



Всемирная организация  
здравоохранения

Расширение доступа  
к работникам  
здравоохранения в  
отдаленных и сельских  
районах посредством  
совершенствования  
системы сохранения  
кадров

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО  
ГЛОБАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ**

**Расширение доступа к работникам  
здравоохранения в отдаленных и сельских  
районах посредством совершенствования  
системы сохранения кадров**

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ГЛОБАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ**

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations.

1.Health personnel. 2.Delivery of health care. 3.Rural health. 4.Rural health services. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 456401 1

(NLM classification: WA 390)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Printed in France

Graphic design: Atelier Rasmussen / CH 2011

## Предисловие

В настоящее время половина населения нашей планеты проживает в сельских и отдаленных районах. Проблема заключается в том, что большинство работников здравоохранения проживает в городах. Этот перекокс получил повсеместное распространение практически во всех странах и представляет собой серьезнейшую проблему в области обеспечения медико-санитарных услуг на национальном уровне. Вместе с тем его воздействие проявляется наиболее остро в странах с низким уровнем доходов. Этому есть две причины: одна состоит в том, что многие из этих стран уже и так страдают от острой нехватки работников здравоохранения во всех районах, а другая – в том, что доля населения, проживающего в сельских районах, как правило, более значительная в беднейших странах, нежели в богатых.

В этой связи Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала целый ряд всесторонних стратегий в целях оказания странам помощи в поощрении работников здравоохранения к тому, чтобы они жили и работали в сельских и отдаленных районах. Они включают мероприятия по уточнению методов отбора и образования студентов, а также по созданию для них лучших условий труда и жизни.

Первый шаг в этой работе заключался в выяснении того, что нормально работает в этом плане, в ходе процесса продолжительностью целый год, в котором участвовали самые разные эксперты из всех регионов мира. Второй шаг состоит в том, чтобы поделиться этими результатами с теми, кто в них нуждается, с помощью руководящих принципов, содержащихся в настоящем документе. Третий шаг будет заключаться в их применении и мониторинге и оценке прогресса и – что исключительно важно – в принятии соответствующих мер с учетом выводов, сделанных по итогам этого мониторинга и этой оценки.

Данные руководящие принципы представляют собой своего рода практическую методичку, которой могут воспользоваться все страны. В качестве таковой, они дополняют Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, принятый Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2010 года.

Этот Кодекс является по своей сути рамочной программой регулирования международной миграции в среднесрочном и долгосрочном плане. Данные руководящие принципы представляют собой средство, которое можно использовать без всякого промедления в целях устранения изначального фактора, являющегося причиной внутренней и международной миграции, – неудовлетворенности условиями жизни и труда в сельских районах.

В своей совокупности упомянутый выше Кодекс практики и эти новые руководящие принципы дают странам те инструменты, которые позволят им улучшить распределение рабочей силы и укрепить систему медико-санитарных услуг. Такая работа даст возможность решить эту застарелую проблему, содействовать обеспечению более равноправного доступа к системе медико-санитарных услуг и способствовать созданию условий для укрепления здоровья матери и ребенка и борьбы с такими болезнями, как СПИД, туберкулез и малярия.



Маргарет Чен  
Генеральный директор ВОЗ



## Участники и выражение признательности

Эти рекомендации являются частью программы Всемирной организация здравоохранения (ВОЗ) в области *расширения доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах посредством совершенствования системы сохранения кадров*. Эта программа является одним из основных компонентов работы ВОЗ по достижению Целей тысячелетия в области развития, укреплению систем здравоохранения и обеспечению всеобщего охвата населения первичной медико-санитарной помощью.

Эту работу невозможно было бы выполнить без активной поддержки со стороны Генерального директора ВОЗ Маргарет Чен и помощника Генерального директора по вопросам систем и услуг здравоохранения Кариссы Этьенн (Carissa Etienne). Разработка этих рекомендаций проводилась под руководством директора департамента кадровых ресурсов здравоохранения (HRH) Мануэля М. Дайрита (Manuel M. Dayrit) и координатора Отдела миграции и сохранения кадровых ресурсов здравоохранения (HMR) Марка Бреше (Jean-Marc Braichet).

Настоящие рекомендации были подготовлены и написаны Carmen Dolea (HMR/HRH), которой оказывали помощь в части научно-исследовательских вопросов и изложения Laura Stormont (HMR/HRH) и в части изложения и редактирования – Joanne McManus (независимый консультант, Оксфорд).

Первоначальные проекты и различные разделы этого доклада были подготовлены некоторыми членами группы экспертов ВОЗ по *расширению доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах посредством совершенствования системы сохранения кадров*, которые также написали комментарии к последующим проектам окончательного документа. В порядке признания их вклада они перечисляются ниже в алфавитном порядке.

*Руководящие принципы:* Ian Couper (Университет Витуотерстренд, Южная Африка), Marjolein Dieleman (Королевский институт тропической медицины, Нидерланды), Gilles Dussault (Лиссабонский институт гигиены и тропической медицины, Португалия), Jim McCaffery (Группа учебных ресурсов и проект «КапэситиПлюс», США).

*Меры в области образования:* Ian Couper (Университет Витуотерстренд, Южная Африка), Ray Pong (Лаврентийский университет, Канада), Estelle Quain (Агентство международного развития Соединенных Штатов, США), Roger Strasser (Медицинское училище Северного Онтарио, Канада).

*Меры в области регулирования:* Seble Frehywot (Университет Джорджа Вашингтона, США), Steve Reid (Кейптаунский университет, Южная Африка).

*Финансовые стимулы:* Christophe Lemièrre (Всемирный банк, Сенегал), Eric de Roodenbeke (Международная федерация больниц, Франция), Marko Vujicic (Всемирный банк, США), Pascal Zurn (HMR/HRH/ВОЗ).

*Персональная и профессиональная поддержка:* Grace Allen-Young (независимый консультант, Ямайка), Jim Buchan (Университет королевы Маргариты, Соединенное Королевство), Françoise Jabot (Высшая школа общественного здравоохранения, Франция), Jim McCaffery (Группа учебных ресурсов и проект «КапэситиПлюс», США), Eric de Roodenbeke (Международная федерация больниц, Франция), Julia Seyer (Всемирный альянс медицинских работников, Франция), Pawit Vanichanon (Лангунский госпиталь, Таиланд), Junhua Zhang (Министерство здравоохранения, Китай), Kim Webber (Агентство по вопросам трудовых ресурсов здравоохранения, Австралия).

Осуществление, мониторинг и оценка: Dina Balabanova (Лондонский колледж гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство), Jim Campbell («Интеграре», Испания), Laurence Codjia (Глобальный альянс трудовых ресурсов в области здравоохранения, Швейцария), Marjolein Dieleman (Королевский институт тропической медицины, Нидерланды),

Gilles Dussault (Лиссабонский институт гигиены и тропической медицины, Португалия), Adriana Galan (Национальный институт общественного здравоохранения, Румыния), Luis Huicho (Перуанский университет Кайэтано Эредима, Перу), Tim Martineau (Ливерпульский колледж тропической медицины, Соединенное Королевство), Mary O'Neil (организация «Искусство управления в интересах здоровья», США).

Пробелы в исследованиях и повестка дня исследований: Ian Couper (Университет Витутерстренд, Южная Африка), Gilles Dussault (Лиссабонский институт гигиены и тропической медицины, Португалия), Marjolein Dieleman (Королевский институт тропической медицины, Нидерланды), Steve Reid (Кейптаунский университет, Южная Африка).

Активное участие в консультативных совещаниях экспертов приняли следующие сотрудники ВОЗ. Сотрудники региональных бюро ВОЗ: Walid Abubaker (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья), Magdalene Awases (Региональное бюро ВОЗ для стран Африки), Muzaherul Huq (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии), Ezekiel Nukuro (Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана), Галина Перфильева (Европейское региональное бюро ВОЗ), Felix Rigoli (Региональное бюро ВОЗ для стран Америки). Сотрудники департаментов ВОЗ в штаб-квартире: Karin Bergstrom («Остановить туберкулез»), Delanyo Dovlo (организация работы систем здравоохранения и оказание медицинских услуг), Varatharajan Durairaj (финансирование систем здравоохранения).

Грамотное руководство работой консультативных совещаний экспертов показали Manuel M. Dayrit (HRH) и Charles Normand (Дублинский университет, Ирландия). Любые расхождения во мнениях между членами группы экспертов устранялись методом консенсуса.

**Методологическую поддержку** в вопросах подготовки таблиц фактических данных GRADE и балансовых рабочих таблиц оказал Elie Akl (Нью-Йоркский государственный университет в Буффало, Нью-Йорк, США). Участие в разработке рекомендаций Eli Akl не принимал.

**Заявление об отсутствии коммерческих интересов.** Все участники подписали заявление об отсутствии коммерческих интересов. Десять участников заявили о наличии интереса в плане получения некоммерческой финансовой поддержки на цели исследований и консультирования со стороны государственных органов, заинтересованных в сохранении работников здравоохранения. В этой связи было сочтено, что эти интересы не противоречат целям участия в разработке руководящих принципов.

**Рецензирование.** Настоящий документ был отрецензирован следующими экспертами: Lincoln Chen (Китайский медицинский совет, США), Yann Bourgueil (Институт по исследованиям и документации в области экономики здравоохранения, Франция), Christiane Wiskow (независимый консультант, Швейцария) и Uta Lehmann (Университет Западной Капской провинции). Комментарии рецензентов были направлены с помощью электронных средств связи и обсуждены на последнем совещании экспертов в полном составе в феврале 2010 года. После этого Секретариат ВОЗ внес необходимые изменения.

**Материально-техническую поддержку** в работе консультативных совещаний экспертов оказали Valérie Novarina – организация совещаний (HMR/HRH), Améline Chaouachi – ИТ и вебпубликации (HRH) и Gillian Weightman – финансовое управление (HRH). Дополнительную редакторскую поддержку оказал Ben Fouquet (HMR/HRH).

**Финансовая поддержка** на цели подготовки этих рекомендаций была получена от Агентства международного развития Соединенных Штатов и Европейского союза и получила высокую оценку. Мнения, выраженные в настоящей публикации, ни в коей мере не отражают официального мнения Агентства международного развития Соединенных Штатов и Европейского союза.

Полный список членов группы экспертов и других участников консультативных совещаний экспертов содержится в конце настоящего документа.

# Содержание

<b>Предисловие</b>	<b>i</b>
<b>Участники и выражение признательности</b>	<b>iii</b>
<b>Рабочее резюме</b>	<b>1</b>
<b>1. Введение</b>	<b>6</b>
1.1 Обоснование	6
1.2 Цель	8
1.3 Целевая аудитория	8
1.4 Сфера действия	8
1.4.1 Типы работников здравоохранения, которым адресованы настоящие рекомендации	9
1.4.2 Охват географических районов	9
1.4.3 Охват категорий мер регулирования	9
1.5 Процесс разработки глобальных рекомендаций	10
1.6 Процесс распространения	11
1.7 Методология	11
1.8 Структура доклада	12
<b>2. Руководящие принципы разработки национальной политики по совершенствованию системы сохранения работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах</b>	<b>13</b>
2.1 Акцент на обеспечение равенства в области здравоохранения	13
2.2 Включение политики сохранения кадров в сельской местности в качестве компонента национального плана в области здравоохранения	23
2.3 Понимание специфики трудовых ресурсов здравоохранения	24
2.4 Понимание более широкого контекста	26
2.5 Укрепление систем управления кадровыми ресурсами	26
2.6 Привлечение к работе всех заинтересованных сторон с самого начала процесса	28
2.7 Формирование навыка оценки и обучения	28
<b>3. Основанные на фактических данных рекомендации относительно улучшения системы привлечения, найма и сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах</b>	<b>29</b>
3.1 Образование	31
3.1.1 Отбор «правильных» студентов	31
3.1.2 Подготовка студентов ближе к сельским общинам	33
3.1.3 Привлечение студентов в сельские общины	34
3.1.4 Соответствие учебного плана сельским нуждам в области здравоохранения	35
3.1.5 Содействие повышению профессиональной квалификации	36
3.2 Меры в области регулирования	37
3.2.1 Создание условий для сельских работников здравоохранения в целях расширения их возможностей	38



3.2.2	Подготовка большего количества работников здравоохранения для более быстрого удовлетворения нужд в области здравоохранения сельских жителей	39
3.2.3	Максимально эффективное использование обязательной отработки	40
3.2.4	Увязка образовательных субсидий с обязательным распределением	41
3.3	Финансовые стимулы	43
3.3.1	Повышение привлекательности переезда в отдаленные и сельские районы	44
3.4	Профессиональная и персональная поддержка	45
3.4.1	Уделение внимания условиям жизни	46
3.4.2	Обеспечение соответствия рабочего места приемлемым стандартам	47
3.4.3	Содействие усилению взаимодействия между работниками здравоохранения в городской и сельской местности	48
3.4.4	Создание возможностей для продвижения сельских работников здравоохранения по служебной лестнице	49
3.4.5	Содействие обмену знаниями	50
3.4.6	Повышение статуса сельских работников здравоохранения	51
<b>4.</b>	<b>Измерение результатов: как выбрать, осуществить и оценить политику сохранения кадров в сельской местности</b>	<b>52</b>
4.1	Уместность: какие меры регулирования наилучшим образом соответствуют национальным приоритетам и ожиданиям работников здравоохранения и сельских общин?	54
4.2	Приемлемость: какие меры регулирования приемлемы в политическом плане и пользуются наибольшей поддержкой со стороны заинтересованных участников?	55
4.3	Доступность по цене: какие меры регулирования доступны по цене?	57
4.4	Эффективность: были ли учтены факторы взаимодополняемости и потенциальные непредусмотренные последствия между различными мерами регулирования?	58
4.5	Воздействие: какие показатели будут использоваться для измерения воздействия во времени?	59
<b>5.</b>	<b>Пробелы в исследованиях и повестка дня исследований</b>	<b>62</b>
5.1	Проблемы в исследованиях	62
5.1.1	Изучение всех типов работников здравоохранения	62
5.1.2	Больше научных исследований в странах с низким уровнем доходов	62
5.1.3	Больше тщательно продуманных оценок	62
5.1.4	Качество фактических данных– не только “то, что работает”, но также “почему” и “как”	63
5.2	Повестка дня исследований	63
<b>6.</b>	<b>Принятие решений о надежности рекомендаций</b>	<b>65</b>
	<b>Методология</b>	<b>97</b>
	<b>Список участников</b>	<b>103</b>
	<b>Библиография</b>	<b>103</b>

## Рабочее резюме

### Почему возникла необходимость в этих рекомендациях?

Во всех странах независимо от их уровня экономического развития специалисты по разработке политики стремятся обеспечить справедливость в области здравоохранения и удовлетворить медико-санитарные потребности своего населения, особенно тех групп, которые уязвимы и находятся в неблагоприятных условиях. Одна из наиболее сложных задач, стоящих перед ними, – обеспечить жителям сельских и отдаленных районов доступ к подготовленным работникам здравоохранения. Присутствие достаточного числа опытных и мотивированных работников здравоохранения в нужном месте и в нужное время имеет решающее значение для обеспечения эффективных медицинских услуг и улучшения результатов в плане укрепления здоровья. Недостаточное число квалифицированных работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах затрудняет доступ к услугам здравоохранения значительной доли населения, замедляет прогресс в направлении достижения Целей тысячелетия в области развития и ставит под сомнение стремление к достижению здоровья для всех. ВОЗ подготовила настоящие рекомендации в ответ на пожелания, высказанные глобальными лидерами, гражданским обществом и государствами-членами.

### Какова сфера применения этих рекомендаций?

Эти основанные на фактических данных рекомендации касаются перемещения работников здравоохранения в пределах национальных границ и сосредоточены исключительно на стратегиях повышения присутствия работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством совершенствования системы привлечения, найма и сохранения кадров. Они дополняют текущую работу ВОЗ над проектом кодекса практики международного найма персонала здравоохранения. Рекомендации касаются всех категорий работников здравоохранения в официальном регулируемом секторе здравоохранения, включая руководителей сферы здравоохранения и вспомогательный персонал, а также учащихся, стремящихся пройти или проходящих в настоящее время обучение по медико-санитарным дисциплинам.

### В чем состоят конкретные рекомендации?

Важно подчеркнуть, что основная часть доклада содержит значительно больше полезных данных и что наилучшие результаты будут достигнуты в результате отбора и осуществления целого комплекса рекомендаций, учитывающих конкретные условия.

#### А. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ОБРАЗОВАНИЯ

1. Используйте адресную политику набора, принимая на учебу по различным медицинским дисциплинам студентов из сельской местности с целью повысить вероятность того, что выпускники примут решение заниматься своей профессией в сельской местности.
2. Размещайте медицинские учебные заведения, университетские городки и программы ординатуры в области семейной медицины за пределами столичных и других крупных городов, поскольку выпускники этих учебных заведений и программ с большей вероятностью будут работать в сельской местности.
3. Обеспечьте студентам неполных программ высшего образования, изучающим различные медицинские дисциплины, получение опыта в сельских общинах и ротацию между лечебными учреждениями, так как это может оказать положительное влияние на привлечение и наем работников здравоохранения для работы в сельской местности.
4. Внесите изменения в учебные программы неполных и полных программ высшего образования, включив в них темы укрепления здоровья в сельской местности с целью повысить компетентность специалистов здравоохранения, работающих в сельской местности, и, таким образом, их удовлетворенность работой и желание остаться на местах.

5. Разработайте программы непрерывного обучения и повышения профессиональной квалификации, удовлетворяющие потребности сельских работников здравоохранения и осуществляемые по месту жительства и работы, с тем чтобы их можно было легче удержать на местах.

#### В. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОПРОСАМ РЕГУЛИРОВАНИЯ

1. Установите и регулируйте более широкие сферы практической деятельности в сельских или отдаленных районах с целью улучшить потенциальные возможности для удовлетворенности работой, способствуя тем самым найму и сохранению кадров.
2. Установите различные категории работников здравоохранения, предусмотрев соответствующую подготовку и систему регулирования для работы в сельской местности, с целью увеличить число работников здравоохранения, практикующих в сельских и отдаленных районах.
3. Обеспечьте, чтобы требования, касающиеся обязательной отработки в сельских и отдаленных районах, дополнялись соответствующей поддержкой и стимулами в целях расширения найма и последующего сохранения работников здравоохранения в этих районах.
4. Предоставляйте стипендии или денежные пособия или иные образовательные субсидии в сочетании с обеспеченными правовой санкцией компенсационными соглашениями об обязательной отработке в сельских или отдаленных районах с целью увеличить приток работников здравоохранения в эти районы.

#### С. РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ФИНАНСОВЫХ СТИМУЛОВ

1. Для того чтобы сохранить кадры в сельской местности, используйте в пределах своих финансовых возможностей комплекс финансовых стимулов (например, пособия за тяжелые условия труда, субсидии на жилье, бесплатное пользование транспортом, оплачиваемые отпуска и т.д.), которые были бы достаточны для того, чтобы перекрыть вмененные издержки, связанные с работой в сельской местности (как они воспринимаются работниками здравоохранения).

#### Д. РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ПЕРСОНАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

1. Улучшайте условия жизни работников здравоохранения и их семей и вкладывайте средства в инфраструктуру и услуги (санитария, электроснабжение, телекоммуникации, школы и т.д.), поскольку эти факторы оказывают существенное влияние на решение работников переехать в сельскую местность и там остаться.
2. Создайте хорошие и безопасные условия труда (включая соответствующее оборудование и принадлежности, благоприятное руководство и наставничество) с целью обеспечить профессиональную привлекательность этих должностей и, таким образом, улучшить условий найма и сохранения кадров здравоохранения в отдаленных и сельских районах.
3. Разработайте и осуществляйте соответствующие просветительские мероприятия с целью облегчить сотрудничество между работниками здравоохранения из районов с хорошим и недостаточным обслуживанием и, по возможности, используйте средства телемедицины, чтобы оказать дополнительную поддержку работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах.
4. Разработайте и поддерживайте программы служебного роста и создайте в сельской местности посты старшего звена, с тем чтобы работники здравоохранения могли продвигаться по служебной лестнице благодаря своему опыту, образованию и подготовке, не обязательно покидая сельские районы.

5. Поддерживайте развитие профессиональных сетей, сельских ассоциаций специалистов здравоохранения, журналы типа «здоровье на селе», и т.д. с целью поднять моральный дух и статус сельских провайдеров медицинских услуг и ослабить ощущение профессиональной изолированности.
6. Примите такие меры обеспечения общественного признания, как проведение сельских дней здоровья и присуждение наград и званий на местном, национальном и международном уровнях, с целью повысить статус работы в сельской местности, поскольку эти меры обеспечивают условия для повышения внутренней мотивации и способствуют, таким образом, сохранению кадров сельских работников здравоохранения.

### **Какими принципами следует руководствоваться при разработке национальных стратегий сохранения кадров в сельской местности?**

Все усилия по улучшению системы найма и сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах должны опираться на ряд взаимосвязанных принципов. Соблюдение принципа **справедливости в отношении здоровья** облегчит распределение имеющихся ресурсов таким образом, чтобы это способствовало сокращению случаев устранимых проявлений несправедливости в здравоохранении. В то же время закрепление в **национальном плане здравоохранения** соответствующих принципов сохранения кадров в сельской местности заложит основу для подотчетности всех партнеров за достижение ощутимых и поддающихся измерению результатов.

Выбор мероприятий следует производить с учетом глубокого **понимания особенностей кадров здравоохранения**. Для этого необходим, как минимум, всесторонний ситуационный анализ, анализ рынка труда и анализ факторов, влияющих на решение работников здравоохранения переехать в сельские и отдаленные районы, остаться там или уехать оттуда. Для того чтобы обеспечить такое положение, при котором выбранные программные меры хорошо вписывались бы и подходили к специфике каждой страны, следует также учитывать **более общие социальные, экономические и политические факторы**, которые оказывают воздействие на сохранение кадров на национальном, субнациональном и общинном уровнях.

