохранения и социально-экономических условий, чтобы обеспечить социальную подотчетность.

Практика в сельской местности, из-за ограниченного доступа к другим медицинским работникам и специальностям, часто ассоциируется с более широким объемом практики (Рекомендация б), и это может

быть важным аспектом, который следует учитывать при разработке содержания курсов. Необходимость периодической переоценки и пересмотра учебных программ должна быть включена в соответствующую стратегию для обеспечения постоянной актуальности учебных программ.

Еще один вопрос, связанный с внедрением, заключается в том, имеют ли преподаватели непосредственный опыт работы в сельской местности. В условиях, когда это может быть проблематично, можно использовать виртуальные средства обучения. Помимо медицинской подготовки и знаний обучение может включать компетенции, необходимые для успешной практики в сельских или отдаленных районах, например, как проводить клиническую оценку и лечение без сложных инструментов и оборудования в обычных и экстренных случаях, а также как сотрудничать с другими специалистами и сообществами в сельских или отдаленных районах. Это также может включать определенное знакомство с культурой, обычаями, традициями и поведением сельских жителей, связанным с обращением за медицинской помощью.

Эта рекомендация дополняет политику привлечения студентов в сельские и отдаленные районы (Рекомендация 3), предоставляя им возможность реализовать и закрепить полученные знания.

3.5 Рекомендация 5. Содействовать непрерывному образованию медицинских работников в сельских и отдаленных районах

5. ВОЗ рекомендует разрабатывать программы непрерывного обучения и повышения профессиональной квалификации, отвечающие потребностям сельских медицинских работников, и обеспечивать доступ к ним, чтобы способствовать их удержанию в сельской местности.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Привлекать заинтересованные стороны, включая сельских работников здравоохранения, менеджеров здравоохранения, профессиональные регулирующие органы и ассоциации, а также учебные заведения при разработке или совершенствовании программ непрерывного обучения.
- Приспосабливать программы непрерывного обучения и повышения квалификации к потребностям сельских работников здравоохранения, привлекая к их разработке экспертов и лиц, имеющих опыт работы в сельской местности.
- Согласовывать медицинское образование со знаниями и опытом, необходимыми для оказания услуг, развития и продвижения карьеры в сельской местности.
- Укреплять связи между национальным, субнациональным и местным уровнями для своевременного обмена информацией, обучения и помощи медицинским работникам в сельских и отдаленных районах, особенно в случае чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения.

3.5.1 Обоснование рекомендации

Программы непрерывного образования и профессионального развития считаются жизненно важными для поддержания компетентности и повышения эффективности работы всех медицинских работников с целью обеспечения качества медицинской помощи. Медицинские работники в сельских и отдаленных районах часто испытывают трудности с доступом к этим программам, поскольку они обычно удалены от центров, которые их предлагают (7). Поэтому необходимо сосредоточиться на том, чтобы медицинские работники из сельских и отдаленных районов могли легко получить доступ к таким программам повышения квалификации.

Качество фактических данных для этого вмешательства было низким. Обсервационные исследования, посвященные работникам службы психического здоровья, медсестрам и врачам, продемонстрировали положительное влияние на обеспечение наличия медицинских работников. В четырех обсервационных исследованиях и исследовании ситуации с медсестрами и врачами, проведенном до и после мероприятия, было отмечено положительное влияние на набор и удержание персонала (106-109). Хотя в исследовании, посвященном работникам службы психического здоровья, не было обнаружено статистически значимой связи между восприятием непрерывного образования и ожидаемым удержанием на работе работников этой службы, было установлено, что эти факторы являются общими предикторами удовлетворенности работой (110). Существуют также фактические данные средней надежности, демонстрирующие, что доступ к непрерывному образованию или программам повышения квалификации способствует развитию компетентности, повышает уверенность в себе и улучшает результаты работы (111-114).

Таким образом, ожидается, что данное вмешательство окажет положительное влияние на соблюдение принципа справедливости в доступе к компетентным медицинским работникам. Опрос заинтересованных сторон о целесообразности и приемлемости показал, что данное вмешательство является весьма целесообразным и приемлемым. Хотя прямых доказательств выявлено не было, предполагается, что затраты ресурсов на него могут быть средними. Учитывая положительный баланс воздействия, первостепенную важность обеспечения качества медицинской помощи и ожидаемое положительное влияние на доступность медицинских работников, эта рекомендация была признана надежной.

3.5.2 Вопросы практической реализации

Важность непрерывного повышения квалификации может зависеть от возраста или этапа профессионального цикла, количества лет работы в сельской практике, других профессиональных составляющих, таких как регулирование и лицензирование (115), меняющихся потребностей в услугах, новых подходов к уходу и появляющихся фактических данных. Поэтому

в рамках реализации данной стратегии непрерывное образование и повышение квалификации должны соответствовать условиям, в которых предоставляются и организуются услуги. Это требует участия местных органов здравоохранения, работников сельского здравоохранения, руководителей служб здравоохранения и профессиональных регулирующих органов.

Кроме того, программы непрерывного образования и профессионального развития должны быть доступны для медицинских работников там, где они живут и работают. По возможности следует использовать цифровые инструменты и средства дистанционного обучения для обеспечения доступа к таким программам, позволяя медицинским работникам приспосабливать свое обучение к работе и домашней жизни. Однако очное обучение по-прежнему актуально, когда основное внимание уделяется развитию конкретных навыков. Следует также рассмотреть вопрос о том, следует ли выделять отдельное и оплачиваемое время для непрерывного образования, и следует ли компенсировать такую деятельность, чтобы избежать перегрузки медицинских работников, особенно тех, кто сталкивается с более высокими затратами времени на дорогу или с проблемой неудовлетворенности потребностей местного населения в медицинских услугах. Возможно, местному населению придется разъяснить важность непрерывного повышения квалификации медицинских работников, а также то, когда и для чего им выделяется свободное время. Непрерывное образование и повышение квалификации в дополнение к приобретению знаний и навыков может также служить платформой для взаимодействия сельских работников здравоохранения друг с другом, что позволяет поддерживать профессиональные сети и социальные контакты. Такая политика может помочь уменьшить чувство социальной или профессиональной изоляции, которое могут испытывать сельские медицинские работники (116).

При реализации этой стратегии можно использовать местные и субнациональные подходы для объединения различных сельских медицинских работников с целью укрепления сплоченности бригад первичной медико-санитарной помощи и разработки местных протоколов оказания помощи (60), при этом потенциально можно получить выгоду за счет эффекта масштаба.

При реализации этой стратегии следует уделить внимание тому, как будут пересматриваться программы для поддержания актуальности, например, путем изучения, оценки и обновления программ непрерывного образования и повышения квалификации на местном уровне.

Согласование программ с расширенными сферами практики (Рекомендация 6) и путями карьерного роста (Рекомендация 15) может помочь обеспечить взаимосвязь между разными стратегиями.

3.6 Рекомендация 6. Обеспечить сельским медицинским работникам возможность расширить сферу своей практической деятельности, чтобы лучше удовлетворять потребности местного населения

6. ВОЗ предлагает ввести и регулировать расширенные сферы практической деятельности для медицинских работников в сельских и отдаленных районах

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Взаимодействовать с заинтересованными сторонами, включая медицинских работников, органы профессионального регулирования, профессиональные ассоциации, медицинские учреждения, учебные заведения и местные сообщества, при планировании расширенных объемов практической деятельности с учетом потребностей населения и имеющихся ресурсов.
- Обеспечить адекватную компенсацию за расширенные объемы практической деятельности и работу на высшем уровне.
- Регулировать существующие расширенные или новые области практической деятельности сельских медицинских работников.
- Обеспечить наличие соответствующего надзора, поддержки и системы переадресации для сельских работников здравоохранения с расширенным объемом практической деятельности.

3.6.1 Обоснование рекомендации

Объем практической деятельности в широком смысле определяется как объем медицинских услуг, которые отдельный медицинский работник имеет право выполнять в силу наличия профессиональной лицензии, регистрации или сертификата (117), или просто предел, до которого закон, организация или работодатель разрешают медицинскому работнику оказывать медицинскую помощь, используя процедуры, основанные на компетенции и опыте (118). На объем практики влияют такие факторы, как потребности общества или потребителей, потребности в рабочей силе, финансовая и экономическая мотивация (117). В сельских и отдаленных районах доступ к различным видам медицинских работников ограничен. Это часто вынуждает имеющихся медицинских работников оказывать услуги, иногда выходящие за рамки их формальной подготовки, чтобы удовлетворить более широкие потребности своих сообществ. Выполнение таких функций без соответствующей подготовки и контроля может поставить под угрозу качество медицинской помощи.

Качество фактических данных для этого вмешательства было низким. В ходе анализа было выявлено четыре обсервационных исследования, все из стран с высоким уровнем дохода, посвященных врачам, практикующим медсестрам и помощникам врачей. Во всех них

сообщалось о положительном влиянии расширения сферы практической деятельности и возможности работать на высшем уровне на наличие сельских медицинских работников. Кроме того, есть некоторые данные, свидетельствующие о том, что расширение сферы практики может привести к повышению удовлетворенности работой (119). Существуют также убедительные доказательства того, что качество медицинской помощи не страдает, когда услуги предоставляются соответствующим образом подготовленными медицинскими работниками с расширенным объемом практики (120, 121). Из обзора фактических данных были исключены исследования, оценивающие делегирование полномочий, целью которых была замена одной группы медицинских работников другой, поскольку делегирование полномочий может негативно повлиять на стремление к созданию новых мультидисциплинарных команд в сельской практике. За исключением этого случая, баланс эффектов свидетельствует в пользу вмешательства. Данные свидетельствуют о том, что вмешательство считается осуществимым и приемлемым для заинтересованных сторон (47). Однако негативные последствия, такие как снижение качества медицинской помощи и усиление эффекта выгорания, могут возникнуть, если эта стратегия не будет реализована должным образом. Необходимые ресурсы будут зависеть от контекста и принятой модели обучения, контроля и вознаграждения. ГРПП выделила важные вопросы практической реализации. Была принята условная рекомендация.

3.6.2 Вопросы практической реализации

Министерствам здравоохранения необходимо работать с регулирующими органами, профессиональными ассоциациями, медицинскими учебными заведениями и другими заинтересованными сторонами, чтобы четко определить компетенции, границы и руководящие принципы для расширенных сфер практической деятельности, основанных на потребностях населения в области здравоохранения и четких моделях ухода. Такое определение ролей и обязанностей будет способствовать функционированию междисциплинарных команд, которые необходимы для улучшения сельского здравоохранения. Некоторые группы медицинских работников могут столкнуться с сопротивлением, поэтому в рамках этого процесса необходимо озвучить и тщательно рассмотреть мнения и проблемы всех заинтересованных сторон. Модели оказания услуг, ориентированные на человека, должны быть эффективно внедрены и обеспечены ресурсами, чтобы выявить преимущества других специалистов, тем самым смягчая любые представления об угрозе рабочим местам или снижении качества обслуживания. В таких случаях исполнителям необходимо рассмотреть возможность обеспечения адекватного образования, обучения в междисциплинарной команде и поддерживающего надзора (122).

При реализации этой стратегии следует также рассмотреть вопрос о поддержке и замене медицинских работников, которые проходят обучение для расширения сферы своей практики по месту работы или за его пределами. Также имеет значение, как эта стратегия связана с национальной политикой здравоохранения и политикой, способствующей созданию хороших условий труда и поддерживающего контроля (Рекомендация 13), чтобы обеспечить обоснованную и соответствующую нагрузку на медицинских работников, выделение времени, отведенного на обучение, контроль и доступность ресурсов, а также оптимизацию командной работы.

Эта стратегия может быть лучше всего реализована наряду с политикой, касающейся введения различных типов медицинских работников (Рекомендация 7), и политикой признания заслуг (Рекомендация 17). Это может помочь обеспечить признание вклада и услуг, которые они оказывают в отдаленных и сельских районах, для всех тех, кто оказывает расширенные объемы услуг. Наконец, привлекательность переезда в отдаленные и сельские районы, вероятно, возрастет, если должность предусматривает доступ к дальнейшему образованию и обучению, которые связаны с четким карьерным ростом (Рекомендации 5 и 15), и соответствующее привлекательное вознаграждение (Рекомендация 10).

3.7 Рекомендация 7. Расширить спектр медицинских специальностей для удовлетворения потребностей в услугах здравоохранения в сельских районах.

7. ВОЗ предлагает ввести различные типы медицинских работников для работы в сельской местности, чтобы удовлетворить потребности населения на основе моделей предоставления услуг, ориентированных на человека.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Необходимо убедиться, что новые медицинские работники имеют соответствующее образование и подготовку.
- Следует рассмотреть возможность регулирования для обеспечения высокого качества обслуживания.
- Приоритетным является набор различных типов медицинских работников, обладающих соответствующими навыками для удовлетворения потребностей сельского здравоохранения.
- Способствовать развитию многопрофильных команд, дополняя и укрепляя местную систему здравоохранения, а не заменяя или вытесняя существующие кадры.
- Привлекать местные органы здравоохранения, местные органы власти, неправительственные организации, медицинские учебные заведения и сообщества к внедрению новых профессий медицинских работников в сельских и отдаленных районах.
- Поддерживать междисциплинарное образование и практику, чтобы способствовать применению командного подхода к оказанию помощи.
- Обеспечить четкое распределение ролей и обязанностей по профессиям медицинских работников.
- Обеспечить эффективные коммуникационные связи между различными типами медицинских работников для повышения качества обслуживания, безопасности пациентов и непрерывности ухода.
- Сотрудничать между секторами, такими как здравоохранение, образование, финансы, государственная служба и трудовые ресурсы, для содействия образованию и трудоустройству медицинских работников с новыми специальностями.

3.7.1 Обоснование рекомендации

В связи с растущей нехваткой медицинских работников в сельских и отдаленных районах и ростом неудовлетворенных потребностей, данные, полученные в начале 2000-х годов, свидетельствуют о том, что медицинские работники, особенно те, которых можно быстро подготовить и легче распределить и удержать в сельской местности (например, клинические работники, прошедшие ускоренную медицинскую подготовку), могут играть существенную роль в предоставлении услуг в сельских и отдаленных районах (123). Были получены убедительные подтверждающие данные о том, что подготовка различных типов медицинских работников, например, общинных медицинских работников, может привести к улучшению показателей здоровья (124).

Качество фактических данных для этого вмешательства было низким. Пять обсервационных исследований в странах всех уровней доходов показали значительное положительное влияние на обеспечение наличия сельских медицинских кадров при подготовке различных типов медицинских работников. Было установлено, что в результате подготовки соответствующих медицинских работников различных специальностей увеличивается количество и, следовательно, расширяется доступ к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах. Результаты систематического обзора ценностей, приемлемости и осуществимости свидетельствуют о том, что может возникнуть конкуренция и стресс в связи с продвижением новых специальностей, что может негативно повлиять на качество услуг, если отсутствует соответствующая инфраструктура для реализации этой политики (125–127).

Баланс эффектов был признан благоприятным для данного вмешательства. Несмотря на потенциально значительное влияние этой политики в случае ее принятия, ее реализация требует тщательного подхода, с учетом ресурсных затрат, необходимых для устойчивого обучения, регулирования и найма различных типов медицинских работников в соответствии с потребностями сельского населения. Данные по осуществимости указывают на то, что существует несколько вопросов практической реализации, которые могут повлиять на то, насколько осуществима эта политика вообще, а общая осуществимость варьируется в зависимости от контекста. Была принята условная рекомендация.

3.7.2 Вопросы практической реализации

При планировании и реализации данного вмешательства следует тщательно учитывать местный контекст и долгосрочную устойчивость политики по внедрению специальностей медицинских работников в сельской местности. Реализация должна осуществляться с привлечением всех соответствующих заинтересованных сторон на местном уровне, работников здравоохранения и органов регулирования здравоохранения, членов сообщества, образовательных учреждений и государственных служб, финансовых министерств

и национальных органов власти. Следует рассмотреть общесистемные последствия использования новых типов медицинских работников. Для усиления управления кадровыми ресурсами здравоохранения и социальной ответственности новые типы медицинских профессий должны быть с самого начала включены в местные системы здравоохранения, исходя из потребностей местного населения и на основе стратегического планирования услуг, включая определение того, где, когда и какие услуги необходимы.

При планировании такого вмешательства в первую очередь необходимо учитывать потребности местного населения, имеющиеся ресурсы, время и стоимость обучения, а также возможности для привлечения, набора, распределения и удержания кадров в сельских и отдаленных населенных пунктах (123, 128), с целью создания надежных многопрофильных бригад первичной медико-санитарной помощи. Имеющиеся данные подтверждают, что отдаленные населенные пункты в большей степени зависят от общинных медицинских работников (43, 44), и что процесс подготовки медицинских кадров выигрывает от распределения и поддержки медицинских работников, которых также можно обучать на местном уровне, таких как общинные медицинские работники, общественные помощники и клинические работники с ускоренной медицинской подготовкой. Важным аспектом реализации является выяснение ценностей и предпочтений местного населения в отношении гендерной принадлежности работников здравоохранения, что было определено как фактор, влияющий на развитие доверительных отношений между членами местного сообщества и работниками здравоохранения, причем женщины обычно предпочитают обслуживаться у медработников-женщин (129). Руководство ВОЗ по поддержке политики и систем здравоохранения с целью оптимизации программ в отношении общинных работников здравоохранения (130) является важным инструментом, к которому следует обращаться при внедрении должности общинных работников здравоохранения.

При введении новых типов медицинских работников следует руководствоваться принципами справедливого и достойного труда, соответствующего вознаграждения и права на социальную защиту. Профорентация, поддержка и контроль должны быть компонентами стратегии (Рекомендация 13). Следует обеспечить четкое информирование о правах, функциях и обязанностях, как в коллективах медицинских работников, так и в сообществе. Следует рассмотреть возможность реализации данного мероприятия наряду с политикой набора студентов из сельской местности (Рекомендация 1), размещения учебных заведений для медицинских работников ближе к сельским районам (Рекомендация 2), внедрения учебной программы, соответствующей местным условиям (Рекомендация 4), и обеспечения непрерывного обучения и поддержки (Рекомендации 5, 11, 12 и 13).