Для оценки соответствующих вариантов и продвижения мер регулирования в целях совершенствования системы сохранения кадров здравоохранения в сельских районах потребуется опыт **управления кадровыми ресурсами** на центральном и местном уровнях, а для реализации выбранных стратегий – люди, обладающие развитыми навыками управления и руководства, особенно на уровне учреждений. Как и в случае политики, касающейся любой системы здравоохранения или трудовых ресурсов здравоохранения, важнейшим элементом успешной реализации политики сохранения кадровых ресурсов на селе является **причастность заинтересованных сторон** из всех секторов. Для того чтобы заручиться постоянной поддержкой всех участников, к этой работе необходимо подключить сообщества, профессиональные ассоциации и других субъектов, принимающих соответствующие решения, которые проживают и действуют в сельских и отдаленных районах.

Для того чтобы оценивать эффективность, пересматривать при необходимости принятые стратегии после начала их осуществления, фиксировать ценные усвоенные уроки, наращивать базу фактических данных и лучше понимать, как «работают» те или иные меры и почему они дают эффект в одних условиях, но безрезультатны в других, важное значение приобретает поддержка работы по проведению **мониторинга и оценки и оперативных исследований**.

### **Как выбирать и оценивать практические мероприятия?**

Как и во многих случаях осуществления политики в отношении систем здравоохранения, обоснованных оценок практических мероприятий по сохранению кадров в сельской местности не хватает. Для того чтобы поддержать необходимый системный сдвиг в сторону увеличения количества и повышения качества оценок, в настоящем докладе предлагаются основные положения и пять вопросов для специалистов по разработке политики, которыми

они могут руководствоваться при выборе, разработке, осуществлении и мониторинге и оценке надлежащих мер регулирования по сохранению кадров в сельской местности.

- a) Уместность: какие меры регулирования наилучшим образом соответствуют национальным приоритетам и ожиданиям работников здравоохранения и сельских общин?
- b) Приемлемость: какие меры регулирования приемлемы в политическом плане и пользуются наибольшей поддержкой со стороны заинтересованных участников?
- c) Доступность по цене: какие меры регулирования доступны по цене?
- d) Эффективность: были ли учтены факторы взаимодополняемости и потенциальные непредусмотренные последствия между различными мерами регулирования?
- e) 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 (привлекательность, наем, сохранение и эффективность работы кадров здравоохранения и систем здравоохранения в целом).

Одна из основных проблем оценки состоит в том, что ни одна из этих мер регулирования не влечет лишь какой-то один результат (или эффект), и ни один результат нельзя достичь с помощью лишь какой-то одной меры регулирования. Эта сложность затрудняет задачу измерения результатов и увязки воспринимаемых последствий с конкретными практическими мероприятиями.

#### **Как разрабатывались рекомендации?**

Секретариат ВОЗ образовал сбалансированную в гендерном отношении группу экспертов в составе исследователей, специалистов по разработке политики, финансовых доноров, представителей профессиональных объединений и исполнителей программ, привлеченных из всех регионов ВОЗ. Этой группе экспертов было поручено изучить существующие знания и фактические данные и предложить специалистам по разработке политики современные, практические указания относительно того, как разрабатывать, осуществлять и оценивать стратегии привлечения и сохранения работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах.

Рекомендации были подготовлены после всеобъемлющего обзора всех относящихся к делу существующих фактических данных, касающихся привлекаемости, найма и сохранения кадров здравоохранения в отдаленных и сельских районах. В процессе их выработки учитывался также страновой опыт и мнения экспертов, которые провели с февраля 2009 года по февраль 2010 года шесть совещаний. Группа экспертов высказала мнение о том, что в этой области важно понимать, работает ли та или иная мера регулирования или нет (эффективность), и если работает, то почему и каким образом. Важным элементом, с помощью которого можно объяснить различия между итогами или результатами одной и той же меры регулирования, является контекст, который, следовательно, необходимо полнее учитывать в процессе анализа этих мер регулирования.

В соответствии с требованиями Комитета по анализу руководящих принципов Организации (КАРП), были приложены всяческие усилия в целях соблюдения стандартов отчетности, обработки и использования фактических данных в процессе подготовки руководящих принципов ВОЗ. Сюда входит использование системы оценки фактических данных в отношении соответствующих мер регулирования, известной под названием GRADE (Классификация анализа, разработки и оценки рекомендаций), и представление качества фактических данных в формате GRADE. Однако в связи с обилием информации в этой области, прежде всего, что касается механизмов, которые обуславливают работу принятых мер регулирования, группа экспертов решила дополнить подход GRADE фактическими данными.

Наряду с настоящим документом, Секретариат ВОЗ публикует различные вспомогательные документы.

- Приложения на компакт-диске (CD-ROM) содержат все детальные фактические данные, использованные при разработке рекомендаций (профили фактических данных в формате GRADE, таблицы с описанием данных).
- Некоторые материалы, использованные при подготовке настоящего доклада, были опубликованы в мае 2010 года в специальном выпуске «Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения».
- ВОЗ опубликовала три заказанных ею обзора: обзор воздействия обязательной отработки на наем и сохранение кадров здравоохранения в сельских районах; «реалистичную» оценку, в ходе которой была сделана попытка не только понять, дают ли определенные меры регулирования эффект или нет, но и выяснить почему и каким образом; а также анализ роли информационно-разъяснительной поддержки при найме работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах.
- Осуществляется публикация серии всесторонних тематических исследований по странам, включая отчеты из Австралии, Вануату, Замбии, Китая, Лаосской Народно-Демократической Республики, Мали, Норвегии, Самоа, Сенегала и Эфиопии.

#### **Дальнейшие шаги**

Некоторые страны уже рассматривают возможность дальнейшей работы над этими рекомендациями, в том числе Лаосская Народно-Демократическая Республика и Мали, при техническом содействии, в случае необходимости, со стороны Секретариата ВОЗ. Некоторые члены группы экспертов возглавляют исследовательскую работу, призванную ликвидировать некоторые пробелы в фактических данных, которые были выявлены при подготовке настоящего документа.

Как ожидается, эти рекомендации сохраняют свою актуальность вплоть до 2013 года. После этого будет проведен обзор этих глобальных рекомендаций на основе новых фактических данных, а также результатов исследований и откликов тех стран, в которых они применялись. Ответственность за организацию этого обзора будет возложена на Отдел миграции и сохранения кадровых ресурсов здравоохранения в составе Департамента кадровых ресурсов здравоохранения в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Будет также рассмотрена возможность расширения сферы действия рекомендаций, например, путем включения стратегий найма и сохранения кадров во всех районах с низким уровнем обслуживания.

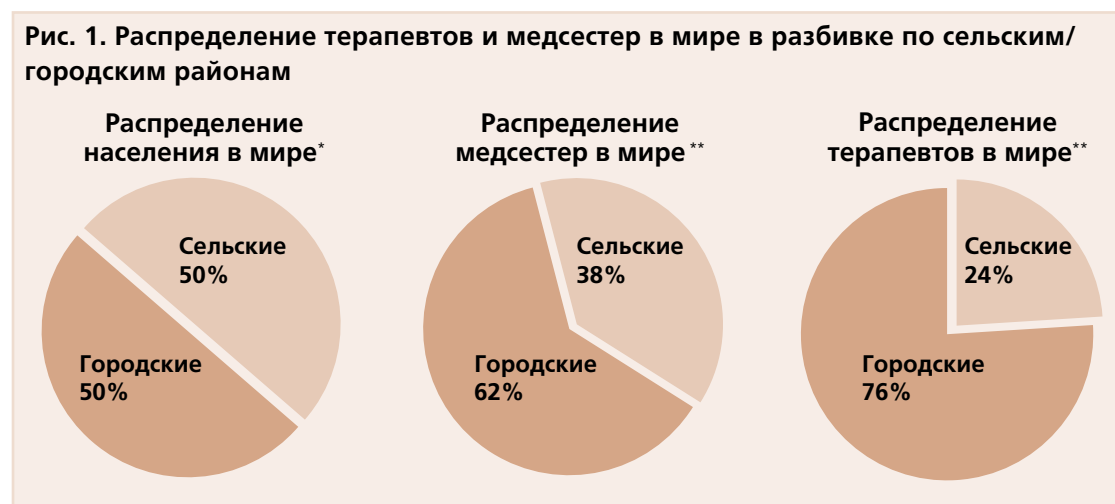
## 1. Введение

### 1.1 Обоснование

Во всех странах, независимо от их уровня экономического развития, специалисты по разработке политики стремятся обеспечить справедливость в области здравоохранения и удовлетворить медико-санитарные потребности своего населения, особенно тех групп, которые уязвимы и находятся в неблагоприятных условиях. Одна из наиболее сложных задач, стоящих перед ними, – обеспечить жителям сельских и отдаленных районов доступ к подготовленным работникам здравоохранения. Присутствие достаточного числа опытных и мотивированных работников здравоохранения в нужном месте и в нужное время имеет решающее значение для обеспечения эффективных медицинских услуг и улучшения результатов в плане укрепления здоровья. Недостаточное число квалифицированных работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах затрудняет доступ к услугам здравоохранения значительной доли населения, замедляет прогресс в направлении достижения Целей тысячелетия в области развития и ставит под сомнение стремление к достижению здоровья для всех.

Это – глобальная проблема, которая затрагивает практически все страны. Приблизительно половина населения нашей планеты проживает в сельских районах, однако на обслуживание этих районов приходится лишь 38% от общей численности среднего медперсонала и менее одной четверти от общей численности терапевтов (см. рис. 1). Наиболее остро эта проблема стоит в 57 странах, в которых серьезная нехватка подготовленных работников здравоохранения означает, что, по оценкам, один миллиард человек лишен доступа к медико-санитарным услугам (1). Так, например, в Бангладеш 30% среднего медперсонала находятся в четырех крупных городских районах, в которых проживает только 15% населения (2). В Южной Африке в сельских районах проживает 46% населения, а работают там лишь 12% врачей и 19% среднего медицинского персонала (3). В некоторых франкоязычных странах Африки, расположенных к югу от Сахары, таких как Кот-д’Ивуар, Демократическая Республика Конго и Мали, эта проблема усугубляется еще больше – перепроизводство работников здравоохранения по сравнению с существующим потенциалом найма привело к безработице среди медицинского персонала в городских районах и их нехватке в сельских (4).

Нехватка работников здравоохранения наблюдается в сельских и отдаленных районах даже в странах с высоким уровнем дохода. В Соединенных Штатах Америки (США) 9% зарегистрированных терапевтов практикуют в сельских районах, в которых проживает 20% населения (5). Существенный дисбаланс в плотности распределения врачей общей практики наблюдается во Франции: более высокий показатель плотности на юге и в столице по сравнению с центральными и северными районами страны (6). Что касается Канады, то там в сельских и отдаленных районах насчитывается лишь 9,3% терапевтов на 24% населения, которое там проживает (7).



\* Источник: (18) \*\* Источник: (1)

Каждое правительство оказывает влияние на рынок трудовых ресурсов в области здравоохранения с помощью соответствующих правил, финансирования и информации. Абсолютно свободный рынок труда никогда не приведет к нормальному распределению рабочей силы в области здравоохранения, поскольку многие люди стремятся переехать в городские центры, а в некоторых случаях и в другие страны.

Обилие фактических данных и богатый опыт показывают, что центральным элементом более равномерного распределения кадровых ресурсов здравоохранения является заинтересованность в этом вопросе политических кругов и программные меры. В таких самых разных странах, как Китай, Куба и Таиланд, целый ряд долгосрочных обязательств в вопросах образования, профессиональной подготовки и конкретной поддержки сельских работников здравоохранения позволил улучшить доступ населения в этих районах к преданным своему делу работникам здравоохранения (8–10).

Однако ни одна страна не смогла полностью решить эти задачи; в этой связи в ходе некоторых международных мероприятий, состоявшихся в последнее время, подчеркивалась важность совершенствования системы сохранения кадровых ресурсов здравоохранения и звучал призыв проводить более эффективные мероприятия на стратегическом уровне (см. вставку 1).

#### **Вставка 1. Международный призыв к действиям**

- В резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения о миграции (2004 год) и оперативном наращивании численности работников здравоохранения (2006 год) государствам-членам предлагалось создать механизмы решения проблемы, связанной с сохранением кадров здравоохранения.
- 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».
- В коммюнике «Группы восьми» (июль 2008 год) была еще раз подчеркнута необходимость обеспечить эффективное сохранение работников здравоохранения.
- В ноябре 2008 года 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.
- В июне 2009 года 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.

Источники:

- [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R19-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf)
- [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_R23-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R23-en.pdf)
- <http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>
- [http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708\\_09\\_en.pdf](http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf)
- [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)
- <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/taskforce>



## **1.2 Цель**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) откликнулась на призыв к действиям мировых лидеров, гражданского общества и государств-членов, созвав группу экспертов по анализу существующих знаний и фактических данных и по разработке современного практического руководства для директивных органов по вопросу о том, как разрабатывать, осуществлять и оценивать стратегии привлечения и сохранения работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах. В этом плане данные рекомендации помогают странам в их работе по укреплению потенциала систем здравоохранения в части оказания качественной медико-санитарной помощи, которая носила бы доступный, гибкий, эффективный, результативный и справедливый характер.

## **1.3 Целевая аудитория**

В настоящем докладе подчеркивается необходимость как в надежных политических, институциональных и финансовых обязательствах, так и в привлечении к этой работе многих и разных заинтересованных сторон. В этом плане настоящий доклад адресован лидерам на уровне правительств и специалистам по разработке национальной политики в различных секторах, включая здравоохранение, финансы, образование, сферу труда и государственную службу. В число заинтересованных сторон входят руководители систем здравоохранения, начальники кадровых служб, руководители образовательных и учебных учреждений, наниматели работников здравоохранения, профессиональные ассоциации, представляющие различные кадры медико-санитарных работников, гражданское общество, неправительственные организации и общины, проживающие в отдаленных и сельских районах.

## **1.4 Сфера действия**

По этому важному вопросу глобальные рекомендации публикуются впервые. Настоящий доклад подготовлен на основе работы, которая уже была проделана в области кадровых ресурсов здравоохранения, включая доклад, посвященный совместной инициативе в области обучения (11), доклад о состоянии здравоохранения в мире за 2006 год (1) и доклад Целевой группы по расширению масштабов образования и профессиональной подготовки работников здравоохранения (12). В нем находят отражение соответствующие методы и средства, включая Рамочную программу действий КРЗ (13) и Справочник по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения (14).

Настоящие рекомендации, основанные на фактических данных, касаются миграции работников здравоохранения в пределах границ той или иной страны и дополняют нынешнюю работу ВОЗ по разработке Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (см. приложение 3), который имеет целью решить проблемы международной миграции работников здравоохранения (15).

Данные рекомендации посвящены исключительно стратегиям увеличения численности заинтересованных и подготовленных работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах за счет улучшения работы по их привлечению, найму и сохранению в этих районах. Они могут применяться после того, как данная страна оценит потребности своего населения в области здравоохранения, спланирует и спрогнозирует будущие потребности в кадровых ресурсах здравоохранения и приступит к изучению стратегий их подготовки, распределения и сохранения.

В то же время есть целый ряд факторов, которые могут помешать доступу населения к медико-санитарным услугам в отдаленных и сельских районах, включая социально-экономические трудности, географические барьеры и расстояние, транспорт, телекоммуникации, расходы, связанные с доступом к услугам, и их приемлемость. Усилия по устранению этих факторов также могут оказать влияние на наличие работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах.

### **1.4.1 Типы работников здравоохранения, которым адресованы настоящие рекомендации**

Эти рекомендации применяются ко всем типам работников здравоохранения в официальном, т.е. регулируемом секторе здравоохранения (государственном и негосударственном), а также к учащимся, которые стремятся пройти или уже проходят обучение в рамках программ по дисциплинам, связанным со здравоохранением. К ним относятся провайдеры медико-санитарных услуг (врачи, медсестры, акушерские работники, средний медицинский персонал, фармацевты, дантисты, лабораторные техники, общинные работники здравоохранения и т.д.), а также руководители и вспомогательный персонал (начальники отдела кадров, руководители медицинских учреждений, работники общественного здравоохранения, эпидемиологи, инженерные работники клиник, преподаватели, инструктора и т.д.).

### **1.4.2 Охват географических районов**

Настоящие рекомендации конкретно нацелены на отдаленные и сельские районы в противовес всем другим районам с низким уровнем обслуживания. Это отчасти обусловлено тем фактом, что их географическое положение предполагает необходимость конкретных мер регулирования, а также по той причине, что удовлетворение потребностей сельских и отдаленных районов позволит также в какой-то мере удовлетворить потребности более широких слоев населения, испытывающих дефицит медико-санитарных услуг, но не наоборот.

Районы с низким уровнем обслуживания – это районы, в которых население имеет ограниченный доступ к квалифицированным провайдерам медико-санитарных услуг и качественной медицинской помощи. Сюда входят отдаленные и сельские районы, небольшие и удаленные острова, городские трущобы, зоны конфликтов и постконфликтные зоны, лагеря беженцев, сообщества меньшинств и коренного населения, а также любое иное место, серьезно затронутое каким-либо крупным стихийным бедствием или техногенной катастрофой. При пересмотре этих рекомендаций их географический охват можно будет расширить, если группа экспертов или страны сочтут это необходимым, с целью распространить их действие на другие районы с низким уровнем обслуживания.

В настоящее время нет четких общепринятых определений «городские районы» и «сельские районы». По мнению Организации Объединенных Наций, различие между городским и сельским населением невозможно описать с помощью какого-то одного определения, которое было бы применимо ко всем странам, по причине национальных различий в характеристиках, которые используются для деления территории страны на городские и сельские районы (16).

В каждой стране ее собственное определение этих терминов обычно учитывает два основных элемента: параметры поселения (плотность населения, наличие экономических структур) и их доступность для жителей городского района (расстояние в километрах или в часах езды на машине).

Для целей настоящих рекомендаций «сельские районы» – это те районы, которые по своему характеру не являются городскими (17). Городской район обычно включает население города или городка плюс население пригородных районов, расположенных за пределами городской черты, но смежных с нею (18).

### **1.4.3 Охват категорий мер регулирования**

Хотя в настоящее время есть иные способы расширения доступа населения, проживающего в отдаленных и сельских районах, к адекватным медико-санитарным услугам, например с помощью различных систем оказания услуг или посредством найма работников здравоохранения на международной основе, все же эти рекомендации сосредоточены только на тех мерах, которые относятся к категории планирования и управления в области кадровых ресурсов. Четыре основные категории этих мер включают следующее:

- a) образование
- b) регулирование
- c) финансовые стимулы
- d) персональная и профессиональная поддержка.

Подробное описание этих рекомендованных мероприятий содержится в главе 3.

### **1.5 Процесс разработки глобальных рекомендаций**

Первоначальный обзор литературы был проведен ВОЗ в 2008 году, а справочный документ был подготовлен к первому совещанию группы экспертов в феврале 2009 года. В процессе отбора членов обращалось тщательное внимание на обеспечение в группе гендерного равенства и представленности всех регионов ВОЗ и соответствующих категорий работников (специалистов по разработке политики, представителей учебных заведений, спонсоров, профессиональных ассоциаций и сельских работников здравоохранения). Список членов группы экспертов приведен на стр. 75–77.

Справочный документ ВОЗ содержит обстоятельный обзор нынешних концепций и фактических данных в этой области и проливает свет на наличие существенных пробелов в знаниях (19). Эксперты использовали этот справочный документ для согласования вопросов, подлежащих анализу, которые должны быть рассмотрены в этом докладе, и четыре категории практических мер. В ходе первого совещания они также доработали план действий в целях пополнения базы данных, а некоторые эксперты изъявили готовность войти в состав «основной» группы экспертов для проведения требуемой дополнительной работы по поиску данных. В ходе последующих консультативных совещаний экспертов (два совещания основной группы в апреле и октябре 2009 года и два совещания группы экспертов в полном составе в июне и ноябре 2009 года) были обсуждены результаты дополнительных изысканий и предложен соответствующий проект рекомендаций. В ходе этих консультативных совещаний члены основной группы экспертов представили первоначальный текст рекомендаций, которые впоследствии были подработаны Секретариатом ВОЗ (20).

Пересмотренный проект рекомендаций был представлен на рассмотрение специалистам по разработке политики, представителям учебных заведений и другим участникам из 15 азиатских и восьми африканских стран в ходе регионального семинара в ноябре 2009 года в Ханое (Вьетнам) (21). Участники воспользовались этой возможностью, для того чтобы обсудить свой опыт работы и задачи по совершенствованию системы сохранения кадров в отдаленных и сельских районах и высказать свои замечания по проекту рекомендаций.

Эксперты встретились в последний раз в феврале 2010 года для обсуждения проекта рекомендаций, прежде всего в целях определения их рейтинга по критерию качества фактических данных, пользы, ценности и использования ресурсов. По каждой рекомендации были подготовлены рабочие таблицы, содержащие факторы, которые были приняты во внимание при определении рейтинга рекомендаций. Последующая работа над окончательными таблицами, содержащими фактические данные, и над пересмотренными рабочими таблицами по каждой рекомендации проводилась по электронной почте вместе с основной группой экспертов. После этого Секретариат ВОЗ включил замечания экспертов и завершил доклад.

В мае 2010 года в специальном тематическом номере «Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения» – журнала, который проходит рецензию (22), было опубликовано несколько материалов, в которых освещался ход работы по подготовке этого доклада. Кроме того, двум экспертам было поручено написать доклады по системам обязательной отработки и услугам в области информационно-разъяснительной деятельности в целях изучения и анализа имеющихся фактических данных, относящихся к этим конкретным рекомендациям. Другой эксперт провел «реалистичный обзор» подборки исследований, посвященных системам сохранения кадров, с тем чтобы лучше понять воздействие контекстуальных факторов и механизмов, которые определяют успех или неудачу тех или иных мер регулирования.

Всесторонние тематические исследования по странам были также проведены в Австралии, Вануату, Замбии, Лаосской Народно-Демократической Республике, Мали, Норвегии, Самоа, Сенегале и Эфиопии в целях более глубокого понимания специфики этих стран и обмена извлеченными уроками. Эти доклады и тематические исследования по странам позволили существенно пополнить базу фактических данных, которые использовались при подготовке этих рекомендаций. Они будут изданы в качестве отдельных документов и будут доступны в режиме онлайн по адресу: <http://www.who.int/hrh/resources/>.

## 1.6 Процесс распространения

Этот документ будет напечатан и размещен на вебсайте ВОЗ, а также на компакт-диске (CD-ROM) и будет распространен по каналам ВОЗ для принятия и применения на страновом уровне. Он также будет переведен и впоследствии распространен. Как ожидается, рекомендации, содержащиеся в этом документе, сохранят свою актуальность вплоть до 2013 года. После этого будет проведен обзор этих глобальных рекомендаций на основе новых фактических данных, а также результатов исследований и откликов тех стран, в которых они применялись. Ответственность за организацию этого обзора будет возложена на Отдел миграции и сохранения кадровых ресурсов здравоохранения в составе Департамента кадровых ресурсов здравоохранения в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Будет также рассмотрена возможность расширения сферы действия рекомендаций, например, путем включения стратегий найма и сохранения кадров во всех районах с низким уровнем обслуживания.

## 1.7 Методология

Эти рекомендации были разработаны по итогам всестороннего обзора всех соответствующих доступных фактических данных, имеющих отношение к привлечению, найму и сохранению кадровых ресурсов здравоохранения в отдаленных и сельских районах. Большая часть данных в этой области была получена в результате проведения наблюдений и в редких случаях в результате когортных исследований или анализа, проводимого до начала и после завершения всего процесса. В отличие от клинической медицины, провести исследование в контролируемых условиях на произвольной выборке в целях выяснения последствий многочисленных мер регулирования, предложенных в этом документе, весьма сложно, а то и просто невозможно. В данном случае речь идет о комплексных мерах, которые приводят к самым различным результатам, тем более, что существует множество искажающих факторов, которые снижают эффективность принимаемых мер и начинают проявляться на этапе осуществления. Группа экспертов сочла, что в этом вопросе важно понять, работают ли принятые меры или нет (фактор эффективности), и если работают, то почему и каким образом. Ключевым элементом, который может явиться причиной различных итогов или результатов применения одной и той же меры может быть контекст, поэтому в процессе исследования этих мер его необходимо учитывать более тщательно.

В соответствии с требованиями Комитета по анализу руководящих принципов Организации (КАРП), были приложены всяческие усилия в целях соблюдения стандартов отчетности, обработки и использования фактических данных в процессе подготовки руководящих принципов ВОЗ (23). Сюда входит использование системы оценки фактических данных в отношении соответствующих мер регулирования, известной под названием GRADE (Классификация анализа, разработки и оценки рекомендаций), и представление качества фактических данных в формате GRADE.

В связи с обилием информации в этой области, прежде всего по механизмам, которые обуславливают работу принятых мер регулирования, группа экспертов сделала вывод о том, что система GRADE не позволяет учитывать существенный объем данных. В результате этого на раннем этапе разработки этих рекомендаций эксперты решили дополнить таблицы GRADE еще одной таблицей, позволяющей специалистам по разработке политики получить доступ к сводкам всех существующих данных по этому вопросу. Полную информацию о методологии анализа литературы, дополнительных исследованиях и порядке сбора и оценки данных см. стр. 70-74.

## 1.8 Структура доклада

В настоящей главе приводится обоснование и описывается процесс разработки глобальных рекомендаций по сохранению работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах. В остальных пяти главах этого доклада рассматривается – на основе обстоятельного анализа литературы, мнений экспертов и процесса консультаций – то, что должно быть сделано и по какой причине:

- принципы и действия, на которых должны строиться национальные стратегии совершенствования системы сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах (глава 2)
- конкретные рекомендации, сгруппированные по четырем основным категориям (глава 3)
  - образование
  - регулирование
  - финансовые стимулы
  - персональная и профессиональная поддержка
- как выбрать и оценить меры регулирования (глава 4)
- программа исследований и план действий (глава 5)
- подробные данные о критериях, использованных для определения рейтинга каждой из рекомендаций, содержащихся в главе 3 (глава 6).

В приложениях, которые имеются на компакт-диске (CD-ROM), а также в режиме онлайн, содержатся элементы информации и фактических данных, использованные для формулирования рекомендаций:

- профиль фактических данных для рекомендаций A1–A5, B1–B3, C1 и D1–D6 (Приложение 1);
- сводная таблица, содержащая описательные данные, не включенные в сводные данные (Приложение 2);
- резолюция WNA63.16 и Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (Приложение 3).

## **2. Руководящие принципы разработки национальной политики по совершенствованию системы сохранения работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах**

В настоящей главе описывается целый ряд взаимосвязанных принципов, которые должны лежать в основе всех усилий по улучшению найма и сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах. Для того чтобы рекомендации, содержащиеся в главе 3, имели хоть какой-нибудь шанс на успех, директивные органы должны оказать поддержку всем действиям, изложенным в настоящем докладе. Эти принципы вместе с основными положениями и вопросами, необходимыми для проведения мониторинга и оценки, содержащимися в главе 4, должны служить для директивных органов полезным средством в ходе всего процесса планирования, осуществления и оценки наиболее подходящих стратегий сохранения кадров в специфичном для них контексте.

### **2.1 Акцент на обеспечение равенства в области здравоохранения**

В соответствии с принципом равенства в области здравоохранения, все граждане должны иметь одинаковую возможность обладать нормальным здоровьем. Однако во многих странах мира состояние здоровья людей варьируется в широких пределах. Одной из коренных первопричин неодинакового состояния здоровья является отсутствие доступа к квалифицированным провайдерам медико-санитарных услуг, которое в несравненно большей степени ощущают на себе люди, проживающие в отдаленных и сельских сообществах. Строгое соблюдение этого принципа поможет выбрать наиболее эффективные стратегии и выделить имеющиеся ресурсы таким образом, чтобы это способствовало сокращению числа случаев неравенства в плане здоровья, которые можно предотвратить.

Например, при определении численности работников здравоохранения, необходимых для данного сообщества или данной группы населения, выясняется, что потребности сельского населения в медико-санитарных услугах более существенны, откуда следует, что они будут нуждаться в пропорционально большей численности работников здравоохранения (1, 24).

При сравнении сельских работников здравоохранения с их коллегами, работающими в крупных городах, можно сказать, что они являются в какой-то мере «врачами общей практики широкого профиля», которые оказывают широкий спектр медицинских услуг и несут более весомую ответственность за клиническую работу в условиях относительной профессиональной изоляции (25). С учетом больших расстояний, географических факторов, транспортного сообщения, системы связи и т.п. малочисленным сообществам в отдаленных и сельских районах может понадобиться большее число врачей общей практики, что вряд ли было бы оправдано в городских условиях.

### **2.2 Включение политики сохранения кадров в сельской местности в качестве компонента национального плана в области здравоохранения**

В этом разделе речь идет о принципах гармонизации и согласованности политики на страновом уровне. Политика сохранения кадров здравоохранения на селе должна строиться на официально утвержденном национальном плане в области здравоохранения с указанием всех расходов. Такой национальный план позволяет возложить ответственность на всех партнеров за достижение ощутимых и измеримых результатов; он представляет собой центральный элемент развития системы здравоохранения, которая должна быть ориентирована на удовлетворение нужд страны, находиться под ее собственным контролем и быть полностью согласованной с ее национальными приоритетами и возможностями. Национальный план развития кадровых ресурсов страны, который является неотъемлемой частью национального плана страны в области здравоохранения, должен предусматривать численность и профиль работников здравоохранения, которые будут нужны в будущем, стратегии увеличения

контингента требуемых работников здравоохранения, стратегии их сохранения и мотивации и расходы, связанные с осуществлением всех требуемых мер регулирования.

С учетом того, что конечной целью является улучшение состояния здоровья людей, необходимо сделать так, чтобы меры регулирования на уровне политики и планов в части подготовки и распределения работников здравоохранения наиболее подходящего профиля разрабатывались с прицелом на удовлетворение потребностей, связанных с поддержанием здоровья, учитывали сложившуюся систему восприятия, отвечали ожиданиям и формировали стиль поведения, ориентированный на укрепление здоровья людей, проживающих в отдаленных и сельских сообществах.

Любую стратегию следует увязывать с более широкими национальными и местными структурами и функциями системы здравоохранения, с тем чтобы в процессе ее реализации можно было воспользоваться преимуществами синергизма и повысить ее эффективность. Например, если в той или иной стране есть национальный план в области здравоохранения и если в секторе здравоохранения проводятся реформы, то в этом случае может представиться благоприятная возможность для того, чтобы в качестве одного из компонентов национального плана расширения сети медико-санитарных учреждений придать приоритетный характер модернизации сельских медицинских учреждений и улучшению условий труда на селе. И наоборот, план расширения системы медицинских услуг, финансируемых по линии государства или частного сектора, может сработать против стратегий привлечения людей для работы в сельских районах.

### **2.3 Понимание специфики трудовых ресурсов в области здравоохранения**

Прежде чем проводить работу по реализации рекомендуемых мер, необходимо четко понять специфику трудовых ресурсов здравоохранения. Сюда входит понимание нынешних уровней и распределения работников здравоохранения в разбивке по полу, географическом регионе, сектору и специальности. Выявить любые потенциальные перекосы между факторами предложения и спроса можно с помощью всестороннего ситуационного анализа, анализа рынка трудовых ресурсов и анализа нынешних и будущих потребностей в кадрах здравоохранения. Например, с их помощью можно определить, в каких городских районах проживает большое число безработных кадров здравоохранения, или выяснить, существует ли большая разница в вознаграждении между городскими и сельскими районами, и тем самым сориентироваться в планировании надлежащих мер регулирования.

Детальный анализ факторов, которые влияют на решение работников здравоохранения по поводу того, переехать ли в отдаленные и сельские районы, остаться там или уехать из этих районов, является ключевым элементом понимания масштабов этой проблемы и подсказывает надлежащий выбор соответствующих мер регулирования. Эти факторы весьма сложны, поскольку они, как правило, обусловлены личными моментами, характеристиками системы здравоохранения и общим социальным, экономическим и политическим контекстом (см. рис. 2). Взаимодействие этих факторов также носит сложный характер и оказывает сильное влияние на мотивацию принимаемого решения, независимо от того, идет ли речь об экономических, социальных, культурных, религиозных или других факторах (26-28).

### **2.4 Понимание более широкого контекста**

Совершенствование системы сохранения кадров здравоохранения в отдаленных и сельских районах ставит целый ряд сложных политических задач, которые невозможно решить в рамках только одного сектора здравоохранения. Для того чтобы обеспечить такое положение, при котором выбранные программные меры хорошо вписывались бы и подходили к специфике каждой страны, следует также учитывать более общие социальные, экономические и политические факторы, которые оказывают воздействие на сохранение кадров на национальном, субнациональном и общинном уровнях.

**Рис. 2. Факторы, влияющие на решение переехать в отдаленные и сельские районы, остаться там или уехать из этих районов**



Источник: адаптированный вариант (29)

Позитивное или негативное воздействие на стратегии сохранения кадров могут оказать реформы системы государственного управления и гражданской службы. Например, широкая программа реформы государственного сектора может укрепить системы назначения и распределения кадров в рамках всего государственного сектора. Однако в Индонезии одним из последствий децентрализации явился развал системы информационного обеспечения кадровой работы, поскольку лица, принимающие решение на местном уровне, сочли, что они более не обязаны направлять данные на высший уровень. Это соответствующим образом сказалось на регулярной выплате средств в порядке финансового стимулирования и на работе по надзору за сельскими работниками здравоохранения (30).

Постепенное повышение уровня образования в сельских и отдаленных районах и придание приоритетного характера созданию материально-технической базы и системы услуг в сельской местности (дороги, водоснабжение, канализация, телекоммуникации и т.д.) не только повысит доступ людей к медико-санитарным услугам в отдаленных и сельских районах, но и создаст более привлекательные условия труда для работников как здравоохранения, так и других государственных секторов.

## 2.5 Укрепление систем управления кадровыми ресурсами

Основополагающим условием эффективной работы любой системы сохранения кадров является управленческий потенциал. Стратегии сохранения кадров в отдаленных и сельских районах должны строиться на соответствующих системах управления кадровыми ресурсами (КР), которые включают такие ключевые компоненты, как практика планирования, найма и набора, условия труда и организация служебной деятельности, а также компетентные руководители кадров, способные выполнять эти функции (см. вставку 2).

Система управления КР в секторе здравоохранения во многих странах весьма слаба, особенно за пределами центрального уровня, и эта нехватка управленческого потенциала является одним из важнейших барьеров на пути развертывания контингента успешно работающих кадровых ресурсов, необходимых для оказания медико-санитарных услуг (КРЗ). Кроме того, для оценки соответствующих вариантов и продвижения мер регулирования в целях совершенствования системы сохранения кадров здравоохранения в сельских районах потребуется опыт



управления КР на центральном и местном уровнях, а для реализации выбранных стратегий – люди, обладающие развитыми навыками управления и руководства, особенно на уровне учреждений.

Важное значение имеет также организационный потенциал, равно как и непрерывная работа механизма надзора за выполнением рекомендаций: например, неожиданные перемены в административной работе могут привести к снижению четкости правил и процедур, что в свою очередь может обусловить задержки с выплатой надбавок и ограничить эффективность мер регулирования.

Большинство стран будут нуждаться в инвестировании средств в программы повышения квалификации, включая профессиональную подготовку, систему инструктажа, наставничество и профессиональную поддержку в целях укрепления системы управления и потенциала КР на всех уровнях. Многим странам придется приступить к реализации или укреплению программ развития управленческих навыков, необходимых для укрепления потенциала надзора в сельских районах, и создать стимулирующие условия труда на рабочем месте, с тем чтобы привлечь и сохранить медико-санитарных работников. На центральном уровне исключительно важное значение для разработки устойчивых и практически осуществимых стратегий, в том числе стратегий совершенствования системы сохранения кадров здравоохранения в отдаленных и сельских районах, имеют руководители КР и представители директивных органов, которые умеют взаимодействовать с заинтересованными сторонами, анализировать и понимать их интересы и находить вместе с ними компромиссные решения.

## **Вставка 2. Элементы надежной системы управления КР**

Основные функции эффективной системы управления КР включают следующее:

- *Персонал:* планирование (включая штатное расписание), набор, наем и перераспределение трудовых ресурсов.
- *Рабочая обстановка и условия труда:* взаимоотношения между служащими, безопасность на рабочем месте, удовлетворенность работой и перспективы профессионального роста.
- *Информация по КР:* информация и данные, требуемые для принятия решений.
- *Организация служебной деятельности:* оценка служебной деятельности, надзор и производительность труда.

Ключевым компонентом надежной системы управления КР являются профессионально подготовленные и компетентные руководители КР, которые способны выполнять изложенные ниже функции управления КР.

- *Кадровое планирование:* основной и вспомогательный процессы эффективного планирования КРЗ на основе надежной информации по КР; более широкое применение системы решений, принимаемых на основе данных; увязка профиля КР и типов медико-санитарных работников, необходимых для решения стратегических задач в области здравоохранения (например, передача функций, перепрофилирование, перераспределение, стимулирование и т.п.); согласование потребностей в рабочей силе со стратегическими планами в области КРЗ; содействие в организации рациональных общих процессов стратегического планирования КРЗ; и поддержка грамотной практики калькуляции расходов в целях надлежащего формирования бюджета на планируемый штат сотрудников.
- *Практика набора, найма и перераспределения КР:* использование их знания эффективной практики в таких областях, как набор и отбор, ориентация, перераспределение, повышение квалификации и сохранение кадров в целях содействия позитивным переменам в системе на основе взаимодействия со специалистами по разработке политики в целях выявления барьеров на пути эффективного набора, найма, перераспределения, сохранения и т.п. Эта

работа по содействию переменам также связана с такой кадровой работой, как передача функций, система стимулирования и т.д.

- *Рабочая обстановка и условия труда:* контроль и поддержка тех практических методов создания рабочей обстановки, которые содействуют повышению удовлетворенности от своей работы, в том числе созданию эффективных взаимоотношений между служащими, повышению безопасности на рабочем месте и профессиональному росту.
- *Информация по КР:* интеграция источников информации и данных в целях обеспечения своевременного наличия точных данных, необходимых для планирования, профессиональной подготовки, оценки и поддержки трудовых ресурсов.
- *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.

## **2.6 Привлечение к работе всех заинтересованных сторон с самого начала процесса**

Как и в случае политики, касающейся любой системы здравоохранения или трудовых ресурсов здравоохранения, важнейшим элементом успешной реализации политики сохранения кадровых ресурсов на селе является причастность к решению этой задачи заинтересованных сторон из всех секторов. Определение и выбор наиболее подходящих стратегий предполагает необходимость проведения обширной работы по консультации и координации. Для того чтобы заручиться постоянной поддержкой всех участников, к работе по концептуальному осмыслению, разработке, осуществлению, мониторингу и оценке необходимо подключать сообщества, профессиональные ассоциации и других субъектов, принимающих соответствующие решения, которые проживают и действуют в сельских и отдаленных районах. Подробные данные о роли различных заинтересованных сторон в деле осуществления предлагаемых мер регулирования приводятся в главе 4.

## **2.7 Формирование навыка оценки и обучения**

Для того чтобы можно было воспользоваться извлеченными ценными уроками и содействовать созданию базы фактических данных, которые можно будет использовать на страновом уровне, а также в других странах с похожими условиями, необходима поддержка работы по мониторингу и оценке. Мониторинг и оценка помогут выявить проблемы и трудности в ходе осуществления, оценить степень достижения целей и решения поставленных задач и определить необходимость в новых мерах регулирования или пересмотре или изменении существующих. Мониторинг и оценка должны являться необходимым компонентом работы на этапе концептуальной проработки и быть включены в национальный план осуществления (см. главу 4). Кроме того, для обеспечения наличия своевременных и точных данных, требуемых для обоснования процесса разработки политики, необходимо на постоянной основе вкладывать силы и средства в национальные системы сбора информации.

Исключительно важен также процесс непрерывного обучения. Применение так называемых «наиболее эффективных видов практики» невзирая на специфику стран ничего не даст без четкого понимания конкретной ситуации, конкретных потребностей и конкретного контекста. Отсюда и необходимость оперативных исследований в целях оценки эффективности и, при необходимости, пересмотра политики после того, как работа по осуществлению уже началась. Это будет способствовать созданию базы фактических данных, показывающих,

почему в некоторых условиях принятые меры работают, а в других – нет, и если работают, то каким образом. Эти фактические данные помогут специалистам по разработке политики выбрать наиболее подходящие меры регулирования и, при необходимости, адаптировать их к конкретной ситуации. Пробелы в исследованиях, которые были выявлены в процессе разработки каждой рекомендации, указаны в таблицах, содержащихся в главе 6. Кроме того, подробные данные, касающиеся качества исследований в этой области, и способы, с помощью которых их можно было бы укрепить и поддержать, изложены в главе 5.

### 3. Основанные на фактических данных рекомендации относительно улучшения системы привлечения, найма и сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах.

В этой главе описывается ряд мер регулирования, которые можно использовать на совместной основе в целях совершенствования системы сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах. Все эти меры можно разделить на четыре категории: образование, регулирование, финансовые стимулы и персональная и профессиональная поддержка (см. таблицу 3.1 ниже)

**Таблица 1. Категории мер регулирования, применимых в целях совершенствования системы привлечения, найма и сохранения работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах.**

Категория мер регулирования	Примеры
<b>A. Образование</b>	A1 Студенты из сельских районов
	A2 Профессиональные медицинские училища за пределами крупных городов
	A3 Клиническая ротация кадров во время обучения в сельских районах
	A4 Учебный план, отражающий проблемы здравоохранения в сельских районах
	A5 Непрерывное повышение квалификации работников здравоохранения в сельской местности
<b>B. Регулирование</b>	B1 Расширение сферы практической деятельности
	B2 Различные типы работников здравоохранения
	B3 Обязательная отработка
	B4 Субсидирование образование в обмен на предоставление услуг
<b>C. Финансовые стимулы</b>	C1 Надлежащие финансовые стимулы
<b>D. Профессиональная и персональная поддержка</b>	D1 Лучшие условия жизни
	D2 Безопасные и благоприятные условия труда
	D3 Социально ориентированная поддержка
	D4 Программы продвижения по службе
	D5 Профессиональные сети
	D6 Меры обеспечения общественного признания

Каждая рекомендация в этой главе сопровождается указанием на качество фактических данных и надежность рекомендации. Это – требования, предусмотренные системой GRADE (см. главу 1.7). Что касается фактических данных, то большинство исследований в этой области носят наблюдательный характер, и соответствующая контрольная группа в них, как правило, не используется. Система GRADE определяет этот тип фактических данных как «низкие» по качеству.

В силу некоторых трудностей с использованием критериев GRADE для оценки качества фактических данных, относящих к комплексным мерам регулирования с множественными последствиями, группа экспертов предпочла придать при принятии решения, касающегося надежности рекомендаций, больший вес другим факторам. Эти критерии включают сбалансированность между приносимой пользой и ущербом, различия в ценностях и предпочтениях, необходимые ресурсы и техническую осуществимость в различном

контексте. Для сбора подробной информации, касающейся этих факторов, по каждой из 16 рекомендаций группа экспертов использовала балансовые рабочие таблицы, которые представлены в главе 6. В общем и целом, там, где качество фактических данных было низким, группа считала более важными такие факторы, как справедливость и неотложная необходимость обеспечить населению, проживающему в отдаленных и сельских районах, доступ к работникам здравоохранения.