3.8 Рекомендация 8. Обеспечить, чтобы в соглашениях об обязательной отработке были соблюдены права работников здравоохранения и чтобы эти требования сопровождалась соответствующей поддержкой и стимулами.

8. ВОЗ признает, что во многих государствах-членах приняты соглашения об обязательной отработке. Если требования о такой обязательной отработке в сельских и отдаленных районах существуют, ВОЗ считает, что при этом должны быть соблюдены права работников здравоохранения и что эти требования должны дополняться справедливым, прозрачным и равноправным управлением, поддержкой и мерами стимулирования

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- При использовании соглашений об обязательной отработке для удовлетворения потребностей сельских и отдаленных районов в медицинском обслуживании следует обеспечить, чтобы их успех и связанная с этим реализация права на здоровье были сбалансированы со свободой передвижения медицинских работников с учетом их более широких прав и обязанностей.
- Привлекать работников здравоохранения и местное население к разработке и пересмотру политики в отношении обязательной отработки.
- Обеспечить поддержку и надзор для работников здравоохранения во время обязательной отработки.
- Обеспечить достойные, безопасные и благоприятные условия труда; стимулировать медицинских работников и учитывать конкретный контекст и условия их работы.
- Содействовать проведению тщательных исследований по оценке воздействия данного вмешательства.

3.8.1 Обоснование рекомендации

В 2010 году примерно 70 стран использовали схемы обязательной отработки (или применяли их ранее) от минимум одного года до максимум девяти лет, направляя работников здравоохранения в сельские и отдаленные районы (131). Обязательная отработка – это обязательное распределение медицинских работников (хотя такие схемы используются и для других специальностей, в основном работников государственного сектора, таких как учителя, военнослужащие, юристы и инженеры) в отдаленные и сельские районы на определенный период времени с целью обеспечения доступности услуг в этих районах. Такая практика либо устанавливается правительством, либо связана с другими мерами, такими как получение лицензии на право заниматься практической деятельностью (8). Хотя многие рассматривают это как выполнение общественного долга, некоторые медицинские работники возражают против программ обязательной отработки. Возражения против обязательной отработки в сельской местности объясняются плохим уровнем обслуживания в сельской

местности, отсутствием транспорта, плохими условиями жизни и работы; в то время как поддержка в виде оплаты труда, жилья, доступа к постоянному профессиональному развитию, клинической или кураторской поддержке способствуют благоприятному опыту (132). Данная рекомендация направлена на создание основ для повышения эффективности обязательной отработки. То есть, в рекомендации речь идет не о том, должна ли существовать обязательная отработка как таковая, а о том, как она может способствовать удержанию медицинских работников, если этот метод существует и является социально приемлемым.

Качество фактических данных для этого вмешательства низкое, и данные о влиянии обязательной отработки на удержание медицинских работников остаются ограниченными. Однако по данным некоторых исследований, участники считали этот опыт одновременно сложным и полезным, что в целом оказало положительное влияние на их компетенции (132, 133).

ГРПП была единодушна в том, что крайне важно учитывать права медицинских работников в случае обязательной отработки в качестве стратегии набора для обеспечения доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах. ГРПП сочла необходимым дать рекомендации многим государствам-членам, применяющим обязательную отработку, чтобы максимально эффективно использовать этот директивный подход. Соглашения об обязательной отработке, вероятно, будут содействовать соблюдению принципа справедливости в сфере здравоохранения для местного населения; однако их приемлемость и осуществимость были относительно низкими. ГРПП предложила условную рекомендацию, направленную на то, чтобы призвать государства-члены тщательно рассмотреть вопрос о том, как реализуется такая политика, наряду с мерами поддержки, обеспечивающими соблюдение прав работников здравоохранения.

3.8.2 Вопросы практической реализации

Правительства, применяющие эту стратегию, должны быть привержены тому, чтобы работа в сельской местности была позитивным опытом для медицинских работников и обеспечивала соблюдение их прав. Это поможет усилить долгосрочное воздействие на удержание кадров.

Очевидно, что в случае использования соглашений об обязательной отработке они должны быть частью более широкой стратегии, которая способствует развитию практики в сельской местности в сочетании с рядом вспомогательных мер, в частности, мер по

поддержке и подготовке медицинских работников к работе в сельских районах; мер по поощрению учебных заведений к подготовке медицинских работников в сельской местности (Рекомендация 2); мер по внедрению учебных программ, учитывающих особенности сельской местности (Рекомендация 4); мер по облегчению доступа к постоянному повышению квалификации (Рекомендация 5); и мер по использованию соответствующих стимулов, особенно для медработников, которых направляют в отдаленные районы (Рекомендация 10). Политика обязательной отработки должна быть дополнена усилиями по улучшению условий жизни (Рекомендация 11), созданию безопасных условий работы (Рекомендация 12), хорошим условиям труда с поддерживающим контролем (Рекомендация 13) и обеспечению общественного признания (Рекомендация 17).

Особое внимание следует уделить тому, чтобы эти программы обеспечивали достойные условия труда и чтобы вопросы психического благополучия и профессионального здоровья и безопасности медицинских работников, выполняющих обязательства по обязательной службе, занимали приоритетное место.

Требование к обязательной отработке может по-разному влиять на определенных лиц или профессиональные группы, поэтому необходимо уделять должное внимание гендерным вопросам, вопросам равенства и прав человека. Необходимо обеспечить прозрачность и справедливость процесса и соблюдать руководящие принципы назначения на должности.

3.9 Рекомендация 9. Увязать субсидии на iv образование для работников здравоохранения с соглашениями об обязательной отработке в сельских и отдаленных районах.

9. ВОЗ предлагает предоставлять работникам здравоохранения стипендии, пособия или другие образовательные субсидии с заключением соглашений об отработке

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Следует принимать во внимание права, роли и обязанности медицинского работника, работодателей, образовательных учреждений и правительства.
- Обеспечить надлежащий контроль и поддержку медицинских работников, выполняющих свои обязанности.

3.9.1 Обоснование рекомендации

Во многих странах высшее образование в государственных учебных заведениях требует самофинансирования за счет платежей из собственных средств или других вариантов финансирования, таких как студенческие кредиты. В качестве альтернативы обязательной отработке правительства по всему миру предлагают студентам медицинских специальностей стипендии, пособия, ссуды или другие формы субсидий для покрытия расходов на образование и обучение в обмен на соглашение о работе в сельских или отдаленных районах в течение определенного периода после получения квалификации. Качество фактических данных для этого вмешательства было низким. В систематическом обзоре программ из стран с высоким уровнем дохода, в основном предназначенных для студентов-медиков, анализировалась эффективность финансовых стимулов, предоставляемых в обмен на оказание медицинских услуг в недостаточно обслуживаемых районах, в том числе сельских (134). В 18 исследованиях эти схемы были связаны с показателями удержания, которые варьировались от 12% до 90% участников, оставшихся в недостаточно обслуживаемых районах после завершения обязательной отработки. Еще три обсервационных исследования показали положительное влияние на доступность и удержание различных типов медицинских работников (135-137). Однако большинство данных получено в странах с высоким уровнем дохода и высокими расходами на высшее образование.

Было сочтено, что баланс между преимуществами и нежелательными эффектами от внедрения данного вмешательства зависит от продолжительности работы, наличия возможности отказаться от отработки (за счет уплаты определенной суммы), а также условий жизни и работы. Могут возникнуть нежелательные последствия, если недавним выпускникам не будет обеспечена адекватная поддержка и контроль, что негативно скажется на качестве ухода и соблюдении принципа справедливости. Такая политика воспринимается как приемлемая и осуществимая. Учитывалась возможность

обобщения эффекта для стран с низким и средним уровнем дохода. Исходя из этого, была принята условная рекомендация.

3.9.2 Вопросы практической реализации

При реализации политики предоставления стипендий, пособий или других субсидий на образование при заключении соглашений об обязательной отработке необходимо учитывать права, роли и обязанности медицинских работников, работодателей, образовательных учреждений и правительства. Поэтому важно обеспечить вовлечение местного населения и участие соответствующих заинтересованных сторон.

В качестве механизма выполнения обязательств по обязательной отработке исполнители могут рассмотреть возможность использования договорных соглашений. Кроме того, если существует возможность платного освобождения от обязательной отработки, то медицинский работник должен будет выплатить определенную сумму (с учетом инфляции), чтобы освободиться от этого обязательства (138).

Политика субсидирования образования по соглашениям об обязательной отработке должна быть согласована с политикой привлечения студентов из сельской местности (Рекомендация 1); организации обучения ближе к сельской местности (Рекомендация 2); разработки учебных программ с учетом сельских реалий (Рекомендация 4); и обеспечения доступа к непрерывному образованию (Рекомендация 5). Кроме того, чтобы адекватно подготовить учащихся к практике в сельских или отдаленных районах, будет полезно рассмотреть возможность обучения, охватывающего более широкий спектр практических дисциплин (Рекомендация 6). Для повышения вероятности удержания специалистов после окончания обучения следует обратить внимание на условия проживания (Рекомендация 11), создание хороших условий труда и вспомогательный надзор (Рекомендация 13), а также на обеспечение общественного признания (Рекомендация 17).

3.10 Рекомендация 10. Предоставить пакет привлекательных стимулов, чтобы повлиять на решение медицинских работников переехать в отдаленный или сельский район или остаться там работать.

10. ВОЗ рекомендует использовать комплекс стабильных финансовых и нефинансовых стимулов для медицинских работников, работающих в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- При разработке пакета стимулов взаимодействовать с местным сообществом, органами власти и медицинскими работниками.
- Обеспечить четкую политическую основу, в которой будут тщательно определены области и регионы, а также профессии, дающие право на получение стимулов.
- Обеспечить прозрачность, эффективное управление, регулярность и своевременность реализации пакета стимулов.

3.10.1 Обоснование рекомендации

Вознаграждение и стимулы влияют на выбор людьми места работы. Результаты ряда исследований показывают, что заработная плата и пособия являются ключевыми факторами, влияющими на решение медицинских работников остаться в сельской местности или уехать оттуда (139-143). К стимулам относятся все льготы, выплачиваемые или предоставляемые медицинским работникам для привлечения их к работе в сельских и отдаленных районах, будь то денежные выплаты или льготы в натуральной форме (бесплатное жилье или транспорт).

Качество фактических данных для данного вмешательства было низким. Однако в нескольких

исследованиях отмечается, что зарплаты и пособия положительно влияют на решение медицинских работников переехать в сельскую местность (или остаться там работать). Эти данные охватывают широкий спектр стран (144-147) и профессий медицинских работников, включая врачей, медсестер, акушеров и помощников сельских врачей, физиотерапевтов, специалистов по гигиене труда, логопедов и дефектологов, радиологов, диетологов и руководителей многопрофильных бригад. Исследования показывают положительное влияние финансовых стимулов на привлечение и удержание медицинских работников в сельской местности как в краткосрочной, так и в среднесрочной перспективе. Большинство из них статистически значимы, но размер желаемого эффекта, вероятно, зависит от самого набора стимулов.

Было установлено, что степень желаемого воздействия на набор и удержание персонала может варьироваться от средней до значительной. Было отмечено, что желаемые эффекты варьировались в зависимости от профессиональной группы, возраста и этапа карьеры медицинских работников. Кроме того, размер и объем набора стимулов (включение финансовых и нефинансовых стимулов, влияющих только на работу или на условия работы и жизни) были признаны важным фактором величины полученного эффекта и поэтому должны быть тщательно рассмотрены. Систематический обзор ценностей, приемлемости и осуществимости предполагает, что нежелательным эффектом стимулирующих мер является потенциальная вероятность того, что они могут стать источником напряженности или конфликта между районами при несправедливом применении (148). Такие же ситуации могут возникать и между группами медицинских специалистов. Эти нежелательные эффекты считались номинальными, поскольку их перевешивало положительное влияние на доступ к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах. Таким образом, общий баланс эффектов оказался в пользу вмешательства. Учитывая доказательства того, что стимулы оказывают положительное влияние на привлечение медицинских работников в сельские и отдаленные районы, особенно если они направлены на определенные группы медицинских работников или сочетаются с другими стратегиями удержания, а также принимая во внимание средние затраты, был определен положительный баланс эффектов. Эта рекомендация была сочтена надежной.

3.10.2 Вопросы практической реализации

При реализации этой политики важно понимать «цену выбора» (то есть упущенную выгоду для медицинского работника, связанную с переездом в другое место) работы в сельских и отдаленных районах. Следует подумать о возможности проведения таких исследований, как анализ дискретного выбора и рынка труда в сфере здравоохранения. Такие анализы могут сыграть важную роль в разработке схем стимулирования и понимании требований, ожиданий и предпочтений медицинских работников. После внедрения стимулов важно проводить мониторинг и оценку этих программ и при необходимости пересматривать программы стимулирования.

Важно, чтобы принятая программа была устойчивой. Стимулы должны быть разработаны на основе финансовой устойчивости и справедливости для различных медицинских профессий. В их разработке должны принимать участие соответствующие заинтересованные стороны, включая представителей местного сообщества.

Политическая приверженность справедливому доступу к здравоохранению для сельского населения имеет

решающее значение. При наличии политической воли на высоком уровне комплекс мер по стимулированию может финансироваться из различных источников и секторов, таких как министерства развития, труда, финансов и образования, с целью увеличения ресурсов, имеющихся в бюджете здравоохранения. Помимо дополнения к основным окладам и пособиям, можно использовать и другие стимулы: кредиты или гранты на жилье и транспорт (149), дополнительный отпуск, спонсорство аспирантов, ускорение продвижения по службе, страховое покрытие, налоговые льготы и субсидии на образование для медицинских работников и их семей, а также возможности трудоустройства для их супругов. Наборы стимулов должны быть тщательно изучены для оценки затрат и преимуществ каждого варианта.

Для достижения максимального эффекта данная политика может быть направлена на определенные группы медицинских работников, которые более позитивно воспримут такие стимулы, например, на недавних выпускников (150, 151) и безработных или не полностью занятых медицинских работников. Поскольку стимулы влияют на набор персонала, для достижения максимального результата соответствующую политику следует сочетать с другими стратегиями удержания, включая стратегию, направленную на студентов и медицинских работников из сельской местности (Рекомендация 1); поощрение расширенного объема практики (Рекомендация 6); создание дополнительных профессиональных групп медицинских работников (Рекомендация 7); улучшение условий жизни сельских медицинских работников и их семей (Рекомендация 11); обеспечение поддерживающего кураторства, которое крайне необходимо недавним выпускникам и новым сельским медработникам, или привлечение местного персонала на время отпуска штатных медицинских работников (Рекомендация 13); а также меры по обеспечению непрерывного повышения квалификации (Рекомендация 14).

Следует тщательно рассмотреть возможные непредвиденные последствия применения стимулов. К ним относятся увеличение затрат и административного бремени, вопросы отсутствия прозрачности и осведомленности о праве на участие в программах, задержки выплат, а также вопросы справедливости, включая вероятность нечестного распределения средств и возникновения разногласий в коллективах или в сообществе (140, 152, 153).

3.11 Рекомендация 11. Улучшить жилищные условия в сельских и отдаленных районах.

11. ВОЗ рекомендует инвестировать в сельскую инфраструктуру и услуги для обеспечения достойных условий жизни медицинских работников и их семей.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Следует привлекать медицинских работников, их семьи и сельские сообщества к разработке мероприятий, направленных на удовлетворение их потребностей.
- Необходимо учитывать вопросы санитарии, электроснабжения, проживания, телекоммуникаций, доступа к Интернету, наличия школ, обеспечения охраны и безопасности, а также другие аспекты условий жизни, соответствующие местным условиям.
- Обеспечить межсекторальное сотрудничество в области здравоохранения, образования, транспорта, связи, энергетики, финансов и социально-экономического развития.

3.11.1 Обоснование рекомендации

Сельские и отдаленные районы зачастую ассоциируются с изоляцией. Когда студентов, молодых выпускников и работников здравоохранения спрашивают, какие факторы больше всего влияют на их выбор места работы, они отмечают необходимость поддержки (8). Основными сферами поддержки на личном уровне являются хорошая инфраструктура (например, жилье, водопровод, электричество, дороги и доступ в Интернет), возможности социального взаимодействия, школьное образование для детей и работа для супругов.

Исследования показывают, что недостаток или отсутствие основных удобств негативно влияет на привлечение, набор и удержание медицинских работников в сельских и отдаленных районах (66, 149, 154, 155). Однако качество фактических данных для данного вмешательства оказалось низким, поскольку крупномасштабных программ по удержанию, ориентированных исключительно на использование этой стратегии проводилось крайне мало (27). Следовательно, трудно выделить ее индивидуальное воздействие на привлечение, набор и удержание, поскольку результаты применения этого вмешательства обычно рассматривались как часть исследований более масштабных программ по удержанию персонала (156, 157).

ГРПП подчеркнула, что эти стратегии поддержки касаются основных потребностей медицинских работников, таких как комфортное и безопасное жилье для работников, студентов, стажеров и их семей. Если эти вопросы не решены, это может подорвать общие усилия по набору и удержанию персонала. Считается, что цена невыполнения таких стратегий очень высока и, скорее всего, приведет к нехватке сельских медицинских работников и увеличению неравенства в долгосрочной перспективе. Если не решать вопросы условий жизни в сельских и отдаленных районах, это может подорвать другие стратегии по улучшению набора и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Улучшение инфраструктуры в сельской местности не только положительно влияет на сектор здравоохранения, но и имеет потенциальные сопутствующие преимущества для развития сельских районов в целом. Опрос заинтересованных сторон показал очень высокую степень приемлемости. Это подтверждается данными шести исследований в систематическом обзоре приемлемости (27, 148, 158-161). Кроме того, это вмешательство считается осуществимым. Считается, что эта политика имеет решающее значение для привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах, что дает преимущества не только в области здравоохранения. Данная рекомендация была сочтена надежной.

3.11.2 Вопросы практической реализации

При реализации данного мероприятия следует учитывать все профессии, связанные со здравоохранением. Очень важно привлечь все соответствующие заинтересованные стороны, включая местное население, к планированию и реализации данного мероприятия, чтобы минимизировать недовольство между прямыми и не прямыми получателями помощи. Чем более труднодоступным является населенный пункт, тем больше внимания следует уделять условиям жизни, чтобы увеличить число медицинских работников, которых можно нанять и удержать в этом населенном пункте.

Санитария, электричество, жилье, телекоммуникации, доступ в Интернет, школы, охрана и безопасность, а также другие аспекты условий жизни, соответствующие контексту, должны быть приняты во внимание с учетом конкретных условий при разработке

политики, которая рассматривается медицинскими работниками, их семьями и сельскими общинами как приемлемая и осуществимая. При реализации мер этой политики следует учитывать интересы семей сельских медицинских работников, например, предоставляя помощь в трудоустройстве супругов, а также возможности для образования и отдыха детей, поскольку, как было показано, это положительно влияет на сохранение кадров (162).

Еще одним положительным фактором является межсекторальное сотрудничество. Ресурсы для этого могут быть получены из различных источников, включая местное и внешнее финансирование, что обуславливает важность многосекторального подхода при планировании и реализации данных мероприятий. Для обеспечения устойчивости реализации этой политики необходимо учесть все затраты, включая капитальные и эксплуатационные расходы.

3.12 Рекомендация 12. Обеспечить безопасные условия работы в медицинских учреждениях в сельских и отдаленных районах.

12. ВОЗ рекомендует обеспечить безопасные и надежные условия труда для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Защищать работников здравоохранения от насилия, профессиональных рисков, преследования и сексуальных домогательств.
- Оказывать психосоциальную и психиатрическую поддержку сельским медицинским работникам.
- Учитывать, каким образом насилие, преследования и издевательства на рабочем месте соотносятся с соответствующими стратификационными характеристиками личности, такими как профессия, гендер, возраст, класс, этническая принадлежность, миграционный статус, гражданское состояние, язык, сексуальная принадлежность, инвалидность и религия.
- Содействовать доступу к соответствующим мерам по охране труда и технике безопасности, и профилактике инфекций, а также обучению, в частности, доступу к необходимому оборудованию и материалам, включая средства индивидуальной защиты.
- Отслеживать и устранять недостатки в сфере безопасности условий труда, особенно во время чрезвычайных ситуаций, таких как вспышки инфекционных заболеваний или локальные катастрофы.

3.12.1 Обоснование рекомендации

Чувство безопасности и защищенности на рабочем месте при оказании медицинских услуг является одним из мотивирующих факторов для медицинских работников в сельских и отдаленных районах; если такие условия не обеспечены или недостаточно обеспечены, это может привести к оттоку медицинских работников из таких районов (163, 164).

Охрана труда – это междисциплинарная деятельность, направленная на предотвращение несчастных случаев на работе или профессиональных заболеваний путем устранения связанных с характером работы факторов и ситуаций, опасных для здоровья и безопасности; это также включает содействие здоровому и безопасному труду и условиям работы; повышение физического, психического и социального благополучия работников для поддержания их работоспособности (165). Это подразумевает защиту от насилия на рабочем месте, включая случаи злоупотреблений, угроз или нападений на медицинских работников в обстоятельствах, связанных с их работой (включая поездки на работу и с работы), которые ставят под угрозу их безопасность (166). Такие инциденты могут включать физическое или психологическое насилие в форме нападения, оскорбления, издевательства, нападения, сексуального преследования, расового преследования или угроз (166).

Среди проблем безопасности на сельских рабочих местах – работа в изоляции, большие расстояния между домом медицинского работника, местом работы и домами пациентов, иногда по опасным дорогам, плохая связь, стресс, связанный с работой, логистические трудности, связанные с направлением пациентов, социальная изоляция и отношение к приезжим как к чужакам, если они не являются выходцами из местного сообщества, где они работают (167). Насилие или агрессия могут быть вертикальными (со стороны лица, наделенного властью, в отношении лиц более низкого ранга) или горизонтальными (между отдельными лицами или группами по отношению к своим коллегам). В Австралии 86% медсестер из отдаленных районов сталкивались с насилием или агрессией в течение года, по сравнению с 43% городских медсестер (163). Эти проблемы безопасности в сочетании с более высокими требованиями и нагрузкой на имеющийся сельский персонал приводят к стрессу и выгоранию (163).

В то же время качество фактических данных для этого вмешательства оказалось низким. Безопасность и защита – это повторяющиеся темы, влияющие на доступность медицинских работников в сельской местности (64–65). Обсервационные исследования по различным медицинским профессиям показывают, что реальное или предполагаемое отсутствие безопасности мешает оказанию услуг и увеличивает отток персонала (65, 154). Безопасность условий труда является всемирно признанным правом человека, поэтому считается, что

ее обеспечение имеет большое значение для развития, привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельской местности. Эта рекомендация была признана вполне приемлемой и выполнимой. В ходе опроса заинтересованных сторон женщины сочли это вмешательство статистически более приемлемым, чем мужчины (47). Таким образом, внимание к гендерным аспектам данного вмешательства может оказать положительное влияние на соблюдение принципа справедливости. Баланс эффектов свидетельствует в пользу вмешательства. Эта рекомендация была сочтена надежной.

3.12.2 Вопросы практической реализации

При внедрении политики по обеспечению охраны труда, безопасности и охраны здоровья медицинских работников, работающих в сельских и отдаленных районах, будь то в медицинском учреждении или в общине, необходимо учитывать конкретный контекст. Такая политика должна разрабатываться и внедряться с участием соответствующих заинтересованных сторон (местных органов власти, служб безопасности и правоохранительных органов, групп управления здравоохранением, медицинских работников, местного населения). Обеспечение безопасности медицинских работников во время работы в сельской местности и удаленных районах требует вовлечения сообщества и многосекторального подхода к планированию, составлению бюджета и финансированию различных стратегий. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что женщины считают это вмешательство статистически более приемлемым, чем мужчины (47). Поэтому гендерные аспекты должны быть неотъемлемой частью этих стратегий, например, за счет включения гендерно-ориентированных мер профилактики и контроля инфекций.

С учетом того, что насилие в отношении медицинских работников происходит как в учреждениях, так и в сообществе (166), необходимо рассмотреть стратегии по предотвращению насилия в каждой из ситуаций. Например, в местной общине руководители службы здравоохранения могут обеспечить выполнение обязанностей группами или парами медицинских работников, чтобы избежать работы в изоляции, а также обеспечить безопасные средства передвижения для медицинских работников, отвечающих на ночные вызовы или осуществляющих посещения на дому. В учреждениях наличие работающей телефонной связи и переговорного устройства может в значительной степени содействовать обеспечению безопасности и защиты. Можно рассмотреть вопрос об обучении медицинских работников, новых сотрудников и временных работников по вопросам охраны и безопасности на рабочем месте, управления рисками и управления агрессией (168, 169).

Необходимо принять меры по предотвращению сексуальных домогательств, информированию о них

и принятию соответствующих мер. Насилие в отношении медицинских работников-женщин часто имеет гендерную составляющую, поэтому важно разработать гендерно-ориентированную политику (170). Другим необходимым компонентом данной рекомендации является обеспечение психологического благополучия работников здравоохранения в сельской местности путем оказания поддержки в области психического здоровья, поощрения участия в жизни общины и на

рабочем месте, а также поддержания уважительной рабочей среды, свободной от принуждения (171).

Политика, связанная с этой рекомендацией, должна осуществляться наряду с политикой по улучшению условий жизни медицинских работников (Рекомендация 11), хорошими условиями труда и поддерживающим кураторством (Рекомендация 13), а также активной сетью служб здравоохранения (Рекомендация 14).

3.13 Рекомендация 13. Обеспечить достойные условия труда для работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах

13. ВОЗ рекомендует обеспечить достойную работу с соблюдением основных прав работников здравоохранения.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Следует учитывать все аспекты достойного труда: обеспечение полной продуктивной занятости, справедливого и адекватного заработка, оптимальных условий труда, защиты от дискриминации, социальной защиты и поощрения социального диалога.
- Обеспечить адекватную компенсацию сельским работникам здравоохранения и регулярную и своевременную оплату их труда.
- Поощрять осуществление мер, позволяющих женщинам и мужчинам совмещать работу и семейные обязанности (например, путем предоставления услуг по уходу за детьми или гибкого рабочего времени).
- Признать ответственность руководителей и менеджеров за обеспечение благоприятных условий для сельских медицинских работников, включая управление рабочей нагрузкой, с учетом таких аспектов, как территория охвата, рабочая нагрузка и численность населения.
- Руководители и менеджеры должны выделять свободное время для ведения документации (например, составления отчетов), непрерывного образования и повышения квалификации.
- Обеспечить постоянное наличие лекарств, клинических принадлежностей (включая средства гигиены при менструации), инструментов, коммуникационных и диагностических технологий, а также клинического оборудования.

3.13.1 Обоснование рекомендации

Достойный труд определяется как «производительный труд для женщин и мужчин в условиях свободы, равенства, безопасности и соблюдения человеческого достоинства» (172). Достижение этой цели предполагает создание рабочей среды, основанной на четырех стратегических принципах:

- полная и продуктивная занятость: качественные возможности трудоустройства, справедливый и адекватный заработок, равная оплата труда;
- права в сфере труда: свобода объединений, ликвидация принудительного труда, оптимальные условия труда, достойное рабочее время, совмещение работы, семейной и личной жизни, защита от дискриминации по признаку пола, возраста, расы, этнической принадлежности, социального происхождения, политической принадлежности;
- социальная защита: охват социальным обеспечением;
- содействие социальному диалогу между работодателями и работниками (173).

Исследования удовлетворенности работой показывают, что медицинские работники не склонны подавать заявления или соглашаться на работу в учреждениях, которые находятся в аварийном состоянии или в которых отсутствуют базовые условия и средства, такие как водопровод, перчатки, основные лекарства и элементарное оборудование (143, 174). Это самые обычные условия, которые ниже стандартов, ожидаемых от достойных условий труда. Поддерживающее кураторство отмечается как один из ключевых элементов повышения удовлетворенности работой и производительности, а также последующего удержания и практики в сельских районах (7, 175). Поддерживающее кураторство – это уважительный и неавторитарный процесс оказания помощи сотрудникам, который способствует повышению эффективности их работы на постоянной основе путем совершенствования знаний и навыков (176).

Качество фактических данных для данного вмешательства низкое. Однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что неоптимальные условия труда, несправедливое или непоследовательное финансовое вознаграждение, нехватка материалов и оборудования, недостаток знаний о правах, политике и процедурах, неэффективные системы поддержки и недостаточное поддерживающее кураторство ассоциируются с усилением намерения уйти и оттоком сельских медицинских работников во многих странах (154, 155, 177), в то время как благоприятная рабочая среда ассоциируется с более высокими показателями удержания кадров (178).

Право на достойный труд признано во Всеобщей декларации прав человека, в которой есть положения, касающиеся не только «права на труд», но и различных аспектов достойного труда. Поэтому ГРПП сочла этот документ основополагающим для политики в отношении кадровых ресурсов здравоохранения. Эта рекомендация была признана весьма приемлемой как в ходе опроса заинтересованных сторон, так и в ходе систематического обзора ценностей, выполнимости и приемлемости. Она также была признана выполнимой. Была дана надежная рекомендация.

3.13.2 Вопросы практической реализации

Улучшение условий труда не только влияет на расширение доступности медицинских работников, но и, вероятно, повышает их эффективность и производительность (8). Чтобы обеспечить выделение достаточных ресурсов для этого мероприятия, при планировании, составлении бюджета и финансировании следует применять многосекторальный подход. Следует придерживаться принципов достойного труда, здорового рабочего места и «справедливой занятости» (171). Следует также уделять внимание состоянию медицинских учреждений, включая инфраструктуру, оборудование и мебель, чтобы обеспечить благоприятные условия, способствующие благополучию как медицинских работников, так и

пациентов. Следует уделять внимание поддержанию динамичной и эффективной цепи поставок, особенно в отдаленных и труднодоступных районах, чтобы избежать дефицита материалов.

При разработке такой политики необходимо учитывать конкретные условия, внедрять ее с участием соответствующих заинтересованных сторон (местных органов власти, групп управления здравоохранением и медицинских работников). Группы управления здравоохранением и отделы кадровых ресурсов должны обеспечить информирование медицинских работников об их правах. Руководители также должны обеспечить поддержку при переадресации пациентов для получения вторичной или третичной медицинской помощи.

Реализация этой политики требует развития или укрепления систем управления кадровыми ресурсами здравоохранения на всех уровнях, особенно в сельских и отдаленных районах. Подразделения, отвечающие за назначение, перевод и размещение медицинских работников, должны действовать справедливо и прозрачно и обеспечивать приемлемые условия труда в учреждениях.

Кураторство является одной из основ для улучшения работы и условий труда медицинских работников и заслуживает выделения специального бюджета и времени. Надзор за отдельными лицами и медицинскими учреждениями или программами должен иметь образовательный характер, не предусматривающий наказания. Следует рассмотреть вопрос о повышении технических и педагогических навыков кураторов, а также о регулярном мониторинге и оценке надзора.

Руководители, работающие в сельской местности, часто имеют клинические обязанности, живут и работают рядом с сотрудниками, которые в то же время являются сослуживцами: это требует особых навыков, а наставничество и обучение таких руководителей поможет повысить их управленческий и лидерский потенциал.

Следует обратить внимание на потребности различных профессий и подгрупп работников сельского здравоохранения, например, женщин-медиков или новых выпускников. Например, стратегии удержания, возможно, должны быть направлены на молодых и пожилых медицинских работников по-разному. Молодые медицинские работники и новые сельские работники могут нуждаться в профессиональной ориентации и благожелательном контроле. Особое внимание следует уделить конкретным потребностям недавних выпускников и работников-мигрантов (местных или международных), чтобы помочь им в процессе обустройства.

Также важно учитывать гендерные роли и нормы и поддерживать благоприятную для семьи рабочую среду, например, делая график работы более гибким в соответствии с потребностями персонала (162). В политике следует учитывать рабочую нагрузку и рабочее время, поскольку некоторые сельские медицинские работники могут быть вынуждены

ежедневно работать в течение длительного времени с ночными дежурствами или без них. Заслуживают внимания и планы по подстраховке, например, схемы поддержки местных работников, позволяющие им отдыхать и преодолевать усталость, а также делать оздоровительные перерывы.

3.14 Рекомендация 14. Содействовать созданию сетей поддержки работников здравоохранения

14. ВОЗ предлагает определить и внедрить соответствующие сети поддержки кадров здравоохранения для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Совместно развивать соответствующие сети работников здравоохранения, в частности, в службах первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи.
- Способствовать эффективной и постоянной коммуникации внутри сети.
- Привлекать сельских медицинских работников, сельские общины и медицинские учебные заведения к разработке и поддержанию сетей поддержки кадров здравоохранения.
- Осуществлять мониторинг эффективности сети кадров здравоохранения.

3.14.1 Обоснование рекомендации

Для данного вмешательства ГРПП сочла термин «сеть работников здравоохранения» более подходящим, чем «социально ориентированная поддержка».

В местах с острой нехваткой медицинских работников, ограниченной инфраструктурой или малочисленным населением использование социально ориентированной поддержки со стороны отдельных специалистов или групп специалистов является одним из способов обеспечения доступа к этим медицинским услугам (8). Дистанционные технологии, такие как телемедицина, применяются для оказания помощи сельским медицинским работникам в диагностике и ведении пациентов, а также для повышения уровня их знаний и навыков (8).

Качество фактических данных для этого вмешательства было низким. Однако обсервационные исследования показывают, что социально ориентированная поддержка со стороны специалистов или бригад их сельским коллегам путем посещения или использования телемедицины для оказания помощи в уходе за пациентами и повышении квалификации, повышает компетентность и удовлетворенность работой сельских медицинских работников (179-182).

Использование телемедицины, мобильной поддержки и электронного здравоохранения также оказало непосредственное влияние на набор и удержание медицинских работников в сельских и отдаленных районах, с дополнительными преимуществами в виде расширения персонализированного доступа к медицинским работникам и медицинским услугам для сельского населения (179, 181-186).

Ожидалось, что баланс эффектов для данного вмешательства будет положительным. Однако, как оказалось, его осуществимость зависит от контекста и имеющихся ресурсов, например, надежного доступа к Интернету. Систематический обзор ценностей, осуществимости и приемлемости дал неоднозначные результаты. Одно исследование показало, что сети работников здравоохранения помогают преодолеть профессиональную изоляцию и уменьшить стресс (187). В другом исследовании была отмечена нерешительность в отношении использования телемедицины с учетом последствий для рабочей нагрузки и возможностей внешнего обучения (183). Поэтому считается, что приемлемость этого вмешательства варьируется. Данная рекомендация была сочтена условной.

3.14.2 Вопросы практической реализации

Эта рекомендация поощряет объединение сельских работников здравоохранения для оказания взаимной поддержки в рамках своих общин, а затем расширение для создания межсельских сетей с соседними сельскими общинами с целью повышения доступности медицинских услуг для сельских общин и пациентов. Одним из преимуществ является поощрение обмена инновационными решениями многих проблем, с которыми они сталкиваются, в частности, ограниченности ресурсов. В качестве «местных специалистов» сельские работники здравоохранения могут предложить низкочастотные инновационные решения, адаптированные к местным условиям. Эти межсельские сети можно поддерживать с помощью районных и городских медицинских центров, медицинских работников и медицинских учебных заведений, используя физические и виртуальные средства. Сети могут быть расширены до национального, регионального и международного уровней с использованием коммуникационных технологий. Также важно рассмотреть вопрос о целесообразности и устойчивости сетей.