В таблицах GRADE мера регулирования, предусмотренная «надежной» рекомендацией, ассоциируется со «средним» или «низким» качеством фактических данных, общим мнением по поводу абсолютной степени воздействия и выгод, с незначительными различиями в оценке последствий разными заинтересованными сторонами и с техническими предпосылками осуществления, которые считаются практически выполнимыми в большинстве контекстов. Меры регулирования, предусмотренные «надежной» рекомендацией, окажутся, вероятнее всего, успешными в самых разных контекстах.

«Условная» рекомендация применительно к той или иной мере регулирования предполагает «очень низкое» или «низкое» качество фактических данных, лишь невысокую степень воздействия на протяжении короткого периода времени, значительно более негативное воздействие в перспективе, большие различия в оценке последствий разными заинтересованными сторонами и значительные различия среди стран в плане выполнимости предпосылок осуществления. «Условная» рекомендация с меньшей долей вероятности будет успешной во всех контекстах и требует тщательного учета контекстуальных вопросов и предпосылок осуществления, которые детально описаны в главах 2 и 4.

Нынешние фактические данные и экспертные знания, опыт, мнения и суждения представлены в этой главе в резюме фактических данных и комментариях, сопровождающих каждую рекомендацию. В комментариях также высвечиваются некоторые из основных пробелов в области исследований, которые более подробно описаны в главе 5. Дополнительные сведения можно найти в таблицах в главе 6 и в приложениях, доступных на компакт-диске (CD-ROM).

### **3.1 Образование**

Образование является основой формирования компетентных работников здравоохранения. Поэтому важно отобрать «правильных» студентов, то есть тех, кто вероятнее всего будет практиковать в отдаленных и сельских районах, и подготовить их на местах, используя методы и учебный план, которые вероятнее всего повлияют на местоположение их будущей практики. Также важно поддержать потребность работников здравоохранения в непрерывном обучении, особенно в изолированных районах, где доступ к знаниям и информации непростой.

#### **A1 Студенты из сельских районов**

#### **A2 Профессиональные медицинские училища за пределами крупных городов**

#### **A3 Клиническая ротация кадров во время обучения в сельских районах**

#### **A4 Учебный план, отражающий проблемы здравоохранения в сельских районах**

#### **A5 Непрерывное повышение квалификации работников здравоохранения в сельской местности**

### 3.1.1 Отбор «правильных» студентов

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ А1

**Используйте адресную политику набора, принимая на учебу по различным медицинским дисциплинам студентов из сельской местности с целью повысить вероятность того, что выпускники примут решение заниматься своей профессией в сельской местности.**

Качество фактических данных – среднее. Надежность рекомендации – надежная.

#### Резюме фактических данных

На сегодняшний день есть обстоятельные фактические данные, собранные в странах с высоким, средним и низким уровнем дохода, которые свидетельствуют о том, что обучение в сельских районах повышает вероятность возвращения выпускников в сельские общины в целях работы. Некоторые исследования обнаружили, что они продолжают практиковать в этих районах, по меньшей мере, лет десять (31-34). В систематическом обзоре Кокрейна (Cochrane) указано: «Это, похоже, – единственный фактор, который сильнее всего ассоциируется с сельской практикой» (35).

Несколько продольных исследований местоположения практики врачей в США показали, что студенты из сельских районов продолжают практиковать в сельских районах в среднем 11-16 лет после окончания учебы (см. вставку 3). В Южной Африке вероятность того, что студенты из сельских районов будут заниматься практикой в сельских районах, а не в городе, выше в три раза (32).

#### Вставка 3. Районная программа устранения дефицита терапевтов (ПСАП) Медицинского колледжа Джефферсона

По данным комплексного продольного когортного исследования, многосторонняя образовательная программа подготовки врачей для длительной работы в сельских районах в США, оказалась весьма успешной. Исследователи проследили местоположение и работу на одном месте выпускников медицинских учебных заведений в сельских районах США, охваченных ПСАП, за более чем 20-летний период. Они обнаружили, что через 11-16 лет 68% выпускников ПСАП еще продолжали практиковать в качестве семейных врачей в одном и том же сельском районе по сравнению с 46% их коллег, не имевших никакого отношения к ПСАП. Хотя набор студентов по линии ПСАП сравнительно небольшой, все же факты указывают на то, что большой процент выпускников работает в сельских районах на протяжении многих лет (33).

#### Комментарий

Медицинские училища, как правило, характеризуются высокими образовательными стандартами при приеме абитуриентов. Странам с более низким уровнем среднего образования в сельских районах по сравнению с городскими, возможно, необходимо увязать конкретные квоты на прием студентов из сельской местности с академическими адаптационными программами. Китай, Таиланд и Вьетнам являются одними из немногих стран, которые приняли этот подход. Это долгосрочное решение дает возможность правительствам повысить качество начального и среднего образования в отдаленных и сельских районах.

Во время обучения студентам из сельских районов может понадобиться дополнительная финансовая помощь, так как сельские семьи зачастую имеют более низкие доходы, чем городские. Им также может потребоваться более существенная академическая и социальная поддержка в связи с переездом из сельской местности в город.

Когда студенты из сельских районов обучаются в медицинских училищах, также расположенных в сельской местности, по программе, адаптированной к сельским нуждам,

они с большей вероятностью вернуться работать в эти районы. Поэтому для получения лучшего результата директивными органам важно объединить, по меньшей мере, эти три меры регулирования (А1 объединить с А2 и А3 и В4).

Чтобы понять, можно ли определить соответствующий «профиль» будущих сельских работников здравоохранения, необходимо провести дополнительные исследования. Этот «профиль» может быть связан с географическим происхождением, полом, конкретными чертами характера, например, альтруизмом или другими факторами внутренней мотивации. Такие знания позволят обосновать выбор стратегий отбора и найма, а также консультировать учащихся средних школ перед поступлением на учебу в высшие учебные заведения.

Имеющиеся на сегодня данные, указывающие на то, что врачебная практика в сельских районах ассоциируется с конкретным полом и этнической принадлежностью, неубедительны. Этот вопрос требует дальнейшего изучения, особенно в тех странах, где демографические показатели кадров здравоохранения быстро меняются в результате того, что многие женщины и представители национальных меньшинств идут работать врачами или медсестрами.

О льготном или целевом приеме студентов из сельских районов в медучилища по специальности «медицинская сестра» или по другому медицинскому профилю мало что известно.

### 3.1.2 Подготовка студентов ближе к сельским общинам

#### **РЕКОМЕНДАЦИЯ А2**

**Размещайте медицинские учебные заведения, университетские городки и программы ординатуры в области семейной медицины за пределами столичных и других крупных городов, поскольку выпускники этих учебных заведений и программ с большей вероятностью будут работать в сельской местности.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – условная.

#### **Резюме фактических данных**

Крупные исследования по данным наблюдения в странах с высоким и низким уровнями дохода показывают, что выпускники медицинских училищ, расположенных в сельских районах, с большей долей вероятности останутся работать в сельских районах, нежели выпускники городских училищ. Например, недавний обзор в США показал, что большее количество сельских врачей готовят, как правило, медицинские училища, для которых характерны следующие особенности: они расположены в сельской местности, находятся в ведении государства, обеспечивают обучение по общим специальностям и получают мало финансовых средств на исследования из федерального бюджета (36). Исследования, проведенные в Демократической Республике Конго, показали, что факт расположения училища в сельской местности напрямую ассоциируется с последующей работой в сельских районах (37). Исследования в Китае показали, что сельские медицинские училища выпускают больше сельских врачей, нежели медицинские училища, расположенные в больших городах (38). Тем не менее, зачастую трудно определить независимый эффект расположения училищ в сельской местности, поскольку полученные научно-исследовательские данные зачастую искажаются такими факторами, как прием в эти училища большего количества сельских студентов (36). Данные, свидетельствующие о том, что выпускники программ ординатуры, расположенных в сельских районах, в особенности в области семейной медицины, также с большей вероятностью будут заниматься врачебной практикой в сельской местности, в общем и целом ограничены, однако для этих данных характерны некоторые методологические недостатки (39-41) (см. таблицу 4.2).



## Комментарий

Необходимо принимать во внимание и дополнительные стратегии, например, такие как дистанционное обучение и обучение с использованием электронных средств, поскольку они могут дать городским училищам возможность распространить свои услуги за пределы своего обычного района обслуживания и обеспечить доступ к образованию большему количеству сельских жителей, не вынуждая их переселяться в отдаленные города. Сочетание этих мер регулирования с целевым приемом и внесением изменений в учебный план (A1 и A3) может вполне дать лучшие результаты.

Кроме того, в настоящее время появляются фактические данные о преимуществах расположения училищ в сельских районах развивающихся стран и для других медицинских профессий (4, 42), однако эти преимущества необходимо изучить более тщательно.

Появляются также данные о важности развития системы социальной ответственности медицинского образования в плохо обслуживаемых районах с целью улучшить удовлетворение потребностей проживающих там людей. Например, несколько медицинских училищ, ставящих акцент в своей работе на удовлетворение нужд и достижение конкретных результатов, которые расположены в отдаленных или сельских районах Австралии, Канады, Филиппин и Южной Африки, создали сеть, «основной задачей которой является повышение таких показателей, как количество, качество, сохранение и эффективность профессиональных работников здравоохранения в районах с низким уровнем обслуживания». (<http://www.thenetcommunity.org/>). Принципы социальной ответственности, которые лежат в основе системы обучения, используемой этими училищами, приведены ниже во вставке 4.

### **Вставка 4. Принципы социальной ответственности, которые лежат в основе системы обучения в интересах справедливого здравоохранения (THENet), используемой медицинскими училищами Сети**

1. Ориентация программ в области образования, научных исследований и медицинского обслуживания на удовлетворение потребностей в области здравоохранения и социальных нужд целевых общин.
2. Набор студентов из общин с наибольшими потребностями в области здравоохранения.
3. Базирование программ в общинах, которые они обслуживают, или в непосредственной близости от них.
4. Организация учебного процесса преимущественно в общине, а не в университете и больнице.
5. Включение в учебную программу курсов общих и клинических наук в сочетании с курсами здравоохранения и общественными науками; повышение важности и ценности теоретических знаний в результате скорейшего клинического контакта.
6. Педагогические методы построены на использовании принципа «в центре внимания – студент», решении конкретных проблем, оказании конкретных услуг и поддержки на основе информационных технологий.
7. Набор и подготовка преподавателей и наставников из практикующих в общинах врачей.
8. Налаживание партнерских отношений между училищами и системой здравоохранения в целях подготовки специалистов, обладающих навыками, необходимыми на местном уровне.
9. Акцент в работе профессорско-преподавательского состава и программ на формировании чувства приверженности делу служения интересам населения. (43).



### 3.1.3 Привлечение студентов в сельские общины

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ АЗ

**Обеспечьте студентам неполных программ высшего образования, изучающим различные медицинские дисциплины, получение опыта в сельских общинах и ротацию между лечебными учреждениями, так как это может оказать положительное влияние на привлечение и наем работников здравоохранения для работы в сельской местности.**

Качество фактических данных – очень низкое. Надежность рекомендации – условная.

#### Резюме фактических данных

Обучение студентов, в особенности по специальности терапевта, обычно проходит в высших учебных заведениях, где используются самые современные достижения техники и диагностические средства. Как только учеба завершается, молодые выпускники остаются одни без каких-либо навыков, необходимых для того, чтобы справиться с ситуацией в области здравоохранения в тех районах, где передовые технологии и средства недоступны. Это также касается представителей других медицинских профессий. Поэтому занятие клинической практикой в сельских районах во время обучения студентов является одним из способов их приобщения к проблемам здравоохранения и условиям работы в сельских общинах. Кроме того, это позволяет им лучше понять особенности реальной работы в области здравоохранения в сельской местности.

Фактические данные о воздействии клинической ротации кадров на улучшение показателей их сохранения неоднозначны, однако они показывают, что взаимодействие студентов с сельской общиной во время учебы влияет на их последующий выбор практики в этих районах (44-47). Исследования, которые были проведены среди студентов, которые учились на врачей, фармацевтов и медсестер, также обнаруживают, что лучшими навыками решения проблем в области здравоохранения в сельской местности обладают те из них, которые прошли обучение в сельских районах. Однако в связи с тем, что направление на учебу в сельской местности не всегда является обязательным, иногда существует вероятность того, что студенты из сельских районов сами выбирают эти программы, что может исказить результаты этих исследований.

#### Комментарий

Обучение в сельских районах может позволить работникам здравоохранения «пустить корни» в этих местах и облегчить развитие профессиональных сетей. Это также может повысить осведомленность о проблемах здравоохранения на селе, даже среди тех, кто может со временем отказаться от постоянной практики в сельских районах. Эффект может быть еще более заметным, если увязать эти меры регулирования с критериями А1 (целевой прием), А2 (местоположение школ за пределами крупных городов) и А4 (внесение изменений в учебный план).

Оптимальная продолжительность воздействия сельских условий во время обучения неизвестна. Практика на селе может варьироваться по времени от четырех до 36 недель и, к тому же, может быть обязательной или добровольной. Исключительно важной составляющей этой меры регулирования является наличие на местах наставников, преподавателей и руководителей.

Для более полного устранения искажающих факторов, которые привносят студенты, самостоятельно выбирающие клинические программы, расположенные в сельской местности, необходимо разработать более строгие критерии проведения таких исследований. Кроме того, необходимы дополнительные исследования по другим типам работников здравоохранения, в частности из развивающихся стран.

### 3.1.4 Соответствие учебного плана сельским нуждам в области здравоохранения

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ А4

**Внесите изменения в учебные программы неполных и полных программ высшего образования, включив в них темы укрепления здоровья в сельской местности с целью повысить компетентность специалистов здравоохранения, работающих в сельской местности, и, таким образом, их удовлетворенность работой и желание остаться на местах.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – надежная.

#### Резюме фактических данных

Фактические данные в поддержку этой рекомендации, как правило, отсутствуют, особенно в развивающихся странах и для других дисциплин, за исключением общей медицины. Тем не менее, существуют данные, указывающие на то, что образование, направленное на оказание первой помощи или подготовку врачей общего профиля, способствует формированию практикующих врачей, желающих и способных работать в сельских районах (48). Это объясняется тем, что большинство сельских работников здравоохранения – врачи общего профиля или специалисты по оказанию первой помощи. Кроме того, некоторые исследования подсказывают, что навыки, полученные на раннем этапе обучения (например, в акушерстве, оказании экстренной медицинской помощи, анестезии и хирургии), могут повысить уверенность врачей-резидентов, практикующих семейную медицину, и сформировать у них навыки, необходимые для занятия практикой в сельских районах (49, 50). Это обусловлено тем, что сельские врачи зачастую лишены должной поддержки со стороны специалистов и что сфера их практики более обширна.

Практика в сельских районах ассоциируется с тремя факторами: сельским контекстом, положительным клиническим и учебным опытом, полученным в сельской местности во время прохождения основного курса обучения, и целевой подготовкой для прохождения практики в сельских районах на уровне аспирантуры (51). Тем не менее, индивидуальный эффект каждого из этих факторов на улучшение сохранения кадров оценить трудно в силу большого количества других факторов, искажающих результаты. Хотя прямых свидетельств того, что внесение изменений в учебный план позволяет повысить показатель сохранения кадров в сельских районах, не существует, все же множество других факторов подтверждает, что ориентированный на сельские районы учебный план позволяет привить молодым студентам навыки и способности, необходимые для занятия врачебной практикой в этих районах (52). Например, исследование, которое было проведено на небольшой выборке в Австралии, показало, что при сопоставлении среднего балла за экзамены на пятом курсе по некоторым дисциплинам, связанным с общей практикой, например медициной внутренних органов, хирургией, акушерством и гинекологией, педиатрией, психиатрией и диспансеризацией, студенты, проходившие обучение по учебному плану для сельских районов, добились лучших результатов (53).

#### Комментарий

Практика работников здравоохранения в сельских районах довольно сильно отличается от практики их коллег в городе в том, что им необходимо делать клиническую оценку и вести пациентов без использования современных инструментов и оборудования, а также сотрудничать с сельскими общинами и решать проблемы, обусловленные сельским контекстом. По этой причине обучение студентов в крупных учебных больницах едва ли позволит привить им навыки и компетенцию, необходимые для надлежащего удовлетворения медико-санитарных нужд и занятия врачебной практикой в условиях сельской местности. Процесс постоянного пересмотра и обновления учебного плана необходим в любом случае, несмотря на то что он отнимает много времени. Также важно

обеспечить отражение в учебных материалах специфики сельского контекста. Кроме того, учебный план, направленный на формирование специалистов по оказанию первой помощи и врачей общего профиля, должен включать достаточный объем соответствующих специализированных знаний в целях подготовки практикующих врачей с более широкой практикой, которые часто требуются в сельских районах. Для того чтобы выяснить непосредственное воздействие факта внесения изменений в учебный план на сохранение кадров здравоохранения, в особенности тех, кто не относится к категории терапевтов, необходимо провести дополнительные исследования.

### 3.1.5 Содействие повышению профессиональной квалификации

#### **РЕКОМЕНДАЦИЯ А5**

**Разработайте программы непрерывного обучения и повышения профессиональной квалификации, удовлетворяющие потребности сельских работников здравоохранения и осуществляемые по месту жительства и работы, с тем чтобы их можно было легче удержать на местах.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – условная.

#### **Резюме фактических данных**

Необходимым условием повсеместного поддержания должного уровня компетенции и повышения эффективности работников здравоохранения является доступ к непрерывному образованию и повышению профессиональной квалификации (1). Однако в сельских районах доступ к этим программам для работников здравоохранения может оказаться затруднительным, если для этого им необходимо ехать в город. Непосредственные данные, подтверждающие воздействие программ непрерывного образования на сохранение кадров, весьма ограничены. Вместе с тем есть множество данных, свидетельствующих о том, что если организовать работу этих программ в сельских районах и уделить особое внимание нуждам сельских медработников, то они с большой долей вероятности позволят им повысить свою компетенцию, дадут почувствовать себя частью профессиональной группы и придадут им еще большее желание остаться в этих районах, чтобы заниматься там своей врачебной практикой (54, 55).

#### **Комментарий**

Как и в случае предыдущих мер регулирования, лучшие результаты вероятнее всего получить при условии сочетания разных мер. Для достижения успеха непрерывное образование должно быть связано с продвижением по служебной лестнице (D4), а также с другими мерами в области образования. Непрерывное образование необходимо рассматривать в более широком ракурсе. Такие мероприятия необходимы не только для приобретения знаний или развития навыков – они также открывают перед сельскими работниками здравоохранения возможности взаимодействовать с другими практикующими врачами и поддерживать профессиональную сеть и социальные контакты, что может помочь уменьшить чувство социальной или профессиональной изоляции (56). Там, где это целесообразно и возможно, следует использовать систему дистанционного обучения с использованием информационных и коммуникационных технологий в целях распространения программ непрерывного образования на более отдаленные районы.

### 3.2 Меры в области регулирования

Если пользоваться широким определением, то меры в области регулирования охватывают любые методы государственного регулирования, осуществляемые с помощью законодательных, административных, правовых или политических средств. Меры в области регулирования варьируются в диапазоне от парламентских законов/актов до государственных постановлений, стратегий и руководящих принципов, разработанных ведущими министерствами, и программного руководства. Что касается найма и сохранения кадров в сельских районах, то

меры, которые предполагают необходимость регулирования, связаны с расширением сферы практической деятельности сельских работников здравоохранения, подготовкой различных типов таких работников, обязательную отработку и схемы субсидирования.

#### **V1 Расширение сферы практической деятельности**

#### **V2 Различные типы работников здравоохранения**

#### **V3 Обязательная отработка**

#### **V4 Субсидирование образование в обмен на предоставление услуг**

### **3.2.1 Создание условий для сельских работников здравоохранения в целях расширения их возможностей**

#### **РЕКОМЕНДАЦИЯ В 1**

**Установите и регулируйте более широкие сферы практической деятельности в сельских или отдаленных районах с целью улучшить потенциальные возможности для удовлетворенности работой, способствуя тем самым найму и сохранению кадров.**

Качество фактических данных – очень низкое. Надежность рекомендации – условная.

#### **Резюме фактических данных**

Работники здравоохранения, обслуживающие сельские и отдаленные общины, зачастую вынуждены – в связи с отсутствием других квалифицированных работников здравоохранения – оказывать услуги, которые не входят сферу их компетенции, определяемую официальной учебной программой. В некоторых случаях это фактическое расширение сферы их практической деятельности признается на уровне мер в области регулирования (директивы и т.д.), которые позволяют некоторым категориям работников здравоохранения выполнять задачи, выходящие за пределы их компетенции, определяемой их подготовкой, в предположении, что это улучшит доступ к системе здравоохранения тем группам населения, которые проживают в отдаленных и сельских районах.

Если судить по имеющимся фактическим данным, то вряд ли можно говорить о том, что это расширение сферы практической деятельности содействовало сохранению кадров здравоохранения. Однако есть другие данные, подтверждающие, что такое расширение сферы практической деятельности может привести к повышению удовлетворенности работой. Например, контрольное исследование в Австралии, показало, что медсестры, которым было разрешено назначать лекарства, были в большей степени удовлетворены своей работой, нежели медсестры, не имевшие этого права (57).

Существуют также убедительные факты, свидетельствующие о том, что качество медицинских услуг не ухудшается, когда они оказываются работниками здравоохранения, которые занимаются более широкой практикой. Действительно, в одном систематическом обзоре (58) нашли отражение шесть испытаний, проведенных на произвольной выборке в контролируемых условиях, которые показывают, что «качество услуг, оказываемых медицинскими сестрами с правом самостоятельной практики», в некоторой степени даже выше по сравнению с терапевтами, хотя это наблюдалось в несельском контексте. Кроме того, пациенты также сообщали о большей степени удовлетворенности работой медицинских сестер с правом самостоятельной практики.