Разработка стратегии должна осуществляться в сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами, включая работников здравоохранения (сельских и городских), руководителей здравоохранения (сельских и городских), органы здравоохранения и сельские общины. Исполнители данного вмешательства должны помнить о необходимости поддержки сельской модели первичной медико-санитарной помощи.

Альтернативные варианты, такие как использование мобильного здравоохранения (mHealth) и электронного здравоохранения (e-health), могут повысить

возможности работников на местах и расширить охват квалифицированных специалистов путем формирования команд, связанных этими новыми технологиями. Это будет иметь последствия для образования и подготовки специалистов здравоохранения, особенно в плане расширения учебной программы за пределы традиционных тем и включения в нее компетенций в области электронного здравоохранения, коммуникации и командной работы. Цифровые и мобильные технологии также улучшают доступ пациентов и сообществ к медицинским работникам, находящимся в сельской местности или в отдаленных и городских районах, тем самым повышая качество обслуживания в местах оказания медицинской помощи и сокращая количество ненужных направлений к специалистам (188).

При использовании цифровых технологий, таких как телемедицина, электронное здравоохранение, mHealth, электронные медицинские карты и инструменты поддержки принятия решений, исполнители должны учитывать их осуществимость и приемлемость. В некоторых условиях проблемы могут возникнуть из-за наличия и надежности структур информационно-коммуникационных технологий, доступа к Интернету, электричеству, компьютерной грамотности и сопротивления изменениям (29). Необходимо взаимодействие с соответствующими заинтересованными сторонами для выявления факторов, способствующих развитию, преодоления проблем, а также поощрения и содействия эффективной коммуникации в сети для определения приоритетов поддержки.

Эта политика должна быть связана с другими политиками, такими как непрерывное повышение квалификации (Рекомендация 5) и развитие профессиональных сетей (Рекомендация 16).

3.15 Рекомендация 15. Развивать и усиливать

15. ВОЗ рекомендует проводить политику, предусматривающую программы развития и продвижения по службе, а также возможности карьерного роста для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Взаимодействовать с сельскими работниками здравоохранения, местными органами здравоохранения, органами профессионального регулирования, департаментами труда и гражданской службы в разработке возможностей карьерного роста.
- Создавать руководящие должности, должности сельских преподавателей и возможности продвижения по службе в сельских и отдаленных районах.
- Признавать и соответствующим образом вознаграждать лиц, работающих на руководящих должностях в сельских и отдаленных районах.

3.15.1 Обоснование рекомендации

Среди факторов, связанных с предпочтениями при трудоустройстве или влияющих на решение медицинских работников покинуть сельские и отдаленные районы, четкая программа продвижения по службе и возможности карьерного роста занимают важное место (141, 142). Если в сельской местности такие возможности отсутствуют, медицинские работники, желающие продвинуться по карьерной лестнице, могут быть вынуждены переехать в города. Однако, если такие возможности в сельских и отдаленных районах имеются, они, вероятно, будут способствовать повышению морального и профессионального статуса сельских медицинских работников, что, в свою очередь, может повлиять на их мотивацию, эффективность работы и удовлетворенность ее результатами.

Данные обсервационных исследований показывают, что четкие перспективы карьерного роста являются важным фактором, влияющим на решение медицинских работников заниматься или не заниматься практикой в отдаленных или сельских районах (189, 190), а их наличие может положительно влиять на удержание, мотивацию и удовлетворенность работой (162, 191, 192). Однако качество фактических данных в этом случае низкое.

Результаты опроса заинтересованных сторон свидетельствуют о том, что это вполне осуществимое и приемлемое вмешательство (47), хотя прямых доказательств того, что доступ к более опытным медицинским работникам в сельских и отдаленных районах будет лучше способствовать соблюдению справедливости, не было. Кроме того, вероятно положительный эффект для сельских медицинских работников за счет устранения разрыва в карьерном росте между городом и деревней, что приведет к расширению доступа к возможностям карьерного продвижения и роста. Считается, что выгоды с точки зрения эффекта, соблюдения принципа справедливости и равенства для сельских работников здравоохранения значительно перевешивают затраты, которые, вероятно, будут средними, особенно в отношении соразмерной оплаты труда. Данная рекомендация была сочтена надежной.

3.15.2 Вопросы практической реализации

При разработке программы карьерного роста важно проверить возможность ее реализации с министерством, отвечающим за государственную службу, а затем привлечь другие заинтересованные стороны, включая местные органы власти, образовательные учреждения и работников сельского здравоохранения, к разработке тарифных разрядов. Следует привлечь к участию профессиональные организации, если карьерный рост связан с расширенным объемом практики (Рекомендация б) или с ролями и обязанностями технического надзора. Ведущим сельским медицинским работникам могут быть предложены преподавательские или руководящие должности в учреждениях здравоохранения и программах подготовки медицинских работников.

При разработке справедливой и равноправной политики карьерного роста следует в полной мере учитывать пол, возраст, класс, этническую принадлежность, миграционный статус, гражданское состояние, язык, сексуальную ориентацию, инвалидность и социально-демографические особенности сотрудников. Реализация этих мер должна быть межсекторальной, с участием министерств здравоохранения, образования, финансов и других соответствующих секторов. Следует учитывать возможности обучения, максимально используя технологические достижения и обеспечивая предоставление свободного времени для участия в тренингах и других мероприятиях по повышению квалификации. Эта рекомендация должна быть связана с политикой непрерывного образования (Рекомендация 5), обеспечения достойных условий труда (Рекомендация 13), общественного признания (Рекомендация 17) и другими политиками, учитывающими контекст, для поддержки найма и удержания медицинских работников в сельских районах.

3.16 Рекомендация 16. Способствовать обмену знаниями между работниками здравоохранения.

16. ВОЗ предлагает поддерживать развитие сетей, ассоциаций и выпуск журналов для медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – условная

Качество фактических данных – низкое

Примечания

- Содействовать межпрофессиональным местным инициативам и созданию ассоциаций, а также поощрять субнациональные коалиции сельских ассоциаций.
- Изучить различные источники финансирования и получения доходов для разных видов деятельности групп с целью обеспечения долгосрочной устойчивости.
- Использовать сети в нестабильные времена и в неопределенных ситуациях, например, во время чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения, для поддержки по коллегиальному принципу.

3.16.1 Обоснование рекомендации

Поддержка профессиональных сетей и научной деятельности, включая выпуск специализированных журналов, ориентированных на медицинских работников в сельской местности, считается полезной для них (193) и общин, в которых они работают. Однако деятельность профессиональных ассоциаций обычно сосредоточена вокруг крупных городов, а малочисленность сельских общин означает, что там нет достаточного количества людей для проведения локальных мероприятий, если только они не являются межпрофессиональными. Таким образом, для сельских работников, которым придется выезжать для участия в таких мероприятиях, время и финансы могут стать препятствием.

Качество фактических данных для этого вмешательства низкое, однако некоторые данные, полученные в ходе наблюдательных исследований в Мали, Таиланде и Австралии, свидетельствуют о том, что создание профессиональных ассоциаций для поддержки сельских врачей способствует удержанию кадров (156, 194, 195).

Такая политика считается вполне приемлемой и осуществимой, однако ГРПП приняла решение о том, что доказательств ее эффективности не накоплено, и считается само собой разумеющимся, что такая политика будет иметь положительный эффект. Учитывая ограниченность доказательной базы и потенциальную изменчивость

условий, затрат ресурсов и ценностей заинтересованных сторон, было сделано допущение о том, что желаемые эффекты могут быть разными. Поэтому данная рекомендация была признана условной.

3.16.2 Вопросы практической реализации

Чтобы сохранить жизнеспособность ассоциаций, групп или журналов, в их развитии и поддержке должны участвовать органы профессионального регулирования, государственные структуры и академические институты. Чем более отдаленным является населенный пункт, тем больше усилий необходимо приложить для поддержания связи медицинских работников с такими ассоциациями, чтобы избежать профессиональной изоляции.

Важно обеспечить непрерывность медицинской помощи для сельских общин, когда медицинские работники выезжают для участия в профессиональных сетевых и научных мероприятиях. Этот подход, вероятно, будет иметь больший эффект, если он будет связан с другими вмешательствами, такими как политика поддержки непрерывного образования (Рекомендация 5), политика улучшения условий жизни (Рекомендация 11), политика обеспечения безопасной рабочей среды с хорошими условиями труда (Рекомендации 13 и 14) и политика карьерного роста в сельской местности (Рекомендация 15) наряду с другими вмешательствами с учетом местных условий.

3.17 Рекомендация 17. Повысить уровень признания сельских медицинских работников.

17. ВОЗ рекомендует принять меры по повышению социального признания на всех уровнях для работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах.

Надежность рекомендации – надежная

Качество фактических данных – очень низкое

Примечания

- Повысить престиж (усилить внимание к деятельности и вкладу) работников здравоохранения в сельской местности.
- Признавать заслуги отдельных лиц, а также коллективов в сфере сельского здравоохранения на различных уровнях, используя такие меры, как награды, звания и дни сельского здравоохранения на всех уровнях.
- Реализовать эту политику в сотрудничестве с работниками здравоохранения, СМИ, общественностью и правительством на всех уровнях.

3.17.1 Обоснование рекомендации

Признание со стороны руководителей, коллег и общественности является основным мотивирующим фактором для многих работников здравоохранения (196). Общественный престиж и высокая оценка труда сельских медицинских работников направлены на повышение их морального духа и статуса, и признание их достижений. Такая политика может продемонстрировать политическую и общественную поддержку сельских медицинских работников (8), а также может быть дополнительно усилена, если существуют четкие модели медицинской помощи, ориентированной на человека, которые планируют и организуют национальные и местные органы здравоохранения.

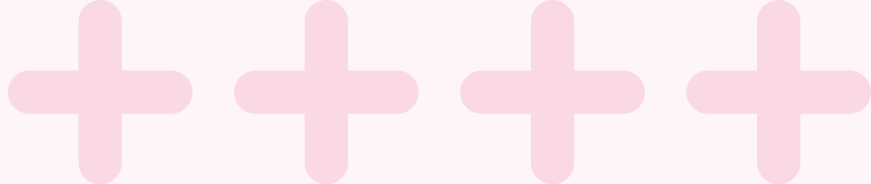
Результаты в общей сложности 17 обсервационных исследований свидетельствуют о том, что признание со стороны работодателя и общины является важным мотивирующим фактором, который приводит к удержанию сельских медицинских работников. Однако качество фактических данных было признано очень низким.

ГРРП отметила, что исследования в этой области ограничены, а степень влияния высокого престижа сельских медицинских работников на их удержание варьируется от средней до высокой, поэтому было принято единогласное решение считать ее «средней».

Тем не менее, было высказано мнение, что эффект от этого вмешательства может (при незначительных затратах) мотивировать молодых людей и студентов к рассмотрению возможности работы в сельской местности. Это, наряду с опросом заинтересованных сторон, показавшим высокую приемлемость и осуществимость, привело к тому, что баланс эффектов оказался устойчиво благоприятным для данного вмешательства. В целом, такие меры, по мнению экспертов, имеют высокие потенциальные выгоды при очень низких затратах и рисках. Поэтому данная рекомендация является надежной.

3.17.2 Вопросы практической реализации

При реализации этой политики важно позаботиться о поддержке множества заинтересованных сторон, особенно правительства. Рассмотрите возможность поощрения сельских медицинских работников и команд на всех уровнях, вручения им наград, публикации и распространения их историй как средства привлечения внимания к сельской практике как престижному направлению работы, что будет мотивировать больше студентов и выпускников выбирать себе карьеру в сельской местности. Можно привлечь представителей местных общин, чтобы сообща определить, каким образом местное население может выражать признательность своим медицинским работникам.



4.0 Выбор и оценка комплекса мероприятий

В данном разделе представлена схема реализации и оценки для измерения результатов, а также сформулированы пять вопросов в качестве подсказки и ориентира для разработчиков политики в процессе определения, выбора, реализации, мониторинга и оценки мероприятий по удержанию сельских медицинских работников.

В данном разделе представлена схема реализации и оценки для измерения результатов, а также сформулированы пять вопросов в качестве подсказки и ориентира для разработчиков политики в процессе определения, выбора, реализации, мониторинга и оценки мероприятий по удержанию сельских медицинских работников. На этапах планирования, составления бюджета, реализации, а также мониторинга и оценки принятых комплексных мер вмешательства должны быть задействованы подразделения или департаменты министерства здравоохранения разного уровня, отвечающие за планирование политики здравоохранения и управление кадровыми ресурсами. Будут рассмотрены вопросы развития потенциала задействованного персонала. Следует поощрять сотрудничество и партнерство с учреждениями и отдельными лицами.

Схема, представленная в Таблице 4.1, адаптирована на основе схемы, разработанной для Рекомендаций по глобальной политике 2010 г. (8, 48). Опираясь на традиционную модель оценки: входные данные - выходные данные - результаты - воздействие, данная структура ориентирована на основные результаты и, по возможности, использует показатели из справочника «Национальная система учета кадров здравоохранения» (37). На уровне входных данных выбор последующих мероприятий должен основываться на тщательной аналитической работе, которая включает ситуационный анализ и всесторонний анализ рынка труда в сфере здравоохранения (включая оценку политической экономии, которая может быть важным элементом в сельском здравоохранении). Также

важна оценка организационного и управленческого потенциала. Выбор соответствующего комплекса мероприятий требует понимания их актуальности, приемлемости, осуществимости, финансовой доступности и эффективности, сначала с точки зрения предоставляемых услуг, а затем с точки зрения мероприятий по работе с кадрами здравоохранения, а также местных условий, которые необходимо учитывать.

После того, как соответствующие меры были выбраны и осуществлены, они будут оказывать прямое воздействие на один или несколько следующих трех показателей: привлекательность сельских районов, наем работников здравоохранения в этих районах и сохранение этих кадров в течение определенного периода времени («выходные данные»). Отобранные меры оказывают также влияние на «результаты», что выражается в усилении кадровых ресурсов здравоохранения и эффективности системы здравоохранения.

Ожидается, что конечным результатом «воздействия» мер регулирования явится улучшение состояния здоровья, хотя состояние здоровья, а также показатели деятельности работников здравоохранения и систем здравоохранения, зависят от большего числа определяющих факторов, а не только этих мер. В то же время следует отметить, что предлагаемые стратегии сохранения кадров – это сложные меры. К тому же, ни один из наблюдаемых результатов не может быть связан лишь с какой-либо одной мерой – он обусловлен их определенной комбинацией или сочетанием.

Таблица 4.1 Измерение результатов мер по сохранению кадров в сельской местности

Контекст: социальные детерминанты, политическая ситуация, возможности и интересы участвующих сторон, экономические вопросы (финансовое пространство, финансовая децентрализация), индивидуальные факторы (семейное положение, гендер, возраст).

Уровень	Входные данные (разработка и осуществление)	Выходные данные (с возможными показателями)	Результаты (с возможными показателями)	Воздействие
Показатели	<p>Ситуационный анализ, включая факторы, влияющие на решения в отношении работы в сельской местности.</p> <p>Анализ рынка труда в сфере здравоохранения (36)</p> <p>Организационный и управленческий потенциал</p> <p>Участие заинтересованных сторон и местных общин</p> <p>Выбор комплекса надлежащих мер</p> <p>Необходимые ресурсы</p>	<p>Разработка</p> <p><i>Эффективное обучение и выпуск кадров</i></p> <p>Прием на учебу: коэффициент приема на вакантные места</p> <p>Обучение: непрерывное профессиональное образование</p> <p>Привлекательность</p> <p><i>Предпочтения для работы в сельской местности</i></p> <p>Предпочтения: заявленные предпочтения для работы в сельских и отдаленных районах</p> <p>Наем</p> <p><i>Эффективное заключение контрактов и назначение</i></p> <p>Вступление в должность: новые выпускники начинают практику в сельской местности в течение одного года</p> <p>Миграция: иностранные медицинские работники начинают практику в сельской местности</p> <p>Сохранение кадров</p> <p><i>Медицинские работники остаются в сельских районах определенное время</i></p> <p>Характеристики трудоустройства: положения о рабочем времени и условиях труда</p>	<p>Соответствующие и компетентные многопрофильные команды для оказания первичной помощи на основе национальных приоритетов и местных потребностей здравоохранения</p> <p>Укомплектованность: плотность действующих медицинских работников на 10 000 населения на субнациональном уровне (с разбивкой по возрасту, полу, профессии, опытом обучения за рубежом, типу и форме собственности заведений)</p> <p>Навыки: профессиональный состав, команды, и т.п.</p> <p>Дисбаланс: количество вакансий в сельской местности</p> <p>Увольнение: добровольное или недобровольное увольнение с работы в сельской местности</p> <p>Индекс расширения охвата услугами в рамках ВОУЗ</p> <p>Доступ: охват основными услугами, доступ к услугам здравоохранения в сельских и отдаленных районах</p>	<p>Улучшение системы оказания услуг</p> <p>что способствует:</p> <p>улучшению состоянию здоровья населения в сельских и отдаленных районах</p> <p>Устойчивый и всеобъемлющий экономический рост</p>

Источник: адаптировано из Huicho et al. (48).

4.1 Актуальность: какие меры регулирования наилучшим образом соответствуют национальным приоритетам и ожиданиям работников здравоохранения и сельских общин?

Для выяснения предпочтений медицинских работников в отношении работы в сельской местности и для того, чтобы попытаться выверить относительный вклад каждого потенциального атрибута их работы в сельской местности, можно использовать конкретные методы. Эти методы, известные как методологии заявленных предпочтений, одним из примеров которых является эксперимент методом дискретного выбора (DCE), – предназначены для проведения количественной оценки некоторых компромиссных решений, которые могут принимать работники здравоохранения при предложении им гипотетического сценария в отношении их будущих мест работы в сельской местности (197-199). Сильные стороны DCE заключаются в том, что можно включить широкий спектр атрибутов, что означает, что предпочтения медицинских работников могут быть получены за пределами текущей ситуации, а кроме того влияние каждого отдельного атрибута может быть статистически проанализировано (200). Однако методологически ДКЭ ограничен тем, что выбор делается между гипотетическими альтернативами с ограниченным набором характеристик. Проведение достоверного DCE требует опыта, который может быть доступен не во всех условиях (200). С другой стороны, проведение углубленных и открытых качественных исследований для понимания предпочтений работников здравоохранения в отношении работы может быть очень полезным. Они могут стать ценным инструментом для разработчиков политики, чтобы понять правильное сочетание стимулов для привлечения медицинских работников в сельские районы.

4.2 Приемлемость: какие меры регулирования приемлемы в политическом плане и пользуются наибольшей поддержкой со стороны заинтересованных участников?

Долгосрочное видение, эффективная и устойчивая политическая поддержка, и политическая воля имеют большое значение для успешного внедрения выбранного комплекса мер. Политическая поддержка на высоком уровне необходима для осуществления планирования и составления бюджета. Руководители правительства должны также выступать поборниками этих мер, формировать многопрофильную группу заинтересованных участников и находить наиболее справедливые, реально осуществимые и обоснованные решения для сохранения кадров здравоохранения в сельских районах. Учет отличительных социальных норм и культурных особенностей также является ключом к определению того, насколько приемлемыми будут вмешательства для заинтересованных сторон.

Многие меры носят многоплановый характер, и министерство здравоохранения и/или отдельные медицинские организации не могут решить проблему сохранения кадров самостоятельно. Как и в случае политики, касающейся любой системы здравоохранения или кадровых ресурсов здравоохранения, важнейшим элементом успешной реализации политики сохранения кадровых ресурсов на селе является причастность к решению этой задачи заинтересованных сторон из всех секторов. Все должны играть свою роль – министерства социального обеспечения, финансов и образования, профессиональные союзы и ассоциации, гражданское общество, образовательные учреждения, частный сектор и, в соответствующих случаях, международные партнеры по вопросам развития.

В таблице 4.2 представлен обзор участников, которые должны быть вовлечены в процесс разработки и осуществления мер политики, рекомендованных в главе 3, а также определены их роли и обязанности.

Таблица 4.2 Роли и обязанности заинтересованных участников в разработке и осуществлении стратегий расширения доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах (примеры)

Стратегии	Участники	Роли и обязанности
Студенты из сельской местности	Министерство образования Министерство здравоохранения Министерство финансов Медицинские учебные заведения Местные органы власти Сообщество Гражданское общество	Поиск студентов Усиление начального и среднего образования Ознакомление учащихся сельских средних школ с профессиями в области здравоохранения Регулирование льготного приема Предоставление финансовых субсидий Разработка механизмов поддержки для оказания помощи студентам
Медицинские училища вблизи сельских районов	Министерство образования Министерство финансов Высшие учебные заведения Местные органы здравоохранения	Министерство образования Министерство финансов Высшие учебные заведения Местные органы здравоохранения
Направление студентов медицинских учебных заведений на практику в сельские и отдаленные районы на время учебы	Министерство здравоохранения Медицинские учебные заведения Местные органы здравоохранения Медицинские учреждения в сельских и отдаленных районах	Изменение педагогического подхода (вовлечение местного сообщества, межпрофессиональный, проблемно-ориентированный и др.)
Учебная программа, отражающая вопросы здравоохранения в сельской местности	Министерство здравоохранения Медицинские учебные заведения Органы аккредитации Местные органы здравоохранения Эксперты по сельскому здравоохранению	Обновление учебных программ Периодическая переоценка учебных программ
Непрерывное повышение квалификации	Министерство здравоохранения Профессиональные ассоциации Министерство образования Местные органы здравоохранения Негосударственные субъекты (частный сектор и неправительственные организации) Работодатели Эксперты по сельскому здравоохранению	Разработка и реализация программ непрерывного повышения квалификации Обеспечение доступа к программам непрерывного повышения квалификации для медицинских работников в сельских и отдаленных районах
Расширение сферы практической деятельности	Министерство здравоохранения Министерство финансов Министерство образования Регулирующие органы Профессиональные ассоциации Местные органы здравоохранения Медицинские учебные заведения Работодатели	Уточнение границ сферы практической деятельности Введение нормативных актов для признания расширенной сферы практической деятельности

Таблица 4.2 Роли и обязанности заинтересованных участников в разработке и осуществлении стратегий расширения доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах (примеры)

Стратегии	Участники	Роли и обязанности
Подготовка работников здравоохранения различных типов	Министерство здравоохранения Министерство финансов Министерство образования Министерство государственной службы Профессиональные ассоциации Органы регулирования профессиональной деятельности в области здравоохранения Местные органы здравоохранения Ассоциации пациентов	Уточнение функций различных типов медицинских работников Создание соответствующей нормативно-правовой базы и механизмов
Поддержка и стимулирование заключения соглашений об обязательной отработке (там, где они существуют)	Министерство здравоохранения Министерство образования Министерство финансов Профессиональные ассоциации Работодатели	Введение в действие положения об обязательной отработке Подготовка студентов к обязательной отработке Оказание поддержки тем, кто проходит обязательную отработку
Субсидирование образования в обмен на обязательную отработку	Министерство образования Министерство здравоохранения Министерство финансов	Финансирование обучения в обмен на обязательную отработку в сельской местности
Надлежащие финансовые стимулы	Министерство финансов Министерство здравоохранения Профсоюзы, профессиональные ассоциации Местные органы здравоохранения Местные органы власти	Определение сфер деятельности, в которых могут применяться стимулы Тщательная разработка комплекса мер стимулирования Определение бюджетных потребностей и источников Установление критериев распределения
Улучшение условий проживания	Министерство финансов Министерство здравоохранения Местные органы власти, руководители Министерство транспорта Финансовый сектор Сектор образования Органы внутренних дел, организации по развитию Гражданское общество	Обеспечение жильем, школьное образование для детей, возможность трудоустройства для супругов
Безопасные и комфортные условия труда	Министерство здравоохранения Кадровые ресурсы для подразделений здравоохранения Местные органы здравоохранения и руководители Профессиональные ассоциации Правоохранительные органы Профсоюзы Медицинские работники	Обеспечение оборудованием, медикаментами и т.д. Обеспечение охраны и безопасности медицинских работников
Поддерживающая рабочая среда	Министерство здравоохранения Кадровые ресурсы для подразделений здравоохранения Местные органы здравоохранения и руководители	Обеспечение надлежащей кадровой поддержки Обеспечение надлежащего надзора

Таблица 4.2 Роли и обязанности заинтересованных участников в разработке и осуществлении стратегий расширения доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах (примеры)

Стратегии	Участники	Роли и обязанности
Сети работников здравоохранения	Министерство здравоохранения Кадровые ресурсы для подразделений здравоохранения Местные органы здравоохранения и руководители Профессиональные ассоциации Медицинские работники	Обеспечение информационно-пропагандистской поддержки Поддержка местных и субнациональных сетей здравоохранения
Программы продвижения по службе	Министерство здравоохранения Министерство государственной службы Местные органы здравоохранения и руководители Кадровые ресурсы для подразделений здравоохранения Профессиональные ассоциации	Создание возможностей для карьерного роста
Профессиональные организации	Министерство здравоохранения Профессиональные ассоциации	Поддержка при создании профессиональных организаций
Меры обеспечения общественного признания	Министерство здравоохранения Гражданское общество Профессиональные ассоциации СМИ	Создание системы и вручение наград, присвоение званий, и т.п.

Источник: адаптировано из Рекомендаций по глобальной политике 2010 г. (8).

4.3 Осуществимость: какие мероприятия сталкиваются с минимальными барьерами в процессе реализации?

Важно рассмотреть практичность соответствующих и приемлемых вмешательств, а также степень, в которой они могут быть осуществлены в конкретной обстановке или контексте. Для этого можно задать следующие вопросы: Может ли вмешательство работать в данном контексте? Работает ли вмешательство в данном контексте? Будет ли данное вмешательство оставаться эффективным в данном контексте? (201).

Очень важно провести широкие консультации с соответствующими заинтересованными сторонами. Также необходимы многосекторальные консультации и анализ практической применимости вмешательств в местных условиях. Существующая информация, полученная в результате исследований различных мероприятий, оказавшихся эффективными в аналогичных условиях, поможет ответить на вопрос, будет ли то или иное мероприятие результативным в конкретном контексте.

Выборочные исследования осуществимости могут проводиться с использованием опросов, интервью и фокусированных групповых обсуждений

с соответствующими заинтересованными сторонами или других форм исследований. Можно организовать, контролировать и оценивать маломасштабные пробные проекты (201).

4.4 Доступность: какие вмешательства экономически эффективны и каковы их финансовые последствия?

При выборе соответствующего набора мер вмешательства информация о затратах (и степень точности этой информации), источниках финансирования этих затрат и их устойчивости во времени необходима для оптимального использования ограниченных финансовых ресурсов, а также для проведения обоснованных оценок таких стратегических мероприятий.

Для понимания объемов затрат, связанных со стратегическими мероприятиями, необходимо провести денежную оценку всех ресурсов, использованных для их осуществления. Это может повлечь за собой, например, выделение финансовых средств для субсидирования образования (Рекомендация 9), или для выплаты пособий и других финансовых стимулов (Рекомендация 10), или для строительства новой школы или модернизации

помещений (Рекомендация 2). Это также может включать расходы на доставку преподавателей в сельскую местность для вновь построенных учебных заведений (и на их последующее удержание), расходы на программы дистанционного образования или разработку учебных планов (мероприятия, связанные с образованием), или административные расходы для обеспечения обязательных услуг в сельской местности.

Источник и способ финансирования также важны. Для стран со значительными объемами официальной помощи в целях развития особенно важно согласовать источники финансирования стратегий удержания с национальными бюджетами здравоохранения для обеспечения устойчивости. Начиная с этапа планирования, стратегии удержания должны быть согласованы с национальными планами развития здравоохранения и кадровых ресурсов. Понимание источников финансирования и способов его распределения неразрывно связано с обеспечением финансовой устойчивости, что предполагает анализ фискального пространства, сроков и предсказуемости внешнего финансирования. Большинству стран с низким уровнем дохода для осуществления мероприятий потребуется устойчивое и предсказуемое внешнее финансирование, которое зачастую трудно обеспечить, поскольку циклы финансирования доноров обычно составляют от одного до трех лет, что является недостаточным периодом времени для оценки измеримого эффекта. По возможности, они должны быть согласованы и увязаны с бюджетами запланированных услуг.

В связи с этим также существует проблема фрагментарного финансирования многочисленных маломасштабных или специфических донорских инициатив, которые, если они не интегрированы в общий национальный план здравоохранения, могут серьезно нарушить функционирование системы здравоохранения. Например, во многих странах медицинских работников из сельских районов или из государственного сектора переманивают негосударственные поставщики услуг, часто движимые глобальными инициативами в области здравоохранения, которые предлагают гораздо более привлекательные условия занятости (включая заработную плату и условия труда).

4.5 Эффективность: были ли рассмотрены вопросы взаимодополняемости и потенциальные непредвиденные последствия различных вмешательств?

Результатом формулирования политики может стать список мероприятий, которые требуют дальнейшей расстановки приоритетов, особенно в странах с низким уровнем доходов, в связи с ограниченностью

ресурсов и возможностей. Эти приоритеты должны быть определены в ходе тесных консультаций с сообществами, согласованы с местными планами служб здравоохранения и медицинскими работниками, и должны основываться на потребностях местного населения. Как и для большинства стратегий и политики общественного здравоохранения, здесь какого-либо универсального решения не существует, и наиболее подходящее сочетание мер может значительно варьироваться в зависимости от контекста.

Сами по себе рекомендации могут оказаться неэффективными, поскольку медицинские работники принимают решение о переезде в отдаленные и сельские районы, пребывая в них или отъезде из них, исходя из нескольких факторов. Например, для медицинских работников может иметь большое значение размер оплаты за работу в сельской местности, но им также важно будет иметь доступ к непрерывному образованию и получить признание в связи с расширенными объемами работы, если они согласятся на эту должность. Или, если принята политика льготного приема студентов из сельской местности, то расширение числа учебных заведений в сельской местности будет дополнительной стратегией в зависимости от барьеров, препятствующих доступу.

Последовательность мероприятий также является важным аспектом взаимодополняемости. Некоторые из мероприятий, рекомендованных в разделе 3, потребуют нескольких лет для полного внедрения, в то время как другие могут быть реализованы относительно быстро. Например, предоставление финансовых стимулов для сельских медицинских работников - это одна из стратегий, которая часто реализуется странами, поскольку ее можно внедрить относительно быстро, в то время как политика подготовки различных типов медицинских работников или политика строительства учебных заведений или университетских городков для медицинских работников в сельской местности может потребовать гораздо больше времени для реализации и получения результатов. При создании медицинских учебных заведений в сельской местности сроки могут еще более увеличиться из-за необходимости привлечения и удержания резерва медицинских работников в сельской местности. Необходимо рассмотреть быстро реализуемые мероприятия с достаточно быстрым воздействием, поскольку они могут помочь привлечь и удержать сельских медицинских работников в краткосрочной перспективе, в то время как другие мероприятия могут быть реализованы в долгосрочной перспективе для обеспечения устойчивости. Эти различия во времени достижения эффекта в стратегиях удержания являются важным моментом при принятии решения о том, как лучше объединить мероприятия.

Потенциальные непредвиденные последствия должны быть приняты во внимание до принятия решения о реализации политики по улучшению удержания сельских медицинских кадров. Например, если слишком большое внимание уделяется ускоренному продвижению

по службе в качестве стимула для работы в сельской местности, это может оказать негативное влияние на организационное развитие, которое основывается на продвижении по службе в соответствии с заслугами и потенциалом. Аналогичным образом, беспорядочное распределение премий за последипломное обучение может свести на нет эффект стратегии удержания, а стимулы для сельских работников здравоохранения могут вызвать негативную реакцию со стороны других государственных служащих или других профессий работников здравоохранения, которые не имеют права на эти стимулы.

4.6 Воздействие: какие показатели следует использовать для измерения воздействия во времени?

Если все соответствующие заинтересованные стороны четко представляют себе предполагаемые последствия вмешательства, ожидаемые результаты и время, которое потребуется для его реализации и измерения воздействия, то вероятность успешной реализации вмешательства возрастает. Показатели для измерения успеха или, по крайней мере, прогресса также должны быть согласованы на ранней стадии планирования. В Таблице 4.3 приводятся вопросы, которые необходимо задать при оценке мероприятий по удержанию кадров, предлагаемые показатели для измерения прогресса по таким параметрам, как развитие, привлекательность, привлечение и удержание персонала, а также методы, которые могут быть использованы при проведении такой оценки.

Подробное руководство по общим принципам и методам мониторинга и оценки мероприятий в области кадровых ресурсов было разработано и опубликовано (202). Для целей настоящего документа следует рассмотреть несколько определений и пояснений. «Удержание» определяется как рост числа медицинских работников, остающихся в сельской местности в результате конкретного вмешательства. Другим способом количественной оценки сохранения кадров является продолжительность пребывания медицинских работников в сельской местности в годах. Однако для этого показателя не существует эталона: результаты нескольких исследований, в которых измерялся этот показатель, показывают, что средняя продолжительность пребывания составила всего четыре года (109, 135).

Помимо традиционных анкетных обследований в учреждениях и анализа учетных данных можно использовать и другие методы, такие как «кривые выживаемости» или индексы стабильности. Кривые выживаемости можно использовать для построения графика временной зависимости для любого неповторяющегося события. Этим событием не обязательно должна быть смерть, поэтому термин «выживаемость» может вводить в заблуждение. В случае стратегий удержания, неповторяющимся событием,

которое отображается на графике, может быть отъезд медицинского работника или работников, которые являются объектами исследования, из сельской местности (82). Индекс стабильности, с другой стороны, позволяет оценить долю сотрудников, занимавших должность в начале года, которые все еще занимали ее в конце года (203).

Как уже упоминалось ранее, каждое мероприятие может иметь более одного результата, и ни один результат не может быть достигнут только в рамках одного мероприятия. Эта сложность усугубляет задачу измерения результатов и увязки предполагаемых эффектов с конкретным вмешательством.

Более подробная информация о проблемах исследований в этой области представлена в главе 5. Кроме того, проведение оценки – дело недешевое; ее не только необходимо планировать в начале реализации стратегий, но и предусматривать в бюджете при калькуляции расходов на мероприятия.

4.7 Распространение и реализация планов в рамках данного руководства

Данное руководство может применяться во всех странах, независимо от региона или уровня дохода. Однако ГРП признает необходимость его адаптации с учетом местных условий при выборе мер в области политики. Расширение доступа к медицинским работникам в сельских и отдаленных районах является сложной и многогранной политической дилеммой. Важными факторами являются приемлемость и осуществимость политических мер, их воздействие и последствия для разработчиков политики, работников здравоохранения и местных сообществ. Таким образом, то, что может быть успешно реализовано в одном районе, может не подойти для другого. Соответственно, очень важно помнить о заявлении о надлежащей практике, включенном в данное руководство – *для достижения максимального эффекта в деле привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах рекомендуется использовать актуальный комплекс взаимосвязанных мероприятий с учетом местных условий.*

Помимо адаптации для удовлетворения потребностей конечных пользователей необходимо разработать простые, удобные ключевые сообщения для распространения среди более широкого круга соответствующих заинтересованных сторон и использования в качестве инструментов информационно-пропагандистской работы. Это необходимо для того, чтобы обеспечить широкое понимание важности преодоления разрыва в доступе к медицинским работникам в сельской местности. Как подчеркивается в настоящем документе, необходимо обеспечить благополучие сельского населения наравне с городским не только в силу принципов справедливости, но и в силу симбиотических отношений между ними.