#### **Комментарий**

Работники здравоохранения с более широкой практикой могут оказывать жизненно важные медицинские услуги, особенно в районах, где наблюдается острая нехватка медико-

санитарных кадров. Например, в то время когда прилагаются усилия в целях увеличения выпуска врачей, для оказания некоторых услуг в условиях отсутствия терапевтов можно использовать медсестер с правом самостоятельной практики и средний медицинский персонал.

Для того чтобы четко определить границы и руководящие принципы расширения сферы практической деятельности, министерствам здравоохранения необходимо наладить работу с регулятивными органами, профессиональными ассоциациями и другими заинтересованными сторонами. В этом случае не исключено значительное сопротивление со стороны некоторых групп работников здравоохранения, поэтому в рамках данного процесса их проблемы и аргументы следует озвучить и тщательно рассмотреть.

Рекомендацию В1 зачастую объединяют с В2 (различные типы работников здравоохранения). Сочетание этих рекомендаций с D6 поможет обеспечить признание всех тех, кто работает в условиях расширенной практики, за их вклад и услуги, которые они оказывают населению в отдаленных и сельских районах. В заключение следует отметить, что привлекательность переезда в отдаленный или сельский район повысится с большей долей вероятности, если предложенная должность предусматривает доступ к дальнейшему образованию и профессиональной подготовке (А5) и соответствующие финансовые стимулы (С1).

Несмотря на признание того факта, что работники здравоохранения с более широкой практикой могут внести в отдаленных и сельских районах эффективный вклад в оказание медицинских услуг, все же для того, чтобы выяснить, выше ли вероятность сохранения этих работников здравоохранения в таких районах, нужны дополнительные данные. Кроме того, практически ничего не известно о механизме стимулирования, необходимого для найма и сохранения в этих районах работников здравоохранения с более широкой практикой.

### **3.2.2 Подготовка большего количества работников здравоохранения для более быстрого удовлетворения нужд в области здравоохранения сельских жителей**

#### **РЕКОМЕНДАЦИЯ В2**

**Установите различные категории работников здравоохранения, предусмотрев соответствующую подготовку и систему регулирования для работы в сельской местности, с целью увеличить число работников здравоохранения, практикующих в сельских и отдаленных районах.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – условная.

#### **Резюме фактических данных**

Для удовлетворения нужд населения в области здравоохранения в отдаленных и сельских районах разные страны пользуются услугами различных типов работников здравоохранения. Например, недавний обзор, проведенный в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, показал что клинические работники, не являющиеся врачами, работают в 25 из 37 охваченных обзором стран, а также позволил сделать вывод о том, что «невысокие затраты на подготовку, сокращенное время учебы и успешный набор на работу в сельской местности позволяют сделать вывод о том, что клинические работники, не являющиеся врачами, могут сыграть существенную роль в деле увеличении контингента медико-санитарных кадров» (59).

Во вставке 5 приведены данные, полученные в ходе одного из нескольких исследований, посвященных сохранению таких работников (60). Следует отметить, что на данный момент есть убедительные данные в поддержку того факта, что различные типы работников здравоохранения могут привести к повышению отдачи от медико-санитарных мер в плане

укрепления здоровья (61) и что многие страны в значительной мере полагаются на клинических работников, помощников врачей и другие категории работников здравоохранения в деле обеспечения медицинских услуг в отдаленных и сельских районах (62).

#### **Вставка 5. «Хирургические техники» в Мозамбике**

Мозамбик приступил в 1987 году к формированию и подготовке помощников врачей с хирургическими навыками, так называемых «хирургических техников». Исследования показали, что спустя 20 лет 88% всех «техников», закончивших обучение в 1987, 1988 и 1996 годах все еще продолжали работать в районных больницах по сравнению всего лишь с 7% врачей, которые изначально были направлены в районные больницы после завершения обучения. Принимая во внимание тот факт, что эти «техники» оказывают в сельских больницах 92% всех основных акушерских хирургических услуг, авторы утверждают, что без них оказание неотложной акушерской помощи в этих районах было бы «невозможно» (60).

#### **Комментарий**

Основная причина формирования различных кадров работников здравоохранения для отдаленных и сельских районов – это то, что их навыки и квалификация могут пользоваться меньшим спросом, чем навыки высококвалифицированных работников здравоохранения, которые также требуются в городах или даже за границей. Еще одна причина проведения этой политики состоит в том, что подготовка отдельных типов работников здравоохранения может быть акцентирована на более глубокое понимание местных медико-санитарных потребностей и на более чуткое реагирование на них, при условии, естественно, что вопросы обеспечения качества и безопасности услуг также принимаются должным образом во внимание (63). Кроме того, подготовка соответствующих типов работников здравоохранения в условиях скудных ресурсов и за сравнительно короткий период времени может оказаться с финансовой точки зрения более жизнеспособным вариантом. Для повышения найма и сохранения кадров важно рассмотреть вопрос использования финансовых стимулов (С1) и мер обеспечения общественного признания этих кадров (D6).

Хотя во многих странах используются различные типы работников здравоохранения, все же существует необходимость провести дополнительные исследования, с тем чтобы понять, что их удерживает в отдаленных и сельских районах, особенно по сравнению с другими более традиционными кадрами системы здравоохранения, например врачами. Кроме того, нужны более надежные данные о намерениях и факторах, мотивирующих кадры среднего звена, по сравнению с высококвалифицированными работниками здравоохранения.

### **3.2.3 Максимально эффективное использование обязательной отработки**

#### **РЕКОМЕНДАЦИЯ ВЗ**

**Обеспечьте, чтобы требования, касающиеся обязательной отработки в сельских и отдаленных районах, дополнялись соответствующей поддержкой и стимулами в целях расширения найма и последующего сохранения работников здравоохранения в этих районах.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – условная

#### **Резюме фактических данных**

Под обязательной отработкой понимается обязательное распределение на определенное время работников здравоохранения в отдаленные и сельские районы в целях оказания необходимых там услуг. Этот вариант может быть предусмотрен правительством (для должностей, относящихся к государственной службе) или обусловлен иными стратегиями.



Например, работа в течение определенного периода времени в отдаленных районах может быть обязательным условием для получения лицензии на занятие врачебной практикой или необходимым предварительным условием для получения в дальнейшем соответствующей специализации или продвижения по служебной лестнице.

Всесторонний обзор схем обязательной отработки, проведенный в процессе составления настоящих рекомендаций, показал, что примерно 70 стран использовали ранее или используют в настоящее время систему обязательной отработки (64). Ее продолжительность в разных странах разная: от одного года до, максимум, девяти лет, причем эта система распространяется практически на все категории работников здравоохранения.

Несмотря на такую распространенность системы обязательной отработки, оценки показателей сохранения работников здравоохранения во время или после предписанного им обязательного периода работы проводились очень редко. Исследования в Эквадоре (65) и Южной Африке (66) показали, что несмотря на серьезное недовольство врачей организацией системы обязательной отработки, они чувствуют, что приобретенный ими за это время опыт позволил повысить их компетенцию и является в общем и целом полезным. В некоторых странах сельские и отдаленные районы обслуживаются выпускниками, которые выполняют взятые ими на себя обязательства отработать положенный им срок. В Таиланде через 28 лет после введения в действие национальной стратегии обязательной отработки 49,5% врачей в сельских районных больницах – это новые выпускники, которые, как можно предположить, выполняют свои обязательства по отработке (67).

### **Комментарий**

Даже за довольно ограниченный период времени работники здравоохранения, выполняя свои обязательства по отработке, могут значительно улучшить доступность медико-санитарных кадров в районах с недостаточным уровнем обслуживания. Кроме того, периоды обязательной отработки в отдаленных и сельских районах могут дать работникам здравоохранения возможность более глубоко понять сельские проблемы здравоохранения, приобрести ценный опыт и укрепить здоровье населения, проживающего в общинах с недостаточным уровнем обслуживания и находящихся в неблагоприятном положении.

Вместе с тем соблюдение работниками здравоохранения требований по обязательной отработке сопряжено со значительными проблемами и рисками. Так, например, в индийском штате Керала в знак протеста против введения обязательной трехлетней отработки для выпускников медицинских учебных заведений были организованы массовые и продолжительные забастовки. Систему обязательной отработки можно также критиковать за повышение «текучки» кадров в медицинских центрах и, как следствие, за потенциальное снижение качества оказываемых услуг.

Для того чтобы обеспечить успешную реализацию системы обязательной отработки, необходимо создать соответствующие механизмы поддержки и управления, а участники должны быть должным образом заблаговременно подготовлены к такой обязательной отработке, с тем чтобы получить навыки, необходимые для оказания медицинской помощи, соответствующей установленным стандартам (10, 68-70).

Лучшие результаты можно, вероятно, обеспечить посредством сочетания обязательной отработки с другими видами стимулов (A5 и C1) и мерами по улучшению условий жизни и труда на местах (D1 и D2).

Как указывалось выше, для того чтобы лучше понять, что удерживает работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах после завершения их срока обязательной отработки, нужна дополнительная аналитическая работа. Кроме того, необходимо провести исследования в целях оценки систем обязательной отработки и для иных работников здравоохранения, а не только для врачей.

### 3.2.4 Увязка образовательных субсидий с обязательным распределением

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ В4

**Предоставляйте стипендии или денежные пособия или иные образовательные субсидии в сочетании с обеспеченными правовой санкцией компенсационными соглашениями об обязательной работе в сельских или отдаленных районах с целью увеличить приток работников здравоохранения в эти районы.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – условная

#### Резюме фактических данных

Чтобы покрыть расходы студентов на образование и подготовку, многие государства предлагают студентам-медикам стипендии, гранты, пособия или другие формы субсидий. В ответ на это они, став квалифицированными работниками здравоохранения, дают свое согласие на работу в сельских и отдаленных районах на протяжении определенного периода времени.

В одном из систематических обзоров была проанализирована эффективность финансовых стимулов, предоставляемых в обмен на медицинские услуги в сельских районах (71). Он включал 43 исследования, из которых 34 – оценивали программы, действующие в США, а остальные – программы Канады, Японии, Новой Зеландии и Южной Африки. В этих программах будущие работники здравоохранения (то есть студенты) или практикующие работники здравоохранения подписывают контракт, в соответствии с которым они получают соответствующие финансовые стимулы (стипендии на обучение или займы, которые они должны вернуть после обучения, или непосредственные финансовые стимулы), а в обмен берут на себя обязательство работать в сельских районах в течение определенного периода времени. Обычно эти меры регулирования принимаются в сочетании с другими стратегиями сохранения кадров, например, с набором студентов из сельских районов или подготовкой специалистов в училищах, расположенных в сельской местности (см. вставку б).

В 18 исследованиях эти виды систем финансового стимулирования ассоциируются с впечатляющими показателями сохранения кадров: доля участников, оставшихся работать в районах с низким уровнем обслуживания после завершения обязательного периода отработки, составила от 12% до 90%. Вместе с тем в очень многих исследованиях, включенных в этот систематический обзор, были допущены методологические ошибки, поэтому эти данные следует интерпретировать с осторожностью (см. дополнительную информацию в приложении 1, в котором описывается характер соответствующих фактических данных).

#### Комментарий

Как представляется, системы финансового стимулирования выглядят весьма успешными в плане направления значительного числа работников здравоохранения на работу в сельские районы, а в некоторых случаях – даже эффективными в том плане, что некоторые участники программы продолжают работать, после завершения периода обязательной отработки, в других районах с низким уровнем обслуживания. Однако в связи с тем что многие из этих схем предлагают вариант «откупа», для того чтобы понять, насколько популярен этот вариант в сравнении с вариантом обязательной отработки, необходимо собрать дополнительную информацию.

Как и в случае с другими рекомендациями, положительные результаты более вероятны, если эти соглашения об отработке сочетаются с другими мерами регулирования. Например, сочетание этих стимулов с целевым приемом (A1) скорее всего даст более заметный эффект.

Что касается образовательных субсидий, выделяемых в обмен на обязательную отработку для студентов, обучающихся по профилю «медсестринское дело», и студентов-медиков,



обучающихся по другим специальностям, необходимо собрать дополнительные фактические данные. Необходимо также больше узнать об особенностях студентов, которые берут на себя обязательство по отработке, и почему некоторые выпускники выбирают вариант «откупа» вместо того, чтобы отработать положенный им срок. Следует также провести больше когортных исследований, с тем чтобы можно было сравнить уровень сохранения работников здравоохранения, которые отработали свой срок, с уровнем тех, кто закончил учебу, не будучи связанным обязательством по отработке.

#### **Вставка 6. Внутренняя система наймы в рамках префектуры, Медицинский университет Дзичи (Япония)**

Медицинский университет Дзичи (ДзМУ) в Японии развернул в 1972 году новую и уникальную «внутреннюю систему найма в рамках префектуры», направленную на подготовку сельских врачей и их распределение по всей стране. Студенты-медики, занимающиеся в ДзМУ, полностью субсидируются своей префектурой в обмен на изучение медицины и подписывают контракт, обязывающий их отработать в медицинских учреждениях своей префектуры после завершения обучения девять лет, из которых пять-шесть лет они обязаны отработать с сельских районах, которые будут определены их родной префектурой. В случае расторжения контракта все затраты на обучение в медицинском училище должны быть возмещены единовременно.

В 2000, 2004 и 2006 годах проводилось хорошо разработанное ретроспективное когортное исследование, один из компонентов которого охватывал 1477 выпускников ДзМУ. Процент закончивших обучение составил 95%, и в среднем 69,8% выпускников ДзМУ остались работать в своих родных префектурах, минимум, на шесть лет после завершения положенного им срока обязательной отработки. Интересно отметить тот факт, что если место работы, по меньшей мере в одном случае из трех, оказывается в родной префектуре, то уровень «оседлости» выпускников ДзМУ после завершения ими обязательного периода работы поднимается до 76,3% (72).

### **3.3 Финансовые стимулы**

В настоящем документе финансовые стимулы охватывают все дополнительные льготы, выплачиваемые или предоставляемые работникам здравоохранения с целью привлечь их на работу в отдаленные или сельские районы. Они включают денежные бонусы, пособия, выплачиваемые в натуральной форме (бесплатный дом или транспортное средство), любые другие льготы, которые сокращают вмененные издержки, связанные с работой в сельских районах<sup>1</sup>. Два примера вмененных издержек включают упущенные доходы из-за ограниченных возможностей занятия частной практикой в сельских районах и дополнительная стоимость жилья из-за необходимости оплачивать жилплощадь в столице (для образования детей и/или из-за работы жены).

Хотя финансовые стимулы оказывают аналогичный потенциальный эффект на процесс принятия решений работниками здравоохранения, они все же могут обеспечиваться за счет различных источников и в течение разных сроков. Важнейшим условием долгосрочной эффективности финансовых стимулов является финансовая устойчивость.

#### **C1 Надлежащие финансовые стимулы**

<sup>1</sup> Системы назначения стипендий и погашения займа более детально описаны в разделе, посвященном мерам в области регулирования, в рекомендации В4, поскольку они связаны с обязательной отработкой в отдаленных и сельских районах.

### 3.3.1 Повышение привлекательности переезда в отдаленные и сельские районы

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ С1

**Для того чтобы сохранить кадры в сельской местности, используйте в пределах своих финансовых возможностей комплекс финансовых стимулов (например, пособия за тяжелые условия труда, субсидии на жилье, бесплатное пользование транспортом, оплачиваемые отпуска и т.д.), которые были бы достаточны для того, чтобы перекрыть вмененные издержки, связанные с работой в сельской местности (как они воспринимаются работниками здравоохранения).**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – условная.

#### Резюме фактических данных

В целом ряде исследований указывается, что двумя ключевыми факторами, влияющими на принятие решения работниками здравоохранения остаться или покинуть место работы в сельских районах являются размеры заработной платы и денежные пособия (27, 28, 73-76).

Чтобы нанять и удержать работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах, широко используется система финансового стимулирования, которую можно привести в действие сравнительно быстро. Вместе с тем хорошо продуманные и всесторонние методы оценки эффективности финансовых стимулов встречаются довольно редко, а имеющиеся фактические данные неоднозначны. Например, в Австралии финансовые стимулы были введены в свое время для врачей, работавших длительное время в отдаленных и сельских районах, причем сумма выплат варьировалась в зависимости от местоположения и срока службы (77). Одна из этих систем стимулирования оказалась довольно успешной в том плане, что по прошествии пяти лет со дня ее введения в действие она позволила обеспечить сохранение штата врачей на уровне 65%. В Нигере система финансового стимулирования позволила повысить долю врачей, фармацевтов и стоматологов, работающих за пределами столицы – Ниамей. Однако через два года после ее введения, доля работников здравоохранения, сделавших выбор переехать в эти районы, существенно не изменилась (от 42% в начале до 46% через два года) (78).

Другие исследования позволили обнаружить положительное влияние финансовых стимулов на повышение привлекательности работы в сельских районах. Так, обзор, проведенный в Южной Африке, показал, что 28-35% сельских работников здравоохранения, получивших денежные пособия, считали, что это повлияло на их планы служебного роста на последующий год (79). Среднесрочный обзор системы сохранения штата замбийских работников здравоохранения показал, что в течение двух лет ее применения, эта система позволила привлечь и удержать более 50 врачей в сельских районах, а также несколько врачей в тех районах, где ранее их никогда не было (80).

#### Комментарий

Прежде чем вводить финансовые стимулы, необходимо предварительно проделать большую работу с целью полностью определить вмененные издержки, связанные с работой в отдаленных и сельских районах, поскольку стимулы должны полностью соответствовать потребностям и ожиданиям работников здравоохранения. Для обоснования систем финансового стимулирования необходимо провести соответствующие исследования осуществимости, например, дискретные эксперименты на определение реакции выбора и анализ рынка труда.

Директивные органы должны быть осведомлены о потенциальной атмосфере восприимчивости, которая может сложиться вокруг конкретной системы стимулирования работников здравоохранения, и о проблемах, которые могут возникнуть в этой связи

между ними и другими государственными служащими (если речь идет о государственной гражданской службе) или теми работниками здравоохранения, которые не охвачены этой системой. Например, в Новой Зеландии сельская шкала классификации вызвала между врачами серьезные разногласия, возникшими вокруг определения «сельские». Некоторые из них чувствовали себя несправедливо отнесенными к этой категории, а некоторые даже утверждали, что новой платежной системой их поставили с финансовой точки зрения в невыгодные условия (81).

Система финансового стимулирования будет работать более эффективно в странах со значительным избытком работников здравоохранения в крупных городах, потому что государственные затраты на привлечение в сельские районы частично занятых или безработных работников здравоохранения будут меньше, чем затраты на привлечение уже занятых работников здравоохранения. Например, использование системы стимулов может дать в разном контексте разные результаты: в Нигерии нехватка врачей привела к тому, что использовать поощрительные платежи в качестве фактора, стимулирующего переезд врачей в сельские районы, оказалось практически невозможным, поскольку на городском рынке труда было достаточно возможностей для осуществления частной практики, и доходы там были намного выше. Напротив, в Мали, где ощущался избыток врачей, введение такой системы стимулирования сделало сельскую практику привлекательной для молодых безработных врачей, готовых к переселению. Разные результаты, к которым приводит выплата стимулов, свидетельствуют о важности включения рынка труда в ситуационный анализ (82).

Эффективность финансовых стимулов может быть выше, если их использовать вместе с другими мерами регулирования, нацеленными прежде всего на студентов и работников здравоохранения из сельских районов (A1). В целях повышения показателей найма и сохранения работников здравоохранения следует также рассмотреть возможность совмещения таких стимулов с мерами B2 (различные типы работников здравоохранения, B3 (обязательная отработка), D1 (лучшие условия жизни) и D2 (безопасные и благоприятные условия труда). Чтобы определить долгосрочное влияние финансовых стимулов на сохранение работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах, необходимо провести больше хорошо продуманных и всесторонних оценок.

#### **Вставка 7. Новые фактические данные**

В последнее время появляются новые фактические данные по другим типам финансовых механизмов, направленных на повышение показателей сохранения работников здравоохранения в сельских районах, однако делать какие-либо значимые выводы пока еще рано. Пересмотр этих рекомендаций в будущем будет включать более подробный анализ следующих мер регулирования:

- облегчение организации частной или государственно-частой практики в сельских и отдаленных районах;
- использование реформ финансирования системы здравоохранения, в том числе всеобщего медицинского страхования и систем финансирования, основанных на результатах, в целях укрепления финансовых стимулов в интересах найма и сохранения кадров здравоохранения в отдаленных и сельских районах.

### **3.4 Профессиональная и персональная поддержка**

По определению, сельские и отдаленные районы зачастую ассоциируются с изоляцией – как с профессиональной, так и с персональной точки зрения. Поэтому не удивительно, что в тех случаях, когда студентов, молодых выпускников и работников здравоохранения спрашивают, какие факторы больше всего влияют на их выбор места работы, они отвечают «поддержка». Это может восприниматься на личном уровне, на котором вопросы, связанные с хорошей инфраструктурой, возможностями социального взаимодействия, наличием школы для обучения детей и работы для жены, имеют для работников здравоохранения приоритетное

значение. На профессиональном уровне столь же важное значение приобретают возможности продвижения по службе, общения и консультирования с коллегами в рамках профессиональных организаций, дистанционного оказания медицинской помощи и другие факторы. В случае всех типов работников здравоохранения большое влияние на их моральное состояние, статус и последующее желание работать в сельских районах оказывает общественное признание услуг, которые они оказывают населению.

Исходя из фактических данных и опыта, накопленного в разных странах, можно вполне сделать вывод о том, что меры регулирования в этой области носят дополнительный характер и с большей долей вероятности повысят воздействие других мер, однако будут неэффективными в случае их изолированного применения. Одно из основных непреложных условий, необходимых для того, чтобы обеспечить эффективность всех этих и предыдущих мер регулирования, – это повышение квалификации, распределение и мотивация грамотных руководителей местных служб и укрепление системы управления кадровыми ресурсами, как это детально описано в главе 2.