Таблица 4.3 Вопросы и показатели для оценки и мониторинга мероприятий по расширению доступа к медицинским работникам в отдаленных и сельских районах за счет совершенствования системы удержания кадров

Этап	Вопросы, которые следует задать	Показатели или единицы измерения прогресса	Методы
Разработка	Соответствовали ли меры документированным потребностям? Основывается ли выбор мер на фактических данных или веских аргументах?	Анализ ситуации в области кадровых ресурсов здравоохранения План кадровых ресурсов с указанием расходов Численность и распределение кадровых ресурсов Плотность распределения работников здравоохранения в городах и сельской местности	Анализ рынка труда Демографический анализ (численность и распределение работников здравоохранения) Изучение намерений Анализ заинтересованных сторон Обзор программных документов
Осуществление	Уместность: были ли определены предпочтения работников здравоохранения при выборе работы в сельской местности?	Факторы, мотивирующие работников здравоохранения переехать в сельскую местность, остаться там или уехать Заявленные предпочтения для атрибутов работы в сельской местности	Изучение намерений Целенаправленные групповые обсуждения Эксперименты методом дискретного выбора
	Приемлемость: было ли обеспечено участие всех заинтересованных сторон?	Консультации с заинтересованными сторонами и их участие	Анализ заинтересованных сторон
	Доступность по цене: были ли определены и найдены все источники финансирования?	Распределение бюджетных средств по предложенным мерам	Обзор программных документов
Результаты	Улучшились ли подходы к подготовке и привлекательность профессии в сельских и отдаленных районах?	Общее число выпускников медицинских учебных заведений Предпочтения для работы в сельских и отдаленных районах	Анализ учетных данных Опросы, целенаправленные групповые обсуждения
	Увеличилось ли число работников здравоохранения, направляемых в районы, недостаточно обеспеченные услугами?	Общее число работников здравоохранения, направленных в сельские районы Доля новых выпускников, приступающих к практике в сельской местности	Анализ данных регистров или учреждений
	Улучшились ли показатели сохранения кадров?	Текущее число кадров Процент вакансий Продолжительность пребывания, средняя продолжительность, показатели «выживаемости» Доля работников здравоохранения, остающихся в сельской местности (индекс стабильности) Плотность распределения работников здравоохранения в сельской местности по сравнению с городами	Опросы в учреждениях Анализ учетных данных Кривые «выживаемости»
Улучшились ли показатели деятельности системы здравоохранения?	Удовлетворенность работой сельских работников здравоохранения Удовлетворенность пациентов (в отдаленных и сельских районах) Охват услугами здравоохранения Сроки получения специализированной помощи при переадресации Показатели здоровья населения (напр., материнская смертность, младенческая смертность)	Изучение удовлетворенности работников здравоохранения Изучение удовлетворенности пациентов/ общества Опросы в учреждениях Анализ вторичных данных и статистики Опросы домохозяйств	

Источник: адаптировано из Huicho et al. (48).

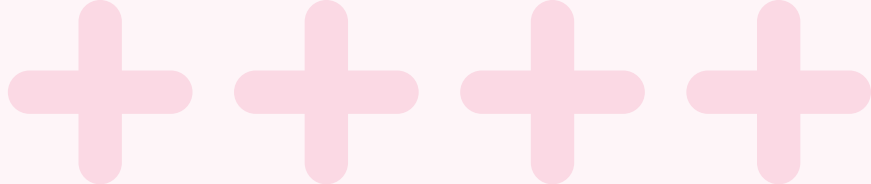
4.7.1 Распространение

Рекомендации и заявление о надлежащей практике, представленные в настоящем руководстве, будут распространяться через региональные и страновые офисы ВОЗ, министерства здравоохранения, образования, финансов, государственного управления и труда, а также среди профессиональных регуляторов, профессиональных организаций и органов, сотрудничающих центров ВОЗ и других учреждений и партнеров Организации Объединенных Наций. Данное руководство будет размещено на веб-сайте ВОЗ вместе с мультимедийными материалами для облегчения понимания. Кроме того, резюме руководства будет опубликовано в рецензируемом журнале и на мультимедийных носителях. Предусматривается выпуск производных продуктов данного руководства, таких как методические пособия по вопросам внедрения, исследования дополнительных тем, таких как путь в сельскую медицину, аналитические записки и ключевые сообщения.

4.7.2 Мониторинг и оценка

Очень важно с самого начала предусмотреть проведение мониторинга и оценки стратегий, чтобы учесть извлеченные уроки и внести вклад в создание доказательной базы, в частности, по комплексам принятых мер, их результатам и воздействию. Мониторинг и оценка помогут выявить проблемы и ограничения в ходе реализации, определить степень достижения целей и задач, а также выявить необходимость в новом вмешательстве или пересмотре или изменении существующего. Мониторинг и оценка должны быть включены в план реализации проекта.

Департамент ВОЗ по кадровым ресурсам здравоохранения будет поддерживать надежную сеть сбора фактических данных, связанную с Национальной системой учета кадров здравоохранения, что позволит лучше отслеживать выполнение этих рекомендаций. Необходимо отслеживать прогресс государств-членов с использованием дезагрегированных данных, перечисленных в документе Национальная система учета кадров здравоохранения, и оценивать степень применения рекомендаций данного руководства в национальной политике в области кадров здравоохранения.



5.0 Повестка дня исследований

С момента публикации *Рекомендаций по глобальной политике* 2010 г. значительно увеличилось количество и объемы исследований, посвященных вопросам подготовки, привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах.

63

С момента публикации *Рекомендаций по глобальной политике* 2010 г. значительно увеличилось количество и объемы исследований, посвященных вопросам подготовки, привлечения, найма и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Количество исследований, рассмотренных в ходе анализа, возросло почти в пять раз (с 27 до 133), а количество профессий медицинских работников, включенных в исследовательскую базу, увеличилось более чем в три раза. В 2010 г. рассматривалось только девять профессий, при этом 72% исследований были посвящены работе врачей. Исследовательская база, представленная в данном обновлении, несмотря на то, что в ней по-прежнему преобладают исследования, касающиеся врачей, включает более 30 профессий медицинских работников. Кроме того, в 2020 г. данные исследования охватывали уже более 110 стран, при этом заметно увеличивалась доля исследований из стран с низким и средним уровнем дохода. В 2010 г. только 29% исследований, проведенных в одной стране, относились к странам с низким и средним уровнем дохода, а в данном обновленном издании таких исследований уже 43%. Это серьезное достижение, которое в значительной степени способствует устранению пробелов в исследованиях и выполнению программы исследований, изложенных в *Рекомендациях по глобальной политике* 2010 г.

5.1 Расширение доказательной базы

Исследования в этой области рекомендуется продолжать, чтобы расширить базу данных и включить в нее более широкий спектр профессий, групп и характеристик медицинских работников. По-прежнему важно, чтобы исследования охватывали все профессии медицинских работников в сельской местности, поскольку эти профессиональные группы могут отличаться по социально-демографическим характеристикам (таким как гендер) или другим признакам, которые могут влиять на выбор и предпочтения. Помимо профессиональных

групп, также важно, чтобы в исследованиях результаты были дезагрегированы по таким параметрам личной идентичности, как гендер, возраст, класс, этническая принадлежность, миграционный статус, гражданское состояние, язык, сексуальная ориентация, инвалидность, религия и социально-демографическое происхождение, чтобы лучше понять эффективность политики в отношении различных групп работников здравоохранения и иметь возможность более эффективно проводить политику, направленную на решение гендерных проблем, равенства и прав человека более ощутимым и основанным на фактах способом. Исследования ситуации с сельскими медицинскими коллективами также важны. Для обеспечения справедливости и всеобъемлющего характера политики крайне важно понимать потребности и ожидания различных групп, профессий и коллективов путем проведения более широких исследований в странах с низким и средним уровнем дохода и неанглоязычных странах. Понимание того, что лучше всего работает в различных регионах и группах с разным уровнем дохода, может помочь разработать более действенную политику и выбрать наиболее подходящий комплекс мероприятий.

5.2 Включение доступа к медицинским услугам в сельской местности в исследования систем здравоохранения и результатов здравоохранения

Опираясь на увеличение размера и масштабов исследовательской базы, наблюдаемое с момента публикации *Рекомендаций по глобальной политике* 2010 г., главной задачей на будущее будет укрепление партнерских отношений для обеспечения того, чтобы исследования в сельских районах и дезагрегация данных на субнациональном уровне были включены в исследования систем здравоохранения и результатов здравоохранения в более широком смысле.

Важнейшим следующим шагом для проведения исследований и получения фактических данных будет измерение влияния справедливого доступа к услугам здравоохранения на результаты в плане укрепления здоровья, в частности, оценка влияния мероприятий в интересах сельских медицинских работников на обеспечение справедливости в сфере здравоохранения.

Строгое измерение результатов и воздействия для обеспечения качества исследований в этой области является главной задачей на будущее. Чтобы уменьшить неравенство в распределении медицинских кадров, важно измерять и контролировать его связь с показателями состояния здоровья. Это имеет ключевое значение для объединения усилий партнеров по решению проблемы сохраняющегося дефицита медицинских кадров в сельской местности во всем мире.

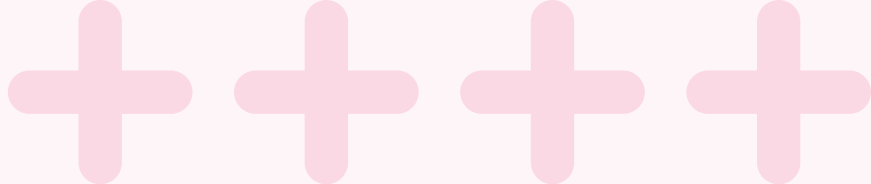
5.3 Обеспечение тщательности и продуманности оценок

Проведение оценок имеет большое значение, поскольку это помогает лицам, формирующим политику, осуществлять выбор интервенций, однако в этой области существует мало хорошо спланированных оценок, несмотря на значительное количество описательных данных, подчеркивающих проблемы и трудности работы в сельских районах. Отсутствие непрерывной оценки политики от вводимых ресурсов до конечных результатов и до этапа воздействия, имеет большие последствия для разработки политики, основанной на фактических данных. Методологические трудности являются одной из основных причин этого, наряду с потенциальными финансовыми барьерами для финансирования таких оценок. Увязка исследований с существующими усилиями по сбору продольных данных, такими как Национальная система учета кадров здравоохранения или механизм отчетности по Глобальному кодексу ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, может помочь сократить дублирование работы. При проведении исследований необходимо иметь исходную точку отсчета, относительно которой можно измерять прогресс. Важно также иметь соответствующую группу для сравнения и сравнивать результаты до и после осуществления данного мероприятия. Кроме того, в начале процесса необходимо согласовывать конкретные и значимые показатели, а также порядок использования соответствующих методов и источников данных для измерения этих показателей (48, 49).

Как явствует из характера фактических данных и таблиц с описательными данными, очень небольшое количество фактических данных в этой области можно отнести к «высококачественным». Например, в ходе систематического Кокрановского обзора не было выявлено каких-либо рандомизированных контролируемых исследований в этой области, поэтому в обзор были включены квази-рандомизированные исследования, исследования до и после реализации стратегий и обсервационные исследования (72). В отличие от клинической практики, очень трудно провести рандомизированные контролируемые испытания, чтобы понять эффект многих вмешательств, предложенных в данном документе. Это сложные вмешательства, предполагающие получение нескольких результатов, и при этом на наблюдаемый результат определенного вмешательства могут повлиять многие сопутствующие факторы. В дополнение к количественным исследованиям, в будущем необходимо будет проводить тщательные качественные исследования (204).

Поэтому концептуальная информация (касающаяся вопросов «почему» и «каким образом») была очень важна при разработке этих рекомендаций. Руководящая группа данного руководства провела серьезную работу, чтобы выйти за рамки систематического обзора эффектов как единственного источника фактических данных, и собрала данные по результатам систематического обзора контекстуальной информации, а также опроса заинтересованных сторон, чтобы обеспечить систематический учет и включение этих элементов в рекомендации.

В данном руководстве серьезное внимание уделяется дополнительным вопросам доступа и обеспечения кадрами, однако важно рассматривать этот вопрос с разных сторон. Например, информация о предпочтениях населения и приемлемости медицинской помощи, которые влияют на спрос на эти услуги, была ограниченной. Важно устранить этот пробел, чтобы лучше понять факторы, определяющие спрос на услуги здравоохранения в сельских и отдаленных районах, включая приемлемость и барьеры для доступа (например, стоимость услуг), и то, как они различаются между общинами и членами общин, и в то же время рассмотреть вопросы расы, пола, этнической принадлежности, языка, сексуальной ориентации, инвалидности и социально-демографического фона общины, которые являются важными компонентами спроса на услуги здравоохранения.



6.0 Обновление данного руководства

Количество данных о развитии, привлечении, найме и удержании кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах продолжает расти. Тем не менее некоторые пробелы в этих данных сохраняются.

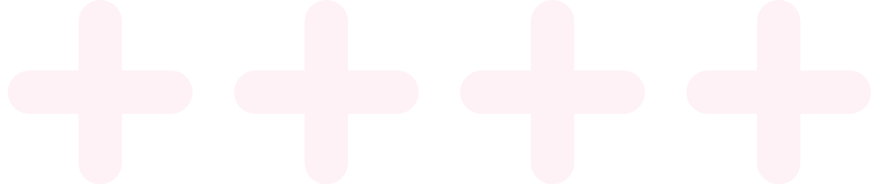
65

Количество данных о развитии, привлечении, найме и удержании кадров здравоохранения в сельских и отдаленных районах продолжает расти. Тем не менее некоторые пробелы в этих данных сохраняются. ГРПП рекомендует чаще пересматривать и обновлять данное руководство с возможным расширением сферы его применения. Поэтому через пять лет после публикации это руководство будет обновлено и пересмотрено. По мере приближения к концу предложенного пятилетнего периода Секретариат ВОЗ и Руководящая группа ВОЗ будут оценивать обоснованность рекомендаций и необходимость подготовки нового или расширенного руководства по данной теме.

Будущие пересмотренные варианты должны содержать структуру для мониторинга входных данных - выходных данных - результатов и воздействия. Следует рассмотреть вопрос об актуальности существующих категорий. Если будут выявлены новые вопросы, следует обновить обзор и расширить поиск и оценку фактических данных, чтобы включить их, применяя при этом процесс разработки руководящих принципов ВОЗ. ВОЗ приветствует предложения относительно дополнительных вопросов, которые следует рассмотреть при обновлении данного руководства.

Библиография

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World urbanization prospects: the 2018 revision. New York: United Nations; 2019.
2. Kuddus MA, Tynan E, McBryde E. Urbanization: a problem for the rich and the poor? Public Health Reviews. 2020;41(1):1. doi:10.1186/s40985-019-0116-0.
3. Liu Y, Li Y. Revitalize the world's countryside. Nature. 2017;548(7667):275–7 (<http://www.nature.com/articles/548275a>, accessed 10 January 2021).
4. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report – executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328913>, accessed 10 January 2021).
5. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. Lancet. 2004;364(9445):1603-9. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17313-3. PMID: 15519630.
6. Joint Learning Initiative, editor. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2004 (https://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf, accessed 10 January 2021).
7. Всемирный доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. – Совместная работа на благо здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006 г.
8. Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством совершенствования системы сохранения кадров. Рекомендации по глобальной политике. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г.
9. The state of the world's children 2016: a fair chance for every child. New York: United Nations Children's Fund; 2016 (https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf, accessed 10 January 2021).
10. Delivery care: global delivery care coverage and trends – percentage of births assisted by a skilled birth attendant, by country. New York: United Nations Children's Fund (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>, accessed 10 January 2021).
11. Состояние сестринского дела в мире, 2020 г. Вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>, по состоянию на 10 января 2021 г.).
12. Viscomi M, Larkins S, Sen Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. Canadian Journal of Rural Medicine. 2013;18:13–23.
13. Partnership for a New American Economy. Life support: the shortage of physicians in America's rural counties and how foreign-born doctors can help. New American Economy Research Fund; 2015 (<http://research.newamericaneconomy.org/wp-content/uploads/2015/09/lifesupport929-1.pdf>, accessed 10 January 2021).
14. Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia: Brasil [Understanding the need for doctors in the interior of the Amazon: Brazil]. Revista Brasileira de Educação Médica [Brazilian Journal of Medical Education]. 2014;38(4):451–9 (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000400006&lng=pt&tlng=pt, accessed 10 January 2021).



15. Ahmed SM, Evans TG, Standing H, Mahmud S. Harnessing pluralism for better health in Bangladesh. *Lancet*. 2013;382(9906):1746–55 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613621479>, accessed 10 January 2021).
16. Rao KD, Shahrawat R, Bhatnagar A. Composition and distribution of the health workforce in India: estimates based on data from the National Sample Survey. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2016;5(2):133–140 (<http://www.who-seajph.org/text.asp?2016/5/2/133/206250>, accessed 10 January 2021).
17. Rural pharmacy and prescription drugs. Rural Health Information Hub (<https://www.ruralhealthinfo.org/topics/pharmacy-and-prescription-drugs>, accessed 10 January 2021).
18. The distribution of the U.S. primary care workforce. Primary Care Workforce Facts and Stats No. 3. Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 (<https://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/cpwork3/index.html>, accessed 10 January 2021).
19. Rural health statistics 2014–15. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Statistics Division; 2015 (https://wcd.nic.in/sites/default/files/RHS_1.pdf, accessed 10 January 2021).
20. China statistical yearbook 2015. Beijing: National Bureau of Statistics of China; 2015 (<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2015/indexeh.htm>, accessed 10 January 2021).
21. Zhu A, Tang S, Thu NTH, Supheap L, Liu X. Analysis of strategies to attract and retain rural health workers in Cambodia, China, and Vietnam and context influencing their outcomes. *Human Resources for Health*. 2019;17(1):2. doi:10.1186/s12960-018-0340-6.
22. Global Health Workforce Alliance. Health workforce innovation: accelerating private sector responses to the human resources for health crisis. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/privatesectorhrh_report/en/, accessed 10 January 2021).
23. Odhiambo J, Rwabukwisi FC, Rusangwa C, Rusanganwa V, Hirschhorn LR, Nahimana E et al. Health worker attrition at a rural district hospital in Rwanda: a need for improved placement and retention strategies. *Pan African Medical Journal*. 2017;27:168.
24. Russell DJ, Zhao Y, Guthridge S, Ramjan M, Jones MP, Humphreys JS et al. Patterns of resident health workforce turnover and retention in remote communities of the Northern Territory of Australia, 2013–2015. *Human Resources for Health*. 2017;15(1):52 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0229-9>, accessed 11 January 2021).
25. The labour market for human resources for health in low- and middle-income countries. *Human Resources for Health Observer*, Issue No. 11. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://www.who.int/hrh/resources/Observer11_WEB.pdf?ua=1, accessed 11 January 2021).
26. Dieleman M, Harnmeijer J. Improving health worker performance: in search of promising practices. Geneva: World Health Organization, Department of Human Resources for Health; 2006 (https://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf, accessed 11 January 2021).
27. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):19 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-19>, accessed 11 January 2021).
28. Sheikh K, Freedman L, Ghaffar A, Marchal B, el-Jardali F, McCaffery J et al. Posting and transfer: key to fostering trust in government health services. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):82 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0080-9>, accessed 11 January 2021).

29. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J editors. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf, accessed 11 January 2021).
30. Lemiere C, Herbst C, Jahanshahi N, Smith E, Souca A, editors. Reducing geographical imbalances of the distribution of health workers in sub-Saharan Africa: a labor market angle on what works, what does not, and why. Washington (DC): World Bank; 2011.
31. Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. Washington (DC): World Bank; 2013 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/273821468154769065/pdf/785060WP0HRHDC00Box377346B00PUBLIC0.pdf>, accessed 11 January 2021).
32. Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage. Universal health coverage: moving together to build a healthier world. New York: United Nations; 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, accessed 11 January 2021).
33. Addressing the 18 million health worker shortfall – 35 concrete actions and 6 key messages. Geneva: World Health Organization; 2019. (<http://www.who.int/hrh/news/2019/addressing-18million-hw-shortfall-6-key-messages/en/>, accessed 11 January 2021).
34. George A, Scott K, Govender V. A health policy and systems research reader on human resources for health. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241513357/en/>, accessed 11 January 2021).
35. Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. 63-я Всемирная ассамблея здравоохранения: ВА363.16. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2010 г. (https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1, по состоянию на 11 января 2021 г.).
36. Health workforce: health labour market. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hrh/labour-market/en/>, accessed 11 January 2021).
37. Национальная система учета кадров здравоохранения. Справочник. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2017 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259360>), по состоянию на 11 января 2021 г.).
38. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333>, accessed 11 January 2021).
39. Глобальная стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2016 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>, по состоянию на 11 января 2021 г.).
40. Rural poverty and health systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/130726/e94659.pdf?ua=1, accessed 11 January 2021).
41. Couper ID. Place in the sun: reflections on relationships, rules and rurality. Stellenbosch University; 2018 (<http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.31228.80002/1>, accessed 11 January 2021).
42. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. Family Practice. 2003;20(4):457–63 (<https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cm9422>, accessed 11 January 2021).

43. Wakerman J, Bourke L, Humphreys J, Taylor J. Is remote health different to rural health? *Rural Remote Health*. 2017;17(2) (<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3832>, accessed 11 January 2021).
44. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Human Resources for Health*. 2019;17(1):99 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0432-y>, accessed 11 January 2021).
45. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145714/1/9789241548960_eng.pdf, accessed 11 January 2021).
46. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64(4):383–94 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435610003306>, accessed 11 January 2021).
47. Ajuebor O, Boniol M, Mclsaac M, Onyedike C, Akl EA. Increasing access to health workers in rural and remote areas: what do stakeholders' value and find feasible and acceptable? *Human Resources for Health*. 2020;18:77.
48. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(5):357–63 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-070920.pdf>, accessed 14 January 2021).
49. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(5):379–85 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-070607.pdf>, accessed 14 January 2021).
50. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2020 (Human Resources for Health Observer Series No. 25). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
51. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine*. 2009;(6):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.
52. Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Djulbegovic B, Nothacker M, Lange S et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;80:3–7 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435616302311>, accessed 14 January 2021).
53. Buchan J. What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*. 2004;2(1):6 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-6>, accessed 14 January 2021).
54. Macduffie JP. Human resource bundles and manufacturing performance: organizational logic and flexible production systems in the world auto industry. *Industrial and Labor Relations Review*. 1995;48(2):197–221 (<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001979399504800201>, accessed 14 January 2021).
55. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S et al. Achieving change in primary care – effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009993 (<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-009993>, accessed 14 January 2021).
56. Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Global Health*. 2018;6(11):e1163–75 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X1830398X>, accessed 14 January 2021).

57. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Rican S. Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas? *Health Policy*. 2019;123(5):508–15 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016885101930048X>, accessed 14 January 2021).
58. Kwan MMS, Kondalsamy-Chennakesavan S, Ranmuthugala G, Toombs MR, Nicholson GC. The rural pipeline to longer-term rural practice: general practitioners and specialists. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180394 (<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0180394>, accessed 14 January 2021).
59. Астанинская декларация: Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи: Астана, Казахстан, 25 и 26 октября 2018 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>, по состоянию на 14 января 2021 г.).
60. Strasser R, Strasser S. Reimagining primary health care workforce in rural and underserved areas. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34906/Reimagining-Primary-Health-Care-Workforce-in-Rural-and-Underserved-Settings.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 14 January 2021).
61. Working for health and growth: investing in the health workforce. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250047>, accessed 14 January 2021).
62. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth: report of the expert group. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250040>, accessed 14 January 2021).
63. Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>, accessed 14 January 2021).
64. Hatcher AM, Onah M, Kornik S, Peacocke J, Reid S. Placement, support, and retention of health professionals: national, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. *Human Resources for Health*. 2014;12(1):14 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-14>, accessed 14 January 2021).
65. Mansoor GF, Hashemy P, Gohar F, Wood ME, Ayoubi SF, Todd CS. Midwifery retention and coverage and impact on service utilisation in Afghanistan. *Midwifery*. 2013;29(10):1088–94 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613813002398>, accessed 14 January 2021).
66. Joarder T, Rawal LB, Ahmed SM, Uddin A, Evans TG. Retaining doctors in rural Bangladesh: a policy analysis. *International Journal of Health Policy and Management*. 2018;7(9):847–58 (http://ijhpm.com/article_3495.html, accessed 21 January 2021).
67. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Make the SDGs a reality. New York: United Nations (<https://sdgs.un.org/>, accessed 14 January 2021).
68. Improving retention of health workers in rural and remote areas: case studies from WHO South-East Asia Region. WHO Regional Office for South-East Asia; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334227>, accessed 14 January 2021).
69. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>, accessed 14 January 2021).

-
70. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58.
 71. Fisher J, Cobb N, Pálsdóttir B, Gilbert JHV. Enabling universal coverage and empowering communities through socially accountable health workforce education. In: *Health employment and economic growth: an evidence base*. Geneva: World Health Organization; 2017:307–40.
 72. Grobler LA, Marais PN, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;(1):CD005314.
 73. Physician distribution and health care challenges in rural and inner-city areas: Council on Graduate Medical Education tenth report. United States Department of Health and Human Services; 1998 (https://pdfs.semanticscholar.org/3ea6/e4929741b25f9a4248795b79b2535cc5e277.pdf?_ga=2.105400577.364003231.1588062340-333002452.1585246733, accessed 14 January 2021).
 74. Geyman JP, Hart LG, Norris TE, Coombs JB, Lishner DM. Educating generalist physicians for rural practice: how are we doing? *Journal of Rural Health*. 2000;16(1):56–80.
 75. Tesson G, Curran V, Pong R, Strasser R. Advances in rural medical education in three countries: Canada, the United States and Australia. *Education for Health: Change in Learning and Practice*. 2005;18(3):405–15.
 76. Framing the health workforce agenda for the Sustainable Development Goals: biennium report 2016–2017: WHO health workforce. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272600>, accessed 14 January 2021).
 77. Norbye B, Skaalvik MW. Decentralized nursing education in northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health*. 2013;72(1):22793 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ijch.v72i0.22793>, accessed 14 January 2021).
 78. Cristobal F, Worley P. Can medical education in poor rural areas be cost-effective and sustainable: the case of the Ateneo de Zamboanga University School of Medicine. *Rural and Remote Health*. 2012;12:1835.
 79. MacDowell M, Glasser M, Hunsaker M. A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program, University of Illinois. *Academic Medicine*. 2013;88(12):1941–7 (<http://journals.lww.com/00001888-201312000-00039>, accessed 14 January 2021).
 80. Boonluksiri P, Tumviriyakul H, Arora R, Techakehakij W, Chamnan P, Umthong N. Community-based learning enhances doctor retention. *Education for Health*. 2018;31(2):114 (<http://www.educationforhealth.net/text.asp?2018/31/2/114/246748>, accessed 14 January 2021).
 81. Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health*. 2003;11(6):277–84 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1584.2003.00534.x>, accessed 14 January 2021).
 82. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Rabinowitz C. Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Academic Medicine*. 2005;80(8):728–32 (<http://journals.lww.com/00001888-200508000-00004>, accessed 14 January 2021).
-

83. de Vries E, Reid S. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal*. 2003;93(10):789–93.
84. Woloschuk W, Tarrant M. Do students from rural backgrounds engage in rural family practice more than their urban-raised peers? *Medical Education*. 2004;38(3):259–61.
85. McGregor RG, Ross AJ, Zihindula G. The socioeconomic impact of rural-origin graduates working as healthcare professionals in South Africa. *South African Family Practice*. 2019;61(5):184–9 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20786190.2019.1647006>, accessed 14 January 2021).
86. Campbell LM, Ross AJ, MacGregor RG. The Umthombo Youth Development Foundation, South Africa: lessons towards community involvement in health professional education. *African Journal of Health Professions Education*. 2016;8(1):50 (<http://www.ajhpe.org.za/index.php/ajhpe/article/view/559>, accessed 14 January 2021).
87. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Education for Health*. 2012;25(3):180 (<http://www.educationforhealth.net/text.asp?2012/25/3/180/109785>, accessed 18 January 2021).
88. Strasser R, Neusy A-J. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(10):777–82 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/10/09-072462.pdf>, accessed 18 January 2021).
89. Bratt MM, Baernholdt M, Pruszynski J. Are rural and urban newly licensed nurses different? A longitudinal study of a nurse residency programme. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(6):779–91. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01483.x.
90. Alebachew A, Waddington C. Improving health system efficiency: Ethiopia: human resources for health reforms. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/187240>, accessed 18 January 2021).
91. Review of Australian Government health workforce programs: 4.1 Health education strategies for rural distribution. Government of Australia, Department of Health (<https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-health-education-strategies-rural-distribution>, accessed 18 January 2021).
92. Bentley M, Dummond N, Isaac V, Hodge H, Walters L. Doctors' rural practice self-efficacy is associated with current and intended small rural locations of practice. *Australian Journal of Rural Health*. 2019;27(2):146–52 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajr.12486>, accessed 18 January 2021).
93. Johnson G, Byun R, Foster K, Wright F, Blinkhorn A. A longitudinal workforce analysis of a Rural Clinical Placement Program for final year dental students. *Australian Dental Journal*. 2019;64(2):181–92 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/adj.12691>, accessed 18 January 2021).
94. Thackrah RD, Hall M, Fitzgerald K, Thompson SC. Up close and real: living and learning in a remote community builds students' cultural capabilities and understanding of health disparities. *International Journal for Equity in Health*. 2017;16(1):119 (<http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0615-x>, accessed 18 January 2021).
95. Smucny J, Beatty P, Grant W, Dennison T, Wolff LT. An evaluation of the Rural Medical Education Program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990–2003. *Academic Medicine*. 2005;80(8):733–8 (<http://journals.lww.com/00001888-200508000-00006>, accessed 18 January 2021).

-
96. Winn CS, Chisholm BA, Hummelbrunner JA, Tryssenaar J, Kandler LS. Impact of the Northern Studies Stream and Rehabilitation Studies programs on recruitment and retention to rural and remote practice: 2002-2010. *Rural and Remote Health*. 2015;15(2):3126.
 97. Strasser R, Hogenbirk JC, Lewenberg M, Story M, Kevat A. Starting rural, staying rural: how can we strengthen the pathway from rural upbringing to rural practice? *Australian Journal of Rural Health*. 2010;18(6):242–8 (<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1584.2010.01167.x>, accessed 18 January 2021).
 98. Gaski M, Abelsen B. Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas. *International Journal of Circumpolar Health*. 2017;76(1):1314415 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22423982.2017.1314415>, accessed 18 January 2021).
 99. Craig PL, Barnard A, Glasgow N, May E. Evaluating the health “hubs and spokes” interprofessional placements in rural New South Wales, Australia. *Journal of Allied Health*. 2014;43(3):176–83.
 100. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher*. 2004;26(3):265–72 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159042000192055>, accessed 18 January 2021).
 101. Kaye DK, Mwanika A, Sewankambo N. Influence of the training experience of Makerere University medical and nursing graduates on willingness and competence to work in rural health facilities. *Rural and Remote Health*. 2010;10(1):1372.
 102. Mathews M, Rourke JTB, Park A. The contribution of Memorial University’s medical school to rural physician supply. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2008;13(1):15–21.
 103. Rourke J, Asghari S, Hurley O, Ravalia M, Jong M, Graham W et al. Does rural generalist focused medical school and family medicine training make a difference? Memorial University of Newfoundland outcomes. *Rural Remote Health*. 2018;18(1):4426 (<https://www.rrh.org.au/journal/article/4426>, accessed 18 January 2021).
 104. Worley P, Silagy C, Prideaux D, Newble D, Jones A. The Parallel Rural Community Curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Medical Education*. 2000;34(7):558–65. (<http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2923.2000.00668.x> accessed 18 January 2021).
 105. Eidson-Ton WS, Rainwater J, Hilty D, Henderson S, Hancock C, Nation CL et al. Training medical students for rural, underserved areas: a rural medical education program in California. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2016;27(4):1674–88 (<https://muse.jhu.edu/article/634621>, accessed 18 January 2021).
 106. Wilson AA. Impact of management development on nurse retention. *Nursing Administration Quarterly*. 2005;29(2):137–45 (<http://journals.lww.com/00006216-200504000-00008>, accessed 18 January 2021).
 107. Squires A. New graduate orientation in the rural community hospital. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2002;33(5):203–9 (<https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2002-9-33-5/%7Bbe3ef642-1972-4811-94dc-8126582b602a%7D/new-graduate-orientation-in-the-rural-community-hospital>, accessed 18 January 2021).
 108. MacVicar R, Clarke G, Hogg DR. Scotland’s GP Rural Fellowship: an initiative that has impacted on rural recruitment and retention. *Rural and Remote Health*. 2016;16(1):3550.
-

109. Straume K, Shaw DM. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(5):390–4 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-072686.pdf>, accessed 18 January 2021).
110. Cross W, Wyman PA. Training and motivational factors as predictors of job satisfaction and anticipated job retention among implementers of a school-based prevention program. *Journal of Primary Prevention*. 2006;27(2):195–215 (<http://link.springer.com/10.1007/s10935-005-0018-4>, accessed 18 January 2021).
111. O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolfe F, Davis D, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001;CD003030. doi:10.1002/14651858.CD003030.
112. White CD, Willett K, Mitchell C, Constantine S. Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural and Remote Health*. 2007;7(2):700.
113. Healey-Ogden M, Wejr P, Farrow C. British Columbia: improving retention and recruitment in smaller communities. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 2012;25:37–44 (<http://www.longwoods.com/content/22812>, accessed 18 January 2021).
114. Michel-Schuldt M, Dayon MB, Toft Klar R, Subah M, King-Lincoln E, Kpangbala-Flomo C et al. Continuous professional development of Liberia's midwifery workforce: a coordinated multi-stakeholder approach. *Midwifery*. 2018;62:77–80 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613818300664>, accessed 18 January 2021).
115. Humphreys J, Wakerman J, Wells R, Kuipers P, Jones J, Entwistle P et al. Improving primary healthcare workforce retention in small rural and remote health communities: how important is ongoing education and training? Australian National University; 2017 (<https://openresearch-repository.anu.edu.au/handle/1885/119207>, accessed 18 January 2021).
116. Van Dormael M, Dugas S, Kone Y, Coulibaly S, Sy M, Marchal B et al. Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali. *Human Resources for Health*. 2008;6(1):25 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-6-25>, accessed 18 January 2021).
117. Assessing scope of practice in health care delivery: critical questions in assuring public access and safety. Federation of State Medical Boards; 2005 (<https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/policies/assessing-scope-of-practice-in-health-care-delivery.pdf>, accessed 19 January 2021).
118. Henry LR, Hooker RS, Yates KL. The role of physician assistants in rural health care: a systematic review of the literature. *Journal of Rural Health*. 2011;27(2):220–9. doi:10.1111/j.1748-0361.2010.00325.x.
119. Hoodless M, Bourke L. Expanding the scope of practice for enrolled nurses working in an Australian rural health service: implications for job satisfaction. *Nurse Education Today*. 2009;29(4):432–8 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691708001305>, accessed 19 January 2021).
120. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324(7341):819–23 (<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.324.7341.819>, accessed 19 January 2021).
121. Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):824–33 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/11/13-118786.pdf>, accessed 19 January 2021).