#### **D1 Лучшие условия жизни**

#### **D2 Безопасные и благоприятные условия труда**

#### **D3 Социально ориентированная поддержка**

#### **D4 Программы продвижения по службе**

#### **D5 Профессиональные сети**

#### **D6 Меры обеспечения общественного признания**

### **3.4.1 Уделение внимания условиям жизни**

#### **РЕКОМЕНДАЦИЯ D1**

**Улучшайте условия жизни работников здравоохранения и их семей и вкладывайте средства в инфраструктуру и услуги (санитария, электроснабжение, телекоммуникации, школы и т.д.), поскольку эти факторы оказывают существенное влияние на решение работников переехать в сельскую местность и там остаться.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – надежная.

#### **Резюме фактических данных**

Отсутствие прямых доказательств того, что улучшение инфраструктуры здравоохранения и условий жизни в сельской местности влияет на повышение показателей сохранения кадров здравоохранения в сельских районах, в основном обусловлено небольшим количеством действующих крупномасштабных программ (83). С другой стороны, существует целый ряд фактических данных, подтверждающих, что это именно так. Исследования, посвященные выяснению факторов, влияющих на принятие решения работать в отдаленных или сельских районах, показывают, что наличие хороших условий жизни всегда считается очень важным фактором. Сюда входит жилье, дороги, электричество, водопровод, доступ к Интернету, школы для детей и возможность трудоустройства для жен.

Исследование, проведенное среди южноафриканских врачей, показало, что улучшение жилищных условий является одним из трех важнейших факторов, влияющих на их решение остаться работать в сельской местности (76). Исследование, проведенное в Бангладеш, обнаружило, что основными причинами систематической неявки на службу работников здравоохранения являлись отдаленность и сложный доступ к медицинским центрам. В то

же время медицинские работники, работавшие в деревнях или городах, где были дороги и электричество, отсутствовали намного реже (84). С другой стороны, отдельные данные подтверждают результаты исследований, указывающих на то, что отсутствие надлежащего жилья, электричества и телефонной связи, а также не отвечающие современным требованиям школы – это как раз те факторы, которые отвращают от работы на селе.

Поскольку эта мера регулирования всегда является частью более обширного пакета мер или системы сохранения кадров за счет так называемых «нефинансовых стимулов», вычлнить ее индивидуальное влияние на сохранение кадров сложно.

#### **Комментарий**

Улучшение сельской инфраструктуры является одним из компонентов общего экономического развития сельских и отдаленных районов. Содействовать сохранению работников здравоохранения и оказать такое же благотворное влияние на работников других государственных секторов, например учителей и работников правоохранительных органов, помогут, среди прочего, инвестиции. Они также позволят создать более привлекательные условия для частной деятельности во всех экономических секторах.

### **3.4.2 Обеспечение соответствия рабочего места приемлемым стандартам**

#### **РЕКОМЕНДАЦИЯ D2**

**Создайте хорошие и безопасные условия труда (включая соответствующее оборудование и принадлежности, благоприятное руководство и наставничество) с целью обеспечить профессиональную привлекательность этих должностей и, таким образом, улучшить условий найма и сохранения кадров здравоохранения в отдаленных и сельских районах.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – надежная.

#### **Резюме фактических данных**

В какой мере улучшение условий труда непосредственно способствует сохранению кадров в сельских районах неясно. Однако, согласно систематическому обзору Кокрейна, «исследования, проводимые на основе вопросников, указывают на то, что профессиональная и личная поддержка могут также оказывать влияние на принятие работниками здравоохранения решения работать в районах с недостаточным уровнем обслуживания. Профессиональная подготовка, постоянное повышение квалификации и стиль руководства службами здравоохранения являлись важными факторами, влияющими на сохранение кадров здравоохранения в районах с недостаточным уровнем обслуживания» (35).

Убедительные данные исследований удовлетворенности работой показывают, что работники здравоохранения не склонны подавать заявления или принимать назначения на работу в учреждения, требующие ремонта и не имеющие таких основных средств, как водопровод, перчатки, элементарные базовые лекарственные препараты и оборудование, потому что такие дисфункциональные условия труда серьезно ограничивают их возможности заниматься той практической деятельностью, которой они обучались (29, 76). Кроме того, благожелательный контроль также является одним из основных элементов, способствующих большей удовлетворенности своей работой, улучшению показателей и, как следствие, сохранению кадров и практической деятельности в сельских районах (1, 26).

#### **Комментарий**

Улучшение условий труда может повышать эффективность работы и производительность работников здравоохранения, улучшая, таким образом, показатели деятельности систем

здравоохранения. Однако существует риск того, что если экспериментальные программы будут осуществляться лишь в нескольких сельских районах какой-либо страны, они будут привлекать работников здравоохранения из других районов, усиливая, таким образом, существующий дисбаланс.

С точки зрения затрат для оснащения и переоснащения учреждений здравоохранения могут потребоваться значительные ресурсы, однако в более долгосрочной перспективе могут быть достигнуты положительные результаты. Аналогичным образом, для изменения стиля руководства и внедрения системы благожелательного контроля могут также потребоваться значительные инвестиции в организацию курсов обучения по вопросам управления и во внедрение эффективных процедур контроля, однако в долгосрочной перспективе можно ожидать получения положительных результатов. Наконец, комплексные стратегии предупреждения насилия на рабочих местах могут также быть сложными и дорогостоящими, однако в конечном итоге они могут способствовать повышению уровня удовлетворенности работой.

### 3.4.3 Содействие усилению взаимодействия между работниками здравоохранения в городской и сельской местности

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ ДЗ

**Разработайте и осуществляйте соответствующие просветительские мероприятия с целью облегчить сотрудничество между работниками здравоохранения из районов с хорошим и недостаточным обслуживанием и, по возможности, используйте средства телемедицины, чтобы оказать дополнительную поддержку работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – надежная.

#### Резюме фактических данных

Помимо улучшения условий труда и благожелательного контроля имеется также возможность оказания сельским работникам здравоохранения информационно-разъяснительной поддержки на местах. Одной из форм такой поддержки является регулярное посещение отдельными специалистами или группами специалистов своих коллег в сельской местности с целью консультаций и оказания помощи в лечении пациентов и повышении их профессиональной квалификации. Другой формой является телемедицина, т.е. использование дистанционных технологий для оказания помощи сельским работникам здравоохранения в диагностике и лечении больных, повышении их знаний и развитии навыков.

Прямые свидетельства того, что программы информационно-разъяснительной поддержки способствуют сохранению кадров в сельских или отдаленных районах отсутствуют. Однако имеются многочисленные данные наблюдений, указывающие на то, что такие программы способствуют повышению квалификации сельских работников здравоохранения и уровня их удовлетворенности условиями труда (85-88). Они могут также способствовать повышению качества помощи, оказываемой на местах, сокращению числа обращений за консультацией к специалистам и снижать количество госпитализаций (89, 90).

#### Комментарий

Просветительские мероприятия могут, в числе прочего, ослаблять ощущение профессиональной изолированности. Они могут оказывать более положительный эффект в местах, где имеется острая нехватка работников здравоохранения, ограниченная инфраструктура или низкая плотность населения, так как они позволяют предоставлять



услуги, которые иначе не были бы доступны (например, мобильные клиники или услуги санитарной авиации).

Осуществление мероприятий по информационно-разъяснительной поддержке и, в особенности, программ в области телемедицины требует значительных финансовых ресурсов, а также доступа к Интернету и другим технологиям. Однако быстрое развитие телекоммуникаций, в частности использование мобильных телефонов, дает надежду на ускорение темпов и расширение масштабов внедрения таких программ в ближайшем будущем.

В целом необходимы дальнейшие исследования роли телемедицины и программ информационно-разъяснительной поддержки на местах в сохранении кадров здравоохранения.

### 3.4.4 Создание возможностей для продвижения сельских работников здравоохранения по служебной лестнице

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ D4

**Разработайте и поддерживайте программы служебного роста и создайте в сельской местности посты старшего звена, с тем чтобы работники здравоохранения могли продвигаться по служебной лестнице благодаря своему опыту, образованию и подготовке, не обязательно покидая сельские районы.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – надежная.

#### Резюме фактических данных

Концепция «служебная лестница» предусматривает наличие ряда последовательных должностей, от самой низшей до самой высшей, которые могут занимать работники здравоохранения по мере достижения ими успехов в своей работе. Это особенно касается государственного сектора и гражданской службы, где, как правило, имеется четкое ощущение иерархии.

Прямые свидетельства того, что создание программ служебного роста в сельских районах способствует сохранению кадров здравоохранения, отсутствуют. Однако данные исследований показывают, что ясные возможности карьерного роста служат важным фактором для принятия работниками здравоохранения решения работать или не работать в отдаленных или сельских районах (91, 92). Система продвижения по службе обычно существует в городах и больницах, однако в сельской местности также можно разработать четкие и конкретные пути для служебного роста. На рисунке 3 ниже показаны возможные ступеньки служебной лестницы для различных медицинских профессий.

**Рис. 3. Примеры «служебной лестницы» для работников здравоохранения**

#### Средний медицинский персонал



- Дипломированная медсестра
- Младшая медсестра
- Персонал по уходу за больными
- Санитарка

#### Вспомогательный клинический персонал



- Рентгенолаборант
- Клинический лаборант
- Лаборант хирургического отделения
- Сотрудник, осуществляющий стерилизацию

#### Аптекарский персонал



- Фармацевт
- Фармацевтический лаборант
- Помощник аптекаря
- Продавец в аптеке

## Комментарий

Такие меры могут повысить моральный дух и профессиональный статус работников здравоохранения, что, в свою очередь, может повысить уровень их мотивации, удовлетворенности работой и эффективности деятельности. Однако в ряде случаев возможно противодействие со стороны профессиональных организаций и/или напряженность в отношениях между специалистами и врачами общего профиля. В этой связи необходимы дальнейшие исследования в отношении сельских программ служебного роста и их положительного влияния на сохранение кадров.

### 3.4.5 Содействие обмену знаниями

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ D5

**Поддерживайте развитие профессиональных сетей, сельских ассоциаций специалистов здравоохранения, журналы типа «здоровье на селе», и т.д. с целью поднять моральный дух и статус сельских провайдеров медицинских услуг и ослабить ощущение профессиональной изолированности.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – надежная.

#### Резюме фактических данных

Потребность работников здравоохранения в постоянных стимулах для профессионального роста наиболее ощутима в сельских или отдаленных районах, где профессиональная изолированность может отрицательно влиять на эффективность работы. Таким образом, поддержка развития профессиональных сетей и научных процессов, включая специализированные журналы, ориентированные на сельские условия, могут быть полезны для сельских работников здравоохранения (93).

Некоторые данные указывают на то, что сельские профессиональные ассоциации способствуют сохранению кадров здравоохранения в сельских районах. Например, в Мали молодые врачи, получавшие поддержку со стороны профессиональной ассоциации сельских врачей, оставались работать в сельских районах, в среднем, четыре года; показатель сохранения кадров был ниже в отношении тех, кто не получил такой поддержки (4).

Организация «Общество и фонд сельских врачей» в Таиланде оказала положительное влияние на характер и эффективность деятельности сельских врачей по ряду аспектов. «Помимо поддержки сельских служб здравоохранения, эта организация также активно поддерживала такие области деятельности общественного здравоохранения, как национальная политика в отношении лекарственных средств, перечень основных лекарственных средств и борьба против табака. Она также играла активную роль в развитии национального движения в области демократизации и политических реформ, а также осуществляла надзор за борьбой с коррупцией и ненадлежащим административным поведением» (10).

Помимо профессиональных ассоциаций, могут быть предусмотрены другие виды программ поддержки. Например, в рамках программы «Доктор Док», начатой в Южной Австралии в 2006 году, были созданы различные механизмы содействия, такие как консультации по телефону, кризисная поддержка, взаимодействие с городскими врачами общей практики (ВОП), оказывающими медицинскую помощь сельским ВОП и их семьям, а также проведение практических семинаров на выезде, позволяющих сельским ВОП отдохнуть и расслабиться. По имеющимся данным это позволило сократить число сельских врачей, желающих оставить свою практику (94).



### **Комментарий**

Этот подход может оказать больший эффект при его использовании в сочетании с другими мерами, такими как A5 (непрерывное повышение квалификации), D1 (лучшие условия жизни) и D2 (безопасные и благоприятные условия труда).

Для инициирования и поддержки развития профессиональных ассоциаций в странах могут потребоваться активные сторонники этого подхода. Если эти ассоциации поддерживаются только за счет членских взносов, то они могут быть уязвимы к влиянию проблем обеспечения долгосрочной устойчивости.

## **3.4.6 Повышение статуса сельских работников здравоохранения**

### **РЕКОМЕНДАЦИЯ D6**

**Примите такие меры обеспечения общественного признания, как проведение сельских дней здоровья и присуждение наград и званий на местном, национальном и международном уровнях, с целью повысить статус работы в сельской местности, поскольку эти меры обеспечивают условия для повышения внутренней мотивации и способствуют, таким образом, сохранению кадров сельских работников здравоохранения.**

Качество фактических данных – низкое. Надежность рекомендации – надежная.

### **Резюме фактических данных**

Признание со стороны руководства, коллег и общественности является одним из основных стимулирующих факторов в области здравоохранения и в других отраслях (95). Однако в случае сельского здравоохранения факты, свидетельствующие об общественном признании, касаются, в основном, конкретных примеров отдельных работников здравоохранения, которые посвятили свою жизнь служению сельским сообществам и получали за это множество наград в знак общественного признания (96, 97). Трудно сказать, побудили ли их эти награды остаться на своих местах или их длительная работа в сельских районах объясняется факторами внутренней мотивации. Тем не менее, представляется вероятным, что простые знаки общественного признания, такие как звания, медали или награды, могут значительно способствовать поднятию статуса и морального духа сельских работников здравоохранения и, таким образом, сохранению этих кадров в сельских районах. Такие знаки общественного признания дают возможность концентрировать внимание на отдельных работниках здравоохранения и их достижениях, демонстрируя, таким образом, политическую поддержку сельских работников здравоохранения и деятельности по охране здоровья в сельских районах.

### **Комментарий**

Эта мера является относительно недорогостоящей и может представлять собой важный шаг на пути к повышению признания сельских работников здравоохранения. Награды могут предоставляться службами здравоохранения, профессиональными организациями, региональными органами власти, национальными правительствами и международными организациями.

Для успешного осуществления этой рекомендации необходимо пропагандировать значимость такой награды или звания. Кроме того, публикации и привлечение внимания к рассказам о сельских работниках здравоохранения способствуют распространению информации об этих примерах для подражания среди населения и могут побуждать студентов или выпускников вузов работать в сельских районах. Это также повышает престижность таких наград для их получателей.

## 4. Измерение результатов: как выбрать, осуществить и оценить политику сохранения кадров в сельской местности

В данной главе представлена общая схема измерения результатов и приводятся пять вопросов в целях оказания содействия и предоставления рекомендаций лицам, определяющим политику, в части выявления, выбора, реализации, мониторинга и оценки мер, направленных на сохранение кадров в сельской местности. Схема, показанная на рисунке 4, была разработана в ходе консультаций группой экспертов и доработана впоследствии несколькими членами этой группы (98). В целом необходим системный подход, основанный на традиционной модели оценки: входные данные - выходные данные - результаты - воздействие.

На уровне входных данных выбор мер регулирования должен основываться на тщательной аналитической работе, которая включает ситуационный анализ и анализ рынка труда, а также оценку организационного и управленческого потенциала, как описано в главе 2.

Выбор надлежащих мер регулирования требует понимания их уместности, приемлемости, доступности по цене и эффективности, как указано ниже в разделах 4.1–4.4. Следует также принимать во внимание контекстуальные факторы.

### Рисунок 4. 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, пол, возраст)

УРОВНИ	ВХОДНЫЕ ДАННЫЕ (разработка и осуществление)	ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ	РЕЗУЛЬТАТЫ	ВОЗДЕЙСТВИЕ
ПОКАЗАТЕЛИ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ситуационный анализ, включая факторы, влияющие на решения в отношении работы в сельской местности</li> <li>• Анализ рынка труда</li> <li>• Организационный и управленческий потенциал</li> <li>• Выбор надлежащих мер</li> <li>• Участие заинтересованных сторон</li> <li>• Необходимые ресурсы</li> </ul>	<p><b>Привлекательность</b> Предпочтения для работы в сельской местности</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Наем</b> Эффективное заключение контрактов и назначение</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Сохранение кадров</b> Работники здравоохранения, остающиеся в сельских районах определенное время</p>	<p><b>Показатели деятельности работников здравоохранения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Наличие</li> <li>- Компетентность</li> <li>- Отзывчивость</li> <li>- Продуктивность</li> </ul> <p><b>Показатели деятельности систем здравоохранения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Доступность (охват мерами)</li> <li>- Продуктивность</li> <li>- Отзывчивость</li> </ul>	<p><b>Улучшение системы оказания услуг,</b></p> <p><b>что способствует</b></p> <p><b>улучшению состояния здоровья</b></p>

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.

Измерение результатов мер по сохранению кадров в сельской местности может быть выполнено в отношении всех факторов на каждом уровне. Конкретные показатели предложены ниже в разделе 4.5

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

С точки зрения политики и планирования – и попросту говоря – наличие работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах зависит от того, подготавливается ли достаточное количество работников здравоохранения, имеются ли такие работники здравоохранения, которые необходимы, и есть ли возможность трудоустроить имеющихся работников здравоохранения, т.е. имеется ли достаточное число обеспеченных финансированием должностей в сельских и отдаленных районах и финансовые возможности для того, чтобы трудоустроить всех необходимых работников здравоохранения в государственном секторе. Еще одним фактором является то, насколько привлекательны имеющиеся места для работников здравоохранения для того, чтобы они предпочли их другим местам.

На этом этапе необходимо ответить на следующие вопросы. Можно ли обеспечить исключительную ориентацию на определенные группы населения или географические районы, не вызывая этим волнения в среде работников? Вписывается ли данная политика в общую стратегию правительства в секторе здравоохранения и социального обеспечения? Какая сумма дополнительного вознаграждения была бы достаточна для того, чтобы привлечь работников здравоохранения в отдаленные или сельские районы? Насколько большое значение работники здравоохранения придают обеспечению приоритетного доступа к обучению или наличию надлежащего стиля управления на рабочем месте?

В отношении последних вопросов можно использовать особые методы научных исследований для выявления предпочтений работников здравоохранения, касающихся работы в сельской местности. 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 (73, 99-101). Эти методы, несомненно, являются ценным подспорьем для лиц, формирующих политику, если они хотят понять, какой набор «поощрительных стимулов» может представлять интерес для работников здравоохранения в сельской местности.

#### **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 важное 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.

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 трудовых 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, союзы и профессиональные ассоциации, гражданское общество, частный сектор и, в соответствующих случаях, международные партнеры по вопросам развития.

В таблице 2 представлен обзор участников, которые должны быть вовлечены в процесс разработки и осуществления мер политики, рекомендованных в главе 3, а также их роли и обязанности.

**Таблица 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 сельских районов	- Министерство образования - Медицинские учебные заведения - Министерство здравоохранения	- Регулирование вопросов предпочтительного приема на работу
Профессиональные медицинские училища за пределами крупных городов	- Министерство образования - Медицинские учебные заведения - Местные органы власти - Министерство здравоохранения	- Разработка стандартов аккредитации - Выдача разрешений новым учебным заведениям
Клиническая ротация кадров во время обучения в сельских районах	- Медицинские и другие профессиональные учебные заведения для работников здравоохранения - Министерство здравоохранения	- Изменения подхода к обучению (многопрофильное, проблемно-ориентированное и т.д.)
Учебный план, отражающий проблемы здравоохранения в сельских районах	- Медицинские и другие профессиональные учебные заведения для работников здравоохранения - Органы аккредитации - Министерство здравоохранения	- Изменение учебного плана
Непрерывное повышение квалификации	- Профессиональные ассоциации - Министерство образования - Министерство здравоохранения	- Осуществление программ непрерывного профессионального обучения - Сертификация работников здравоохранения
Расширение сферы практической деятельности	- Министерство здравоохранения - Профессиональные ассоциации	- Определение границ сферы практической деятельности - Введение положений, признающих расширение сферы практической деятельности
Подготовка работников здравоохранения различных типов	- Министерство здравоохранения - Профессиональные ассоциации	- Определение функций новых кадров - Создание соответствующих механизмов регулирования
Обязательная отработка в сельской местности	- Министерство здравоохранения - Министерство социального обеспечения - Профессиональные ассоциации	- Выполнение требования обязательной отработки - Изменение положений о гражданской службе - Увязывание сертификации с обязательной службой
Субсидирование образование в обмен на предоставление услуг	- Министерство образования - Министерство здравоохранения	- Финансовое образование в обмен на работу в сельской местности

Стратегии	Участники	Роли и обязанности
Надлежащие финансовые стимулы	- Министерство финансов - Министерство здравоохранения - Союзы	- Определение потребностей и источников финансирования - Определение критериев «сельской местности» - Определение критериев распределения дополнительного вознаграждения
Лучшие условия жизни	- Руководители местных органов власти - Министерство транспорта - Гражданское общество	- Обеспечение жильем, школами для детей, возможностями для супругов
Безопасные и благоприятные условия труда	- Министерство здравоохранения - Руководители местных органов власти	- предоставление оборудования, лекарственных средств и т.д.
Социально ориентированная поддержка	- Министерство здравоохранения - Руководители местных органов власти	- Оказание социально-ориентированной поддержки - Поддержка служб телемедицины
Программы продвижения по службе	- Министерство здравоохранения - Руководители местных органов власти	- Создание системы «служебной лестницы»
Профессиональные организации	- Министерство здравоохранения - Профессиональные ассоциации	- Поддержка созданию профессиональных сетей
Меры обеспечения общественного признания	- Министерство здравоохранения - Гражданское общество	- Учреждение и предоставление наград, званий и т.д.

### 4.3 Доступность по цене: какие меры регулирования доступны по цене?

Все меры, предложенные в главе 3, требуют затрат. При выборе той или иной меры необходима информация о стоимости (и степени надежности этой информации), источниках финансирования этих затрат и их устойчивости с течением времени, для того чтобы использовать ограниченные финансовые ресурсы наилучшим образом, а также для проведения надлежащей оценки мер политики.

Для понимания объема затрат, связанных с мерами политики, требуется финансовая оценка всех различных ресурсов, необходимых для осуществления этой меры. Это может потребовать, например, реальных денежных средств для субсидирования обучения (рекомендация В4), для выплаты пособий и других денежных вознаграждений (рекомендация С1) или для строительства новой школы (рекомендация А2). Однако это также включает затраты на укомплектование новых школ в сельских районах преподавательскими кадрами и последующее сохранение этих кадров, затраты на программы дистанционного обучения или разработку учебного плана (меры, связанные с образованием) или административные расходы на руководство системой обязательной отработки в сельской местности (см. более подробную информацию в главе 6).

Важное значение имеют также источник и характер финансирования. Для стран с низким уровнем доходов, зависящих от внешней помощи, особенно важно увязывание источников финансирования стратегий сохранения кадров с национальными бюджетами в области здравоохранения. По этой причине, как указывалось в главе 2, начиная с этапа планирования, стратегии сохранения кадров должны увязываться с национальными планами в области здравоохранения и подготовки кадров. Источник поступления денег и характер их распределения тесно связаны с обеспечением устойчивости финансирования, что требует анализа финансового пространства, сроков и предсказуемости внешнего финансирования.

Большинству стран с низким уровнем доходов потребуется устойчивое и предсказуемое внешнее финансирование для реализации этих мер, что часто является сложной задачей, поскольку циклы финансирования донорами обычно составляют от одного года до трех лет, а этого периода недостаточно для оценки измеримых результатов.

Существует также проблема фрагментированного финансирования многочисленных мелкомасштабных или конкретных определяемых донорами инициатив, которые, если они недостаточно интегрированы в общий национальный план развития здравоохранения, могут серьезно нарушить функционирование системы здравоохранения. Например, во многих странах работников здравоохранения из сельских районов или из государственного сектора переманивают негосударственные провайдеры, действующие нередко в рамках глобальных инициатив в области здравоохранения, которые предлагают более привлекательные условия найма (включая заработную плату и условия работы). Эта проблема усложняется проведением многочисленных и несогласованных семинаров по конкретным болезням для обучения без отрыва от производства, которые часто имеют схожее содержание и отвлекают ограниченный персонал от работы (102).

#### **4.4 Эффективность: были ли учтены факторы взаимодополняемости и потенциальные непредусмотренные последствия между различными мерами регулирования?**

На основании ответов на вопросы 4.1–4.3 будет составлен короткий перечень мер, который может потребовать дальнейшего установления приоритетов, особенно в странах с низким уровнем доходов (в связи с ограниченностью ресурсов и потенциала). Однако важно отметить, что фактические данные и опыт показывают, что ни одна из рекомендаций в главе 3 не должна осуществляться в отрыве от других. Их следует осуществлять как соответствующую комбинацию стратегий или как «комплекс мер», учитывая их возможную взаимодополняемость. Как и в случае большинства стратегий и программ общественного здравоохранения, единого универсального решения не существует, поэтому наиболее подходящая комбинация будет зависеть от конкретной страны.

Рекомендации будут неэффективны, если их применять изолированно друг от друга, так как работники здравоохранения принимают решение наняться на работу в отдаленной или сельской местности, остаться там или уехать на основании не одного единственного фактора. Например, работники здравоохранения могут высоко ценить уровень заработной платы в сельской местности, однако они также хотят иметь доступ к непрерывному образованию и получить общественное признание за расширение сферы своей практической деятельности, если они займут этот пост. Если же выбирается политика предпочтительного назначения студентов из сельских районов (допуская, что после окончания учебного заведения они с большей вероятностью будут работать в сельской местности), дополнительной стратегией будет увеличение числа учебных заведений в сельских районах.

Важным аспектом взаимодополняемости является также график проведения мероприятий. Полное осуществление некоторых мер, рекомендуемых в главе 3, может потребовать нескольких лет, в то время как другие могут быть реализованы довольно быстро. Например, одной из мер, часто применяемых странами, так как ее можно быстро осуществить, является выплата пособий сельским работникам здравоохранения. В то же время разработка и осуществление политики обязательной отработки, политики создания кадров разного типа или политики строительства училищ или колледжей в сельских районах может потребовать гораздо большего времени. Что касается сельских училищ, то в этом случае потребуется еще больше времени, прежде чем они подготовят потенциальных сельских работников здравоохранения для привлечения их к работе и сохранения этих кадров в сельской местности. Важно рассмотреть возможность использования мер, которые можно оперативно реализовать и получить очень быстрый эффект, так как они могут помочь привлечь к работе и сохранить кадры работников здравоохранения в краткосрочной перспективе, в то время как другие меры принесут свои плоды не так быстро. Такие стратегии сохранения кадров,

имеющие различные сроки осуществления, важно иметь в виду при принятии решения о том, какую комбинацию мер лучше всего использовать.

Прежде чем принять решение по поводу той или иной политики для улучшения ситуации в области сохранения кадров, следует учитывать возможные непредвиденные последствия. Например, если уделять слишком большое внимание ускоренному продвижению по службе в качестве стимула для работы в сельской местности, то это может оказать отрицательное влияние на организационное развитие, при котором продвижение по службе зависит от заслуг и возможностей. Аналогичным образом, беспорядочное распределение направлений на последипломное обучение может свести на нет эффект стратегии удержания кадров. Кроме того, поощрительные стимулы для сельских врачей могут вызвать отрицательную реакцию у других гражданских служащих или других категорий работников здравоохранения.

#### **4.5 Воздействие: какие показатели будут использоваться для измерения воздействия во времени?**

Если все заинтересованные стороны ясно понимают предполагаемые последствия, ожидаемые результаты и сроки, которые потребуются для осуществления мер и оценки их воздействия, то вероятность успешного осуществления этих мер выше. Показатели оценки успеха или, по меньшей мере, достигнутого прогресса, должны быть согласованы на раннем этапе планирования. В таблице 3 приводятся вопросы, которые следует задавать при проведении оценки мер сохранения кадров, предлагаемые показатели для оценки прогресса по четырем характеристикам привлекательности, найма на работу, сохранения кадров и эффективности деятельности работников здравоохранения/системы здравоохранения, а также методы, которые можно использовать при проведении таких оценок.

Подробное руководство в отношении общих принципов и методов мониторинга и оценки мер в области кадровых ресурсов было разработано и опубликовано (14). Для целей настоящего документа целесообразно рассмотреть несколько определений и пояснений. «Сохранение кадров» определяется как рост числа работников здравоохранения, остающихся в сельской местности в результате использования конкретных мер политики, указанных в главе 3. Другим методом количественной оценки сохранения кадров является изучение продолжительности работы (количество лет) работников здравоохранения на своих должностях в сельской местности. Однако в отношении такой продолжительности нет каких-либо ориентиров: результаты немногочисленных исследований по измерению этого показателя позволили установить, что средняя продолжительность составляет четыре года (4, 33).

Помимо традиционных анкетных обследований в учреждениях и анализа учетных данных, можно использовать такие методы, как кривые «выживаемости». Такие кривые «выживаемости» можно использовать для составления графика временной зависимости в отношении любого неповторяющегося события. Этим событием не должна быть смерть, чтобы термин «выживаемость» не вводил в заблуждение. В случае стратегий сохранения кадров неповторяющимся событием, наносимым на график, может являться отъезд изучаемого работника или работников здравоохранения из сельской местности (33).

Как указывалось ранее, каждая мера приводит более чем к одному результату (или эффекту), и ни один результат не может быть получен при использовании только одной меры. Эта сложность затрудняет задачу измерения результатов и увязки воспринимаемых последствий с конкретными практическими мероприятиями.

Дополнительная информация о задачах научных исследований в этой области приводится в главе 5. Кроме того, проведение оценки стоит недешево, поэтому ее следует не только планировать на начальном этапе осуществления стратегий, но и предусматривать в бюджете при калькуляции затрат.

**Таблица 3. Вопросы и показатели для оценки и мониторинга мер, направленных на улучшение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах путем совершенствования системы сохранения кадров**

Этап	Вопросы, которые следует задать	Показатели прогресса	Методы
<b>Разработка</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Соответствовали ли меры документированным потребностям?</li> <li>- Основывается ли выбор мер на фактических данных или веских аргументах?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анализ ситуации в области КР</li> <li>- План КР с указанием расходов</li> <li>- Численность и распределение работников здравоохранения</li> <li>- Плотность распределения работников здравоохранения в городской и сельской местности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анализ рынка труда</li> <li>- Демографический анализ (численность и распределение работников здравоохранения)</li> <li>- Изучение намерений</li> <li>- Анализ заинтересованных сторон</li> <li>- Обзор программных документов</li> </ul>
<b>Осуществление</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Уместность: были ли определены предпочтения работников здравоохранения при выборе работы в сельской местности?</li> <li>- Приемлемость: было ли обеспечено участие всех заинтересованных сторон?</li> <li>- Доступность по цене: были ли определены и найдены все источники финансирования?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Факторы, мотивирующие работников здравоохранения переехать в сельскую местность, остаться там или уехать</li> <li>- Заявленные предпочтения для атрибутов работы в сельской местности</li> <li>- Консультации с заинтересованными сторонами и их участие</li> <li>- Распределение бюджетных средств по предложенным мерам</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Изучение намерений</li> <li>- Целенаправленные групповые обсуждения</li> <li>- Эксперименты методом дискретного выбора</li> <li>- Анализ заинтересованных сторон</li> <li>- Обзор программных документов</li> </ul>
<b>Результаты</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Повысилась ли привлекательность профессии/сельской/отдаленной местности?</li> <li>- Увеличилось ли число работников здравоохранения, нанимаемых в районы, недостаточно обеспеченные услугами?</li> <li>- Улучшились ли показатели сохранения кадров?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общее число выпускников профессиональных учебных заведений</li> <li>- Предпочтения для сельской/отдаленной местности</li> <li>- Общее число работников здравоохранения, нанятых в сельской местности</li> <li>- Доля новых выпускников, приступающих к практике в сельской местности</li> <li>- Текучесть кадров</li> <li>- Процент вакансий</li> <li>- Продолжительность работы /средняя продолжительность службы/«выживаемость»</li> <li>- Доля работников здравоохранения, остающихся в сельской местности (показатель стабильности)</li> <li>- Плотность распределения работников здравоохранения в городской и сельской местности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анализ учетных данных</li> <li>- Обзоры, целенаправленные групповые обсуждения</li> <li>- Анализ данных регистров или учреждений</li> <li>- Опросы в учреждениях</li> <li>- Анализ учетных данных</li> <li>- Кривые «выживаемости»</li> </ul>



Этап	Вопросы, которые следует задать	Показатели прогресса	Методы
<b>Результаты</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Улучшились ли показатели деятельности системы здравоохранения?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Удовлетворенность работой сельских работников здравоохранения</li> <li>- Удовлетворенность пациентов (в отдаленных и сельских районах)</li> <li>- Охват службами здравоохранения</li> <li>- Сроки получения специализированной помощи</li> <li>- Показатели здоровья населения (например, материнская смертность, младенческая смертность и т.д.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Изучение удовлетворенности работников здравоохранения</li> <li>- Изучение удовлетворенности пациентов/ общества</li> <li>- Опросы в учреждениях</li> <li>- Анализ вторичных данных и статистики</li> <li>- Опросы домашних хозяйств</li> </ul>

## **5. Пробелы в исследованиях и повестка дня исследований**

### **5.1 Пробелы в исследованиях**

Для обновления этих рекомендаций в 2013 году потребуется предпринять значительные усилия для заполнения некоторых явных пробелов в научных исследованиях и фактических данных, которые были выявлены при подготовке данного документа. Конкретные пробелы в исследованиях были выявлены по каждой рекомендации и включены в балансовые рабочие таблицы в главе 6. Однако было обнаружено, что описанные ниже общие пробелы в исследованиях распространены в отношении всех рекомендаций.

#### **5.1.1 Изучение всех типов работников здравоохранения**

Большинство имеющихся результатов научных исследований касаются найма на работу и сохранения кадров врачей, некоторые из них посвящены медсестрам и акушеркам, и очень мало исследований в отношении других типов работников здравоохранения, таких как фармацевты или клинические лаборанты. Необходимо провести работу по устранению этого пробела в научных исследованиях, так как предоставлением медико-санитарных услуг в сельских и отдаленных местностях занимаются различные работники здравоохранения. Ценности и предпочтения, например у техника-лаборанта, могут быть существенно иными, чем у врача. Таким образом, очень важно понимать потребности и ожидания каждой группы сельских работников здравоохранения – как индивидуально, так и вместе.

#### **5.1.2 Больше научных исследований в странах с низким уровнем доходов**

Требуются дополнительные исследования по найму на работу и сохранению кадров здравоохранения в отдаленных и сельских районах во всех странах, но особенно в развивающихся, где диспропорция в распределении работников здравоохранения между городом и селом особенно велика. Необходимо также провести дополнительные исследования, чтобы лучше понять, какие схемы сохранения кадров в настоящее время работают или не работают в различных условиях. В отношении некоторых рекомендаций, таких как А1, имеются надежные и убедительные данные, полученные из географически крупных развитых стран (в основном из Австралии, Канады и США), однако очень мало данных по этому же вопросу из развивающихся стран.

#### **5.1.3 Больше тщательно продуманных оценок**

Оценки имеют важное значение, помогая лицам, формирующим политику, осуществлять соответствующие стратегии, однако число тщательно продуманных оценок в этой области невелико, несмотря на наличие значительного объема описательных данных, указывающих на проблемы и задачи, связанные с работой в сельской местности. Одной из причин этих пробелов в научных исследованиях являются методические трудности, наряду с возможной нехваткой средств для финансирования таких оценок. Например, в ходе анализа мер сохранения сельских кадров было установлено, что лишь в небольшом числе исследований предусматривался сбор информации о состоянии дел на ранних этапах проектирования или соотнесение выбора мер с предпочтениями работников здравоохранения в отношении выбора (103). 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 (98, 103).

#### **5.1.4 Качество фактических данных – не только «то, что работает», но также «почему» и «как»**

Как явствует из характера фактических данных и таблиц с описательными данными, очень небольшое количество фактических данных в этой области, если их оценивать с использованием методов оценки результатов клинических исследований, можно квалифицировать в качестве

«высококачественных». Например, систематический обзор Кокрейна не выявил каких-либо рандомизированных контролируемых исследований в этой области, в связи с чем были скорректированы критерии для включения квази-рандомизированных исследований, исследований до начала и после окончания процесса и исследований по данным наблюдений (35). Несмотря на это, число высококачественных исследований, включенных в данный обзор, было очень невелико.

В отличие от клинической медицины, провести рандомизированное контролируемое исследование в целях выяснения последствий многочисленных мер регулирования, предложенных в этом документе, весьма сложно, а то и просто невозможно. Речь идет о комплексных мерах, которые приводят к самым различным результатам. При этом следует иметь в виду множество искажающих факторов, которые проявляются и могут влиять на наблюдаемые результаты принимаемых мер. Использование критериев оценки клинических научных исследований для оценки методологического качества фактических данных в этой области может, в лучшем случае, указать на «низкое» или «очень низкое» качество научных исследований, что само по себе может побудить лиц, формирующих политику, отказаться от каких-либо дальнейших действий.

Лица, формирующие политику, должны принимать во внимание гораздо большее число факторов при принятии решения о том, какие меры принимать в конкретной ситуации. Что же касается имеющихся фактических данных, то их следует разьяснять более ясно и просто (36). Таким образом, группа экспертов сочла, что в этом вопросе, так же как и во многих вопросах укрепления систем здравоохранения, важно понять, работают ли принятые меры или нет (фактор эффективности), и если работают, то почему и каким образом. Ключевым элементом, который может явиться причиной различных итогов или результатов применения одной и той же меры может быть контекст, поэтому в процессе исследования этих мер его необходимо учитывать более тщательно. Необходимо изучить возможность применения инновационных методов научных исследований и применять их. Например, методы, основанные на теории (такие как реалистический обзор) могут обеспечить глубокое понимание механизмов и контекстуальных факторов, в зависимости от которых одни и те же меры могут работать в определенных условиях, но не давать результатов в других (82).

## **5.2 Повестка дня исследований**

Уже начата работа по выяснению того, какие члены группы экспертов желают и способны внести вклад в заполнение указанных выше пробелов в научных исследованиях, работая непосредственно с Секретариатом ВОЗ или в рамках собственных независимых научных проектов. Результаты обзора плана действий в области научных исследований были рассмотрены с участием всех экспертов, поэтому считается, что они обеспечивают надлежащий механизм систематизации деятельности в области научных исследований в ближайшие годы для пересмотра рекомендаций в 2013 году. Этот обзор определит, в какие области научных исследований каждый из экспертов сможет внести свой вклад в качестве главного исследователя или соисследователя, консультанта, научного помощника или рецензента. Данный обзор позволит также определить, какие области расширенных научных исследований должны быть затронуты рекомендациями, когда они будут пересмотрены.

Одним из основных условий для продвижения вперед в осуществлении повестки дня научных исследований явится также экспериментальная работа, проведенная с различными странами, выразившими заинтересованность в принятии этих рекомендаций. Секретариат ВОЗ и группа экспертов будут оказывать техническое содействие этим странам на этапах планирования, разработки, осуществления или оценки их стратегий сохранения кадров. Кроме того, в ближайшие годы уже планируется проведение дальнейших тематических исследований по странам и подготовка отчетов.

## 6. Принятие решения о надежности рекомендаций

В таблице 4 поясняются критерии, использованные для принятия решения о том, является ли какая-либо рекомендация надежной или условной (см. описание этих терминов в разделе 3.1). Секретариат ВОЗ подготовил схожие таблицы (также называемые балансовые рабочие таблицы) по каждой рекомендации в главе 3, которые были впоследствии изучены и пересмотрены группой экспертов по электронной почте. Для информации, представленной в таблицах, были использованы профили фактических данных в формате GRADE, приведенные в Приложении 1, а также дополнительные описательные данные из Приложения 2.

Как показывает таблица и как уже неоднократно упоминалось в документе, качество фактических данных, оцениваемое по системе GRADE, являлось лишь одним из критериев, используемых при принятии решений о надежности какой-либо рекомендации. Другим критерием явились мнения и опыт членов группы экспертов, которые легли в основу обсуждений, касавшихся фактических данных, а также ценностей и предпочтений, преимуществ и недостатков, использования ресурсов и осуществимости. Лица, формирующие политику, должны принимать во внимание все эти критерии при принятии решений и осуществлении этих рекомендаций на основе широких консультаций с участием заинтересованных сторон и с учетом условий в конкретной стране.

В таблицах GRADE мера регулирования, предусмотренная «надежной» рекомендацией, ассоциируется со «средним» или «низким» качеством фактических данных, общим согласием по поводу абсолютной степени воздействия и с техническими предпосылками осуществления, которые считаются практически выполнимыми в большинстве контекстов. Меры регулирования, предусмотренные «надежной» рекомендацией, окажутся, вероятнее всего, успешными в самых разных контекстах.

«Условная» рекомендация применительно к той или иной мере регулирования предполагает «очень низкое» или «низкое» качество фактических данных, лишь невысокую степень воздействия на протяжении короткого периода времени, значительно более негативное воздействие в перспективе, большие различия в оценке последствий разными заинтересованными сторонами и значительные различия среди стран в плане выполнимости предпосылок осуществления. «Условная» рекомендация с меньшей долей вероятности будет успешной во всех контекстах и требует тщательного рассмотрения контекстуальных вопросов и предпосылок осуществления, которые детально описаны в главах 2 и 4.