-
122. Taegtmeier M, Martineau T, Namwebya JH, Ikahu A, Ngare CW, Sakwa J et al. A qualitative exploration of the human resource policy implications of voluntary counselling and testing scale-up in Kenya: applying a model for policy analysis. *BMC Public Health*. 2011;11(1):812 (<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-812>, accessed 19 January 2021).
 123. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*. 2007;370(9605):2158–63 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607607855>, accessed 19 January 2021).
 124. Lewin S, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja GN, van Wyk BE et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;CD004015.pub2. doi:10.1002/14651858.CD004015.pub2.
 125. Kurti L, Rudland S, Wilkinson R, DeWitt D, Zhang C. Physician’s assistants: a workforce solution for Australia? *Australian Journal of Primary Health*. 2011;17(1):23 (<http://www.publish.csiro.au/?paper=PY10055>, accessed 19 January 2021).
 126. Munga MA, Kilima SP, Mutalemwa PP, Kisoka WJ, Malecela MN. Experiences, opportunities and challenges of implementing task shifting in underserved remote settings: the case of Kongwa district, central Tanzania. *BMC International Health and Human Rights*. 2012;12(1):27 (<https://bmcinthealthhumanrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-12-27>, accessed 19 January 2021).
 127. Okyere E, Mwanri L, Ward P. Is task-shifting a solution to the health workers’ shortage in Northern Ghana? *PLoS One*. 2017;12(3):e0174631 (<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0174631>, accessed 19 January 2021).
 128. Pereira C, Cumbi A, Malalane R, Vaz F, McCord C, Bacci A et al. Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2007;114(12):1530–3. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01489.x.
 129. Grant M, Wilford A, Haskins L, Phakathi S, Mntambo N, Horwood CM. Trust of community health workers influences the acceptance of community-based maternal and child health services. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*. 2017;9:1 (<https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1281>, accessed 19 January 2021).
 130. Руководство ВОЗ по поддержке политики и систем здравоохранения с целью оптимизации программ в отношении общинных работников здравоохранения. Женева, Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf>, по состоянию на 19 января 2021 г.).
 131. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(5):364–70.
 132. Reid SJ. Compulsory community service for doctors in South Africa: an evaluation of the first year. *South African Medical Journal*. 2001;91(4):329–35 (<https://www.ajol.info/index.php/samj/article/view/157573>, accessed 22 January 2021).
 133. Cavender A, Albán M. Compulsory medical service in Ecuador: the physician’s perspective. *Social Science and Medicine*. 1998;47(12):1937–46 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953698003359>, accessed 22 January 2021).
-

134. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2009;9(1):86 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-86>, accessed 22 January 2021).
135. Mathews M, Heath SL, Neufeld SM, Samarasena A. Evaluation of physician return-for-service agreements in Newfoundland and Labrador. *Healthcare Policy = Politiques De Sante*. 2013;8(3):42–56.
136. Devine SG, Williams G, Nielsen I. Rural allied health scholarships: do they make a difference? *Rural and Remote Health*. 2013;13(4):2459.
137. Renner DM, Westfall JM, Wilroy LA, Ginde AA. The influence of loan repayment on rural healthcare provider recruitment and retention in Colorado. *Rural and Remote Health*. 2010;10(4):1605.
138. Martineau T, Decker K, Bundred P. “Brain drain” of health professionals: from rhetoric to responsible action. *Health Policy*. 2004;70(1):1–10 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851004000077>, accessed 23 January 2021).
139. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in north Viet Nam. *Human Resources for Health*. 2003;1(1):10 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-10>, accessed 23 January 2021).
140. Iipinge SN, Hofnie K, van der Westhuizen L, Pendukeni M. Perceptions of health workers about conditions of service: a Namibian case study. *Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET)*; 2006 (<http://www.albacharia.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/31905/DIS35HRiipinge.pdf>, accessed 23 January 2021).
141. Mangham LJ, Hanson K. Employment preferences of public sector nurses in Malawi: results from a discrete choice experiment. *Tropical Medicine and International Health*. 2008;13(12):1433–41 (<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-3156.2008.02167.x>, accessed 23 January 2021).
142. Martineau T, Lehmann U, Matwa P, Kathyola J, Storey K. Factors affecting retention of different groups of rural health workers in Malawi and Eastern Cape Province, South Africa. Geneva: World Health Organization, Alliance for Health Policy and Systems Research; 2006.
143. Kotzee TJ, Couper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? *Rural and Remote Health*. 2006;6(3):581.
144. Humphreys J, Wakerman J, Pashen D, Buykx P. Retention strategies and incentives for health workers in rural and remote areas: what works? Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute; 2009 (https://rsph.anu.edu.au/files/international_retention_strategies_research_pdf_10642.pdf, accessed 23 January 2021).
145. Ashkenazi Y, Gordon M, Rosen B. Using financial incentives to attract medical residents to the periphery: the Israeli experience. *Health Policy*. 2019;123(1):80–6 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851018305827>, accessed 23 January 2021).
146. Lisam S, Nandi S, Kanungo K, Verma P, Mishra J, Mairembam D. Strategies for attraction and retention of health workers in remote and difficult-to-access areas of Chhattisgarh, India: do they work? *Indian Journal of Public Health*. 2015;59(3):189 (<http://www.ijph.in/text.asp?2015/59/3/189/164656>, accessed 23 January 2021).
147. Solowiej K, Upton P, Upton D. A scheme to support the recruitment and retention of allied health professionals to hard to fill posts in rural areas. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2010;17(10):545–55 (<http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/ijtr.2010.17.10.78813>, accessed 23 January 2021).

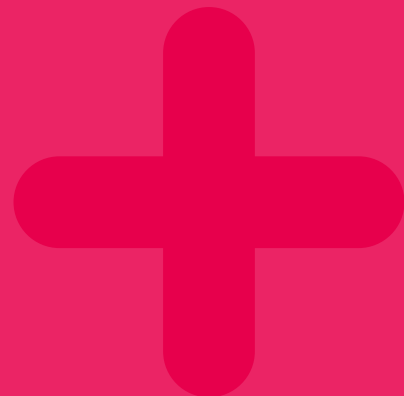
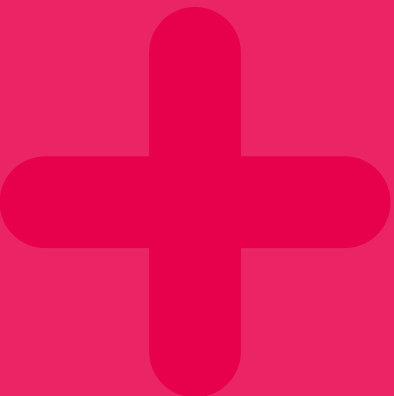
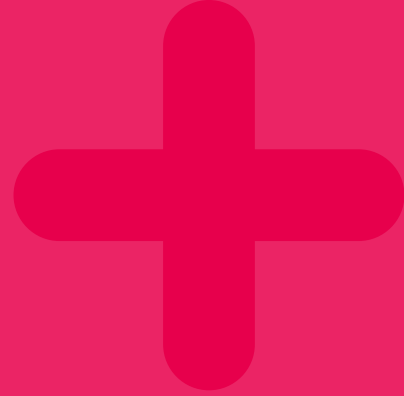
-
148. Sirili N, Frumence G, Kiwara A, Mwangi M, Anaeli A, Nyamhanga T et al. Retention of medical doctors at the district level: a qualitative study of experiences from Tanzania. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):260 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3059-0>, accessed 23 January 2021).
149. Goma FM, Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Libetwa M, Nzala SH, Mbwili-Muleya C et al. Evaluation of recruitment and retention strategies for health workers in rural Zambia. *Human Resources for Health*. 2014;12:S1 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-S1-S1>, accessed 23 January 2021).
150. Reid S. Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals. Durban: Health Systems Trust; 2004 (https://www.researchgate.net/publication/322273005_Monitoring_the_effect_of_the_new_rural_allowance_for_health_professionals, accessed 23 January 2021).
151. Yong J, Scott A, Gravelle H, Sivey P, McGrail M. Do rural incentives payments affect entries and exits of general practitioners? *Social Science and Medicine*. 2018;214:197–205 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953618304386>, accessed 23 January 2021).
152. Singh D, Negin J, Otim M, Orach CG, Cumming R. The effect of payment and incentives on motivation and focus of community health workers: five case studies from low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):58 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0051-1>, accessed 23 January 2021).
153. Janes R, Dowell A. New Zealand Rural General Practitioners 1999 Survey, Part 3: rural general practitioners speak out. *New Zealand Medical Journal*. 2004;117(1191):U815.
154. Mkoka DA, Mahiti GR, Kiwara A, Mwangi M, Goicolea I, Hurtig A-K. "Once the government employs you, it forgets you": health workers' and managers' perspectives on factors influencing working conditions for provision of maternal health care services in a rural district of Tanzania. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):77 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0076-5>, accessed 23 January 2021).
155. Narayan V, John-Stewart G, Gage G, O'Malley G. "If I had known, I would have applied": poor communication, job dissatisfaction, and attrition of rural health workers in Sierra Leone. *Human Resources for Health*. 2018;16(1):50 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0311-y>, accessed 23 January 2021).
156. Codjia L, Jabot F, Dubois H, World Health Organization. Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali [Evaluation of the support programme for the medicalization of rural health areas in Mali]. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44277>, accessed 23 January 2021).
157. Zimmerman M, Shah S, Shakyia R, Sundar Chansi B, Shah K, Munday D et al. A staff support programme for rural hospitals in Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(1):65–70.
158. Belaid L, Dagenais C, Moha M, Ridde V. Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: a mixed-method study in Niger. *Human Resources for Health*. 2017;15(1):60. (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0227-y> accessed 23 January 2021).
159. Darkwa EK, Newman MS, Kawkab M, Chowdhury ME. A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):344. (<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1012-z>, accessed 23 January 2021).
-

160. Bilodeau H, Leduc N. [Inventory of the main factors determining the attraction, installation and retention of physicians in remote areas]. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*. 2003;43(3):485–504.
161. Glazebrook RM, Harrison SL. Obstacles and solutions to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practitioners in Australia. *Rural Remote Health*. 2006;6(4):502.
162. Manahan C, Lavoie JG. Who stays in rural practice? An international review of the literature on factors influencing rural nurse retention. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2008;8(2):45–53.
163. Terry D, Lê Q, Nguyen U, Hoang H. Workplace health and safety issues among community nurses: a study regarding the impact on providing care to rural consumers. *BMJ Open*. 2015;5(8):e008306 (<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-008306>, accessed 24 January 2021).
164. Wurie HR, Samai M, Witter S. Retention of health workers in rural Sierra Leone: findings from life histories. *Human Resources for Health*. 2016;14(1):3 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0099-6>, accessed 24 January 2021).
165. Occupational health: a manual for primary health care workers. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/116326>, accessed 24 January 2021).
166. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42617>, accessed 24 January 2021).
167. Franche RL, Murray EJ, Ostry A, Ratner PA, Wagner SL, Harder HG. Work disability prevention in rural healthcare workers. *Rural and Remote Health*. 2010;10(4):1502.
168. Lenthall S, Wakerman J, Opie T, Dollard M, Dunn S, Knight S et al. What stresses remote area nurses? Current knowledge and future action. *Australian Journal of Rural Health*. 2009;17(4):208–13. doi:10.1111/j.1440-1584.2009.01073.x.
169. Lenthall S, Wakerman J, Dollard MF, Dunn S, Knight S, Opie T et al. Reducing occupational stress among registered nurses in very remote Australia: a participatory action research approach. *Collegian*. 2018;25(2):181–91 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1322769617300926>, accessed 24 January 2021).
170. George AS, McConville F, de Vries S, Nigenda G, Sarfraz S, Mclsaac M. Violence against female health workers is tip of iceberg of gender power imbalances. *BMJ*. 2020;371:m3546.
171. World Health Organization, Burton J. WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practices. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/113144>, accessed 24 January 2021).
172. International Labour Office, United Nations System Chief Executives Board for Coordination. Toolkit for mainstreaming employment and decent work: country level application. Geneva: ILO; 2008 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---exrel/documents/publication/wcms_172612.pdf, accessed 24 January 2021).
173. Decent work indicators. What makes work decent? And how to measure it? Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/integration/themes/mdw/WCMS_189392/lang--en/index.htm, accessed 24 January 2021).

-
174. Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human Resources for Health*. 2008;6(1):18 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-6-18>, accessed 24 January 2021).
 175. Couper ID, Hugo JFM, Conradie H, Mfenyana K, Members of the Collaboration for Health Equity through Education and Research (CHEER). Influences on the choice of health professionals to practice in rural areas. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*. 2007;97(11):1082–6.
 176. Expanded programme on immunization. Training for mid-level managers (MLM). Module 4: Supportive supervision. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/immunization/documents/mlm/en/>, accessed 24 January 2021).
 177. Rahman SM, Ali NA, Jennings L, Seraji MHR, Mannan I, Shah R et al. Factors affecting recruitment and retention of community health workers in a newborn care intervention in Bangladesh. *Human Resources for Health*. 2010;8(1):12 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-8-12>, accessed 24 January 2021).
 178. Abbey M, Bartholomew LK, Nonvignon J, Chinbuah MA, Pappoe M, Gyapong M et al. Factors related to retention of community health workers in a trial on community-based management of fever in children under 5 years in the Dangme West district of Ghana. *International Health*. 2014;6(2):99–105 (<https://academic.oup.com/inthealth/article-lookup/doi/10.1093/inthealth/ihu007>, accessed 24 January 2021).
 179. Watanabe M, Jennett P, Watson M. The effect of information technology on the physician workforce and health care in isolated communities: the Canadian picture. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 1999;5(2_suppl):11–19 (<http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/1357633991933477>, accessed 25 January 2021).
 180. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SSE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;CD003798 (<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003798.pub2>, accessed 25 January 2021).
 181. Gagnon M-P, Duplantie J, Fortin J-P, Landry R. Exploring the effects of telehealth on medical human resources supply: a qualitative case study in remote regions. *BMC Health Services Research*. 2007;7:6.
 182. Gagnon M-P, Duplantie J, Fortin J-P, Landry R. Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions: what are the conditions for success? *Implementation Science*. 2006;1(1):18 (<http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-1-18>, accessed 25 January 2021).
 183. Mbemba GIC, Bagayoko CO, Gagnon M-P, Hamelin-Brabant L, Simonyan DA. The influence of a telehealth project on healthcare professional recruitment and retention in remote areas in Mali: a longitudinal study. *SAGE Open Medicine*. 2016;4:2050312116648047.
 184. Komaromy M, Duhigg D, Metcalf A, Carlson C, Kalishman S, Hayes L et al. Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes): a new model for educating primary care providers about treatment of substance use disorders. *Substance Abuse*. 2016;37(1):20–4 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08897077.2015.1129388>, accessed 25 January 2021).
 185. Bagayoko C-O, Gagnon M-P, Traoré D, Anne A, Traoré AK, Geissbuhler A. E-health, another mechanism to recruit and retain healthcare professionals in remote areas: lessons learned from EQUI-ResHuS project in Mali. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2014;14(1):120 (<https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-014-0120-8>, accessed 25 January 2021).
-

186. Bervell B, Al-Samarraie H. A comparative review of mobile health and electronic health utilization in sub-Saharan African countries. *Social Science and Medicine*. 2019;232:1–16 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953619302242>, accessed 25 January 2021).
187. Ly BA, Labonté R, Bourgeault IL, Niang MN. The individual and contextual determinants of the use of telemedicine: a descriptive study of the perceptions of Senegal's physicians and telemedicine projects managers. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181070.
188. Мобильное здравоохранение. Новые горизонты здравоохранения через технологии мобильной связи. Серия «Глобальная обсерватория по электронному здравоохранению», Том 3 . Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г. (http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf, по состоянию на 25 января 2021 г.).
189. Masango S, Gathu K, Sibandze S. Retention strategies for Swaziland's health sector workforce: assessing the role of non-financial incentives. EQUINET Discussion Paper 68. Harare: Regional Network for Equity in Health in Southern Africa.
190. Butterworth K, Hayes B, Neupane B. Retention of general practitioners in rural Nepal: a qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*. 2008;16(4):201–6. doi:10.1111/j.1440-1584.2008.00976.x.
191. Connolly M, Sweet L, Campbell D. What is the impact of longitudinal rural medical student clerkships on clinical supervisors and hospitals? Rural longitudinal integrated clerkships. *Australian Journal of Rural Health*. 2014;22(4):179–88. doi:10.1111/ajr.12097.
192. Levesque M, Hatcher S, Savard D, Камыар RV, Jean P, Larouche C. Physician perceptions of recruitment and retention factors in an area with a regional medical campus. *Canadian Medical Education Journal*. 2018;9(1):e74–83.
193. Couper ID, Worley PS. Health and information in Africa: the role of the journal *Rural and Remote Health*. *Rural and Remote Health*. 2006;6(3):644.
194. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health*. 2003;1(1):12 (<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-12>, accessed 25 January 2021).
195. Gardiner M, Sexton R, Kearns H, Marshall K. Impact of support initiatives on retaining rural general practitioners. *Australian Journal of Rural Health*. 2006;14(5):196–201. doi:10.1111/j.1440-1584.2006.00808.x.
196. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):247 (<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-247>, accessed 25 January 2021).
197. World Health Organization, World Bank, United States Agency for International Development. How to conduct a discrete choice experiment for health workforce recruitment and retention in remote and rural areas: a user guide with case studies. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://www.who.int/hrh/resources/DCE_UserGuide_WEB.pdf?ua=1, accessed 25 January 2021).
198. Robyn PJ, Shroff Z, Zang OR, Kingue S, Djenouassi S, Kouontchou C et al. Addressing health workforce distribution concerns: a discrete choice experiment to develop rural retention strategies in Cameroon. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(3):169–80 (http://ijhpm.com/article_2956_616.html, accessed 25 January 2021).

-
199. Abdel-All M, Angell B, Jan S, Howell M, Howard K, Abimbola S et al. What do community health workers want? Findings of a discrete choice experiment among accredited social health activists (ASHAs) in India. *BMJ Global Health*. 2019;4(3):e001509 (<https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2019-001509>, accessed 25 January 2021).
200. Mandeville KL, Lagarde M, Hanson K. The use of discrete choice experiments to inform health workforce policy: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):367 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-367>, accessed 25 January 2021).
201. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D et al. How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;36(5):452–7 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379709000968>, accessed 25 January 2021).
202. Dal Poz M, Gupta N, Quain E, Soucat A, editors. *Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547703_eng.pdf, accessed 25 January 2021).
203. Buchan J. Reviewing the benefits of health workforce stability. *Human Resources for Health*. 2010;8:29. doi:10.1186/1478-4491-8-29.
204. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science*. 2018;13(S1):2 (<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0688-3>, accessed 26 January 2021).
-



ISBN 978-92-4-003457-0