**Таблица 4. Образец балансовых рабочих таблиц**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ: изложение рекомендации</b>		
<b>Группа населения:</b> целевая группа населения, к которой применяется данная мера регулирования		
<b>Мера регулирования:</b> очень краткое описание меры регулирования		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<p>Чем выше качество фактических данных, тем надежнее рекомендация.</p> <p>Однако если качество является «низким» или «очень низким», рассмотрите более тщательно другие описанные ниже критерии при принятии решения о надежности рекомендации.</p>
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<p>Имеется в виду ценность ожидаемых последствий осуществления мер для работников здравоохранения, лиц, формирующих политику, пациентов и других заинтересованных сторон.</p> <p>Если имеются большие расхождения в ценностях и предпочтениях различных заинтересованных сторон, вероятность того, что рекомендация будет надежной, снижается.</p>
Абсолютная величина воздействия	<input type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<p>Имеется в виду способность данной меры оказывать значительное воздействие в отношении увеличения численности работников здравоохранения в сельских или отдаленных районах. Воздействие можно усилить путем сочетания других мер. Рассмотрите возможные сочетания (или «комплексы»), которые усилят эффект.</p> <p>Чем значительнее возможный эффект и чем длительнее срок воздействия, тем выше вероятность того, что рекомендация будет надежной.</p>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<p>Преимущества должны учитывать ожидаемые последствия осуществления данной меры в условиях абсолютной нехватки работников здравоохранения в сельских или отдаленных районах.</p> <p>Недостатки должны учитывать возможные отрицательные эффекты осуществления данной меры, а также непредвиденные последствия.</p> <p>Чем меньше отрицательных эффектов, тем выше вероятность того, что рекомендация будет надежной.</p>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<p>Ресурсы, необходимые для выполнения данной рекомендации, могут включать финансовые средства, кадровые ресурсы и инфраструктуру или оборудование. В идеале, преимущества от данной меры должны быть получены по разумной, доступной и стабильной цене. Следует принимать во внимание, что капитальные затраты, например на развитие инфраструктуры, даже если они изначально высоки, могут обеспечивать преимущества в долгосрочной перспективе.</p> <p>Чем выше дополнительные или регулярные издержки, при прочих равных условиях, тем меньше вероятность того, что рекомендация будет надежной.</p>
Осуществимость	<input type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<p>Все меры требуют в качестве предпосылки политической приверженности и широкого участия заинтересованных сторон. Кроме того, «техническая» осуществимость требует функциональных организационных и институциональных структур, необходимых для руководства, осуществления и контроля за выполнением данной рекомендации. Это предусматривает, в числе прочего, наличие систем кадрового планирования, информационных систем, систем управления кадрами, нормативной базы и процессов мониторинга и оценки.</p> <p>Элементы технической осуществимости колеблются в широких пределах в зависимости от страны или контекста, но если они могут функционировать в различных условиях, вероятность того, что рекомендация будет надежной, повышается.</p>
<b>Общий рейтинг:</b>		
<b>Пробелы в научных исследованиях:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассмотрите, по каким типам работников здравоохранения и условий имеется недостаток фактических данных</li> <li>• Рассмотрите возможность укрепления планов и методов исследования</li> <li>• Рассмотрите возможный синергетический эффект, обусловленных разными мерами.</li> </ul>		

**Таблица 4.1 Рекомендация А1 – Адресная политика набора**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ А1</b>		
Используйте адресную политику набора, принимая на учебу по различным медицинским дисциплинам студентов из сельской местности с целью повысить вероятность того, что выпускники примут решение заниматься своей профессией в сельской местности.		
<b>Группа населения:</b> студенты медицинских учебных заведений		
<b>Мера регулирования:</b> адресный набор студентов из сельской местности в медицинские учебные заведения		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input checked="" type="checkbox"/> Среднее <input type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Систематический обзор показал, что сельское происхождение студентов было связано с последующей работой в сельской местности в 10 из 12 исследований.</li> <li>У студентов из сельской местности в среднем в два-три раза выше вероятность работать в сельской местности.</li> <li>Сообщается о долгосрочных эффектах улучшения показателей сохранения сельских кадров из числа выпускников сельского происхождения в странах с высоким уровнем доходов.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Несущественные различия <input checked="" type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Политика предпочтительного приема на работу в некоторых странах может считаться дискриминационной и несправедливой. Она может быть связана с юридическими и иными проблемами.</li> <li>Однако во многих странах принятой практикой является компенсационная дискриминация.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Мало заметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффект может быть еще большим, если он связан с другими мерами, такими как А2 (размещение учебных заведений за пределами крупных городов), А3 (получение опыта в сельской местности до окончания учебного заведения).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: студенты сельского происхождения получают возможность повышения квалификации, а общины могут извлечь пользу, поддерживая собственных членов.</li> <li>Недостатки: студенты из сельских районов могут нуждаться в специальной помощи, такой как академические адаптационные программы, программы повышения уровня обучения или финансовая помощь, чтобы они могли конкурировать со своими городскими сверстниками при поступлении в медицинские учебные заведения и обучении другим медицинским профессиям.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Могут потребоваться инвестиции в модернизацию высших учебных заведений в сельских районах.</li> <li>Возможны дополнительные расходы на финансовую помощь, повышение уровня обучения для сельских студентов (академические адаптационные программы) и оказание поддержки студентам после их поступления, однако такие расходы следует считать инвестициями.</li> </ul>
Осуществимость	<input checked="" type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Некоторые страны создали системы квот приема на работу студентов сельского происхождения.</li> <li>Требуется нормативная база, однако возникновение каких-либо серьезных разногласий не ожидается.</li> </ul>
<b>Общий рейтинг: НАДЕЖНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ</b>		
<b>Пробелы в научных исследованиях:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>большая часть научных исследований проводится в развитых странах и касается студентов-медиков</li> <li>необходимы дополнительные исследования в странах с низким и средним уровнем доходов</li> <li>необходимы дополнительные продольные когортные исследования.</li> </ul>		

**Таблица 4.2 Рекомендация А2 – Размещение учебных заведений за пределами крупных городов**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ А2</b>		
Разместите медицинские учебные заведения, университетские городки и программы ординатуры в области семейной медицины за пределами столичных и других крупных городов, поскольку выпускники этих учебных заведений и программ с большей вероятностью будут работать в сельской местности.		
<b>Группа населения:</b> студенты медицинских учебных заведений		
<b>Мера регулирования:</b> размещение медицинских учебных заведений за пределами крупных городов		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Только исследования по данным наблюдений, некоторые с высокой величиной эффекта.</li> <li>Выпускники медицинских учебных заведений, расположенных в сельской местности, или программ ординатуры по семейной медицине с большей вероятностью будут работать в сельской местности.</li> <li>Медицинские учебные заведения в сельской местности выпускают больше сельских врачей, чем в городах.</li> <li>Однако оценить независимый эффект трудно, так как результаты могут быть смешанными ввиду значительно большего приема студентов сельского происхождения в этих учебных заведениях.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Несущественные различия <input checked="" type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>При ограниченности ресурсов некоторые заинтересованные участники могут придавать большую ценность размещению медицинских учебных заведений в столичных городах или районах с развитой инфраструктурой, в то время как другие придают большую значимость большей доступности этих учебных заведений, их социальной ответственности и близости к сельской местности.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффекты могут быть еще большими, если они связаны с другими мерами, такими как А1 (адресная политика набора), А3 (получение опыта в сельской местности до окончания учебного заведения) и А4 (изменение учебного плана).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: выпускники, получившие образование на местном уровне могут иметь надлежащую квалификацию, которая больше соответствует местным потребностям.</li> <li>Недостатки: результаты могут проявиться только через длительное время. Имеются некоторые опасения в отношении качества обучения, принимая во внимание, что сохранение кадров в сельской местности также является проблемой.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для инфраструктуры учебного заведения требуются значительные ресурсы.</li> <li>Стратегии сохранения преподавательских кадров требуют дополнительных затрат.</li> </ul>
Осуществимость	<input type="checkbox"/> Да, в целом <input checked="" type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Требуется участие и поддержка министерства образования.</li> <li>В ряде случаев нормативная база может быть благоприятной: например, в некоторых странах не разрешается открытие новых учебных заведений в столице, поэтому они должны открываться в других местах.</li> </ul>

**Общий рейтинг: УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ**

**Пробелы в научных исследованиях:**

- большинство исследований касается врачей – необходимо изучать результаты в отношении других медицинских учебных заведений
- большая часть фактических данных получена в развитых странах – необходимы дополнительные исследования в странах с низким и средним уровнем доходов
- необходим более строгий план исследования для оценки роли искажающих факторов
- необходимо оценивать качество обучения.

**Таблица 4.3 Рекомендация А3 – Получение клинического опыта в сельской местности**

**РЕКОМЕНДАЦИЯ А3**

Обеспечьте студентам неполных программ высшего образования, изучающим различные медицинские дисциплины, получение опыта в сельских общинах и ротацию между лечебными учреждениями, так как это может оказать положительное влияние на привлечение и наем работников здравоохранения для работы в сельской местности.

**Группа населения:** студенты медицинских учебных заведений

**Мера регулирования:** получение опыта ротации между лечебными учреждениями/работы в общине в сельской местности до завершения обучения

Факторы	Решение	Объяснение
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Результаты одного когортного исследования показывают, что у студентов, знакомых с сельской местностью, выше вероятность последующей работы в сельской местности.</li> <li>• Во многих исследованиях на основе наблюдений описаны положительные результаты, однако группы сравнения отсутствуют.</li> <li>• Не решена проблема факторов, искажающих результаты (самоотбор студентов сельского происхождения для работы в сельской местности).</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вопрос не касается ценностей.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Мало заметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффект может быть еще большим, если он связан с другими мерами, такими как А1 (адресная политика набора) и А2 (размещение учебных заведений за пределами крупных городов).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преимущества: обучение в сельской местности может позволить работникам здравоохранения «пустить корни» в этих местах, способствует созданию профессиональных сетей и повышает уровень информированности о сельском здравоохранении даже для тех, кто может не захотеть остаться работать в сельской местности постоянно.</li> <li>• Недостатки: не известно, насколько продолжительным должен быть такой опыт. В ряде случаев он может быть очень коротким.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для правильной организации этой работы потребуются значительные ресурсы – не только денежные средства, но также другие ресурсы, требуемые для надлежащего обучения соответствующего надзора и создания адекватной инфраструктуры в помощь студентам и работникам здравоохранения.</li> <li>• В некоторых странах ротация и работа в сельской местности уже носит обязательный характер, поэтому вопрос ресурсов не имеет большого значения.</li> </ul>
Осуществимость	<input type="checkbox"/> Да, в целом <input checked="" type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Должна быть создана система – получение клинического опыта в сельской местности требует руководителей или наставников, которые могут отсутствовать в сельских районах.</li> <li>• Требуется нормативные акты, требующие получения клинической практики.</li> </ul>

**Общий рейтинг: УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ**

**Проблемы в научных исследованиях:**

- большинство исследований касается врачей – необходимо изучать результаты в отношении других медицинских учебных заведений
- большая часть фактических данных получена в развитых странах – необходимы дополнительные исследования в странах с низким и средним уровнями доходов
- необходим более строгий план исследования для оценки роли искажающих факторов.



**Таблица 4.4 Рекомендация А4 – Пересмотр учебного плана в отношении вопросов, касающихся сельской местности**

**РЕКОМЕНДАЦИЯ А4**

Внесите изменения в учебные программы неполных и полных программ высшего образования, включив в них темы укрепления здоровья в сельской местности с целью повысить компетентность специалистов здравоохранения, работающих в сельской местности, и, таким образом, их удовлетворенность работой и желание остаться на местах.

**Группа населения:** студенты медицинских учебных заведений

**Мера регулирования:** пересмотр учебного плана додипломного обучения для включения вопросов, касающихся сельской местности, навыков коллективной работы и ориентации на первичную помощь

Факторы	Решение	Объяснение
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Непосредственные данные отсутствуют.</li> <li>• Исследования по данным наблюдений подчеркивают важное значение ориентации на первичную помощь при подготовке кадров сельских работников здравоохранения и показывают, что результаты экзаменов по медицине студентов, обучавшихся по программам сельской направленности, не хуже, если не лучше, чем у обучавшихся по основным программам.</li> <li>• Результаты одного исследования показывают, что наилучшим прогностическим фактором выбора сельской практики является сочетание сельского происхождения и интереса к семейной медицине.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вопрос не касается ценностей.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффект может быть еще большим, если он связан с другими мерами в области образования.</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преимущества: учебные планы, касающиеся местных потребностей в области здравоохранения и соответствующие им, могут усиливать уверенность сельских врачей в своих профессиональных навыках и улучшать качество помощи, оказываемой сельским пациентам.</li> <li>• Недостатки: может возникать напряженность в отношениях между специалистами и врачами общего профиля. Требуется время для разработки, осуществления и получения результатов.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимы некоторые ресурсы для разработки и внедрения этого учебного плана (преподавательский состав, регулирующие органы).</li> </ul>
Осуществимость	<input checked="" type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Требуется участие заинтересованных сторон в принятии политики изменения учебных планов.</li> <li>• Требуется принятие этих планов учебными заведениями.</li> </ul>

**Общий рейтинг: НАДЕЖНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ**

**Пробелы в научных исследованиях:**

- оценка влияния изменений учебного плана на сохранение кадров.

**Таблица 4.5 Рекомендация А5 – Программы непрерывного обучения**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ А5</b>		
Разработайте программы непрерывного обучения и повышения профессиональной квалификации, удовлетворяющие потребности сельских работников здравоохранения и осуществляемые по месту жительства и работы, с тем чтобы их можно было легче удержать на местах.		
<b>Группа населения:</b> работники здравоохранения в сельских или отдаленных районах		
<b>Мера регулирования:</b> программы непрерывного обучения и профессиональной подготовки		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сложно оценить непосредственный эффект ввиду наличия факторов, искажающих результаты.</li> <li>Имеются определенные данные, свидетельствующие о возможном улучшении качества помощи.</li> <li>Имеются косвенные данные о том, что программы непрерывного обучения влияют на желание продолжать сельскую практику.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вопрос не касается ценностей.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Мало заметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффект может быть еще большим, если программы непрерывного обучения четко связаны с карьерным ростом (рекомендация D4).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: целью программ непрерывного обучения является не только получение знаний и обмен опытом, но также обеспечение возможности совместной работы и уменьшение социальной изоляции.</li> <li>Недостатки: осуществление программ может быть связано с трудностями, так как требуются инфраструктура и оборудование (дистанционное обучение).</li> </ul>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Требуются инвестиции в организацию дистанционного обучения, включая затраты, связанные с Интернетом и телекоммуникациями.</li> <li>Требуются также транспортные расходы, если обучение проводится вне места работы (это одна из причин, по которой программы должны предоставляться в самой сельской местности).</li> </ul>
Осуществимость	<input type="checkbox"/> Да, в целом <input checked="" type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дистанционное обучение зависит от наличия доступа к Интернету и оборудования.</li> <li>Требуется увязка программ с карьерным ростом для повышения их привлекательности для работников здравоохранения.</li> </ul>
<b>Общий рейтинг: УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ</b>		
<b>Пробелы в научных исследованиях:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>фактические данные касаются преимущественно врачей и медсестер</li> <li>фактические данные только из стран с высоким уровнем доходов</li> <li>необходим более строгий план исследования.</li> </ul>		

**Таблица 4.6 Рекомендация В1 – Расширение сферы практической деятельности**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ В1</b>		
<p>Установите и регулируйте более широкие сферы практической деятельности в сельских или отдаленных районах с целью улучшить потенциальные возможности для удовлетворенности работой, способствуя тем самым найму и сохранению кадров.</p>		
<p><b>Группа населения:</b> медсестры, клинические лаборанты, другой средний медицинский персонал в сельских или отдаленных районах  <b>Мера регулирования:</b> расширение сферы практической деятельности отдельных категорий медицинских работников в сельской местности</p>		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Непосредственные данные о сохранении кадров отсутствуют.</li> <li>• Данные рандомизированных контролируемых исследований, свидетельствующие о том, что качество помощи и квалификация медсестер с расширенной сферой практической деятельности, аналогичны или выше, чем у врачей не в сельской местности.</li> <li>• Данные исследований на основе наблюдений, свидетельствующие о том, что повышение квалификации в области процедурных навыков может повысить уровень уверенности ординаторов в области семейной медицины в сельской местности и повысить их квалификацию.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Несущественные различия <input checked="" type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медсестры в сельской местности чувствовали бы, что их больше ценят и уважают, если бы расширение сферы практической деятельности, которое происходит автоматически при отсутствии врачей, получало бы должное признание.</li> <li>• Однако возможно противодействие со стороны некоторых профессиональных органов.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффекты могут быть большими и более продолжительными, так как медсестры и другой неврачебный персонал менее склонны покидать сельскую местность, чем врачи.</li> <li>• Для возможного получения большего эффекта, эту меру следует комбинировать с В2 (подготовка различных типов работников здравоохранения), А4 (адаптация учебного плана к сельским условиям) и С1 (надлежащие финансовые стимулы).</li> <li>• Дополнительные эффекты могут быть получены в сочетании с рекомендациями категории D (персональная и профессиональная поддержка).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input checked="" type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преимущества: в районах с абсолютной нехваткой работников здравоохранения обеспечение возможность расширения сферы практической деятельности для неврачебного персонала может уменьшить нехватку кадров, увеличивая численность работников здравоохранения более высокой квалификации.</li> <li>• Недостатки: существует риск, что без сочетания с мерами категории D расширение сферы практической деятельности впоследствии даст медсестрам и другому персоналу возможность покинуть сельскую местность, а также то, что это будет вызывать недовольство некоторых профессиональных ассоциаций и регулирующих органов.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение медсестер или другого среднего медицинского персонала требует меньше затрат и времени, однако следует принимать во внимание расходы на осуществление дополнительного надзора, а также затраты политического характера на ведение переговоров с профессиональными органами.</li> </ul>
Осуществимость	<input type="checkbox"/> Да, в целом <input checked="" type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Требуется надзор.</li> <li>• Необходимо согласовать механизм регулирования со всеми заинтересованными сторонами (это может быть сильно связано с политикой).</li> </ul>
<p><b>Общий рейтинг: УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ</b></p>		
<p><b>Пробелы в научных исследованиях:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• необходимы фактические данные о непосредственном влиянии расширения сферы практической деятельности в сельской местности на показатели сохранения кадров.</li> </ul>		

**Таблица 4.7 Рекомендация В2 – Различные типы работников здравоохранения**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ В2</b>		
Установите различные категории работников здравоохранения, предусмотрев соответствующую подготовку и систему регулирования для работы в сельской местности, с целью увеличить число работников здравоохранения, практикующих в сельских и отдаленных районах.		
<b>Группа населения:</b> мвыпускники медицинских учебных заведений		
<b>Мера регулирования:</b> подготовка различных типов работников здравоохранения		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Согласно одному исследованию по данным наблюдений, показатели сохранения кадров среди среднего медицинского персонала выше, чем среди врачей при аналогичном или более высоком качестве услуг.</li> <li>Имеются неофициальные данные о том, что неврачебный медицинский персонал подготавливается и широко используется в основном в сельских и отдаленных районах во многих странах Африки к югу от Сахары, однако оценка последствий не проводилась.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Средний медицинский персонал пользуется признанием и доверием местного сообщества.</li> <li>Местное население может выше ценить постоянное присутствие среднего медицинского персонала, чем нерегулярное присутствие врача.</li> <li>Их навыки и умения пользуются меньшим спросом на рынке, поэтому вероятность их миграции ниже.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффекты могут быть большими и более продолжительными, так как на подготовку работников этого типа требуется меньше времени, и меньше вероятность того, что они покинут сельскую местность, особенно в том случае, если они прошли специальную подготовку для работы в такой местности.</li> <li>Для возможного получения большего эффекта, эту меру следует комбинировать с В2 (подготовка различных типов работников здравоохранения), А4 (адаптация учебного плана к сельским условиям) и С1 (надлежащие финансовые стимулы).</li> <li>Дополнительные эффекты могут быть получены в сочетании с рекомендациями категории D (персональная и профессиональная поддержка).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input checked="" type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: в районах с абсолютной нехваткой работников здравоохранения эта мера может уменьшить нехватку кадров, обеспечивая при этом подготовку работников здравоохранения высокой квалификации; во многих странах эти новые кадры готовятся специально для работы в сельской местности, так как они проходят специальную подготовку с учетом местных потребностей в области здравоохранения.</li> <li>Недостатки: противодействие со стороны профессиональных организаций (что требует участия широкого круга заинтересованных сторон).</li> </ul>
Использование ресурсов	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обучение медсестер или другого среднего медицинского персонала требует меньше затрат и времени, однако следует принимать во внимание расходы на осуществление дополнительного надзора, а также затраты политического характера на ведение переговоров с профессиональными органами</li> </ul>
Осуществимость	<input type="checkbox"/> Да, в целом <input checked="" type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Требуется надзор.</li> <li>Необходимо согласовать механизм регулирования со всеми заинтересованными сторонами (это может быть сильно связано с политикой).</li> </ul>
<b>Общий рейтинг: УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ</b>		
<b>Пробелы в научных исследованиях:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>требуются фактические данные о сохранении кадров среднего медицинского персонала в сравнении с врачами</li> <li>более веские данные о намерениях среднего медицинского персонала покинуть сельскую местность в сравнении с работниками более высокой квалификации.</li> </ul>		

**Таблица 4.8 Рекомендация ВЗ – Обязательная отработка**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ ВЗ</b>		
<p>Обеспечьте, чтобы требования, касающиеся обязательной отработки в сельских и отдаленных районах, дополнялись соответствующей поддержкой и стимулами в целях расширения найма и последующего сохранения работников здравоохранения в этих районах.</p>		
<p><b>Группа населения:</b> выпускники медицинских учебных заведений</p> <p><b>Мера регулирования:</b> введение обязательной отработки в сельской местности в обмен на лицензирование или другие дополнительные выплаты и льготы</p>		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
<p>Качество фактических данных</p>	<p><input type="checkbox"/> Высокое</p> <p><input type="checkbox"/> Среднее</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Низкое</p> <p><input type="checkbox"/> Очень низкое</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одно ретроспективное когортное исследование указывает на высокие показатели сохранения кадров врачей, направленных на работу по распределению, после завершения их обязательной службы.</li> <li>• Большинство исследований указывают на высокий процент завершения обучения при использовании такого метода найма, особенно если эта мера сочетается с другими стимулами.</li> <li>• Несколько исследований по данным наблюдений указывают на повышение уровня квалификации и удовлетворенности работой во время обязательной службы, а также улучшение предоставления услуг.</li> <li>• Хотя эта мера применяется во многих странах, все же анализ фактического воздействия на долгосрочное сохранение кадров отсутствует.</li> </ul>
<p>Ценности и предпочтения</p>	<p><input type="checkbox"/> Несущественные различия</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Существенные различия</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В условиях свободной рыночной экономики работники здравоохранения больше ценят свою свободу выбора места работы, в то время как лицам, формирующим политику, необходимы безотлагательные решения проблемы острой нехватки кадров в сельских районах.</li> <li>• С другой стороны, население, недостаточно охваченное обслуживанием, будет высоко ценить присутствие работников здравоохранения в их местности, даже на короткое время (т.е. на время обязательной отработки).</li> <li>• В обществе, где придается большое значение альтруизму и справедливости, работники здравоохранения могут ценить возможность «отдать долг» обществу.</li> </ul>
<p>Абсолютная величина воздействия</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе</p> <p><input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В течение периода обязательной отработки ожидается получение большого эффекта, если это является национальной политикой, обеспеченной правовой санкцией.</li> <li>• В сочетании со стимулами (такими как лицензирование или быстрый прием на государственную службу или стипендии), программы могут способствовать росту показателей найма на работу и завершения обучения.</li> <li>• В сочетании с А1 (адресная политика набора) и С1 (финансовые стимулы) возможно получение больших и более продолжительных эффектов.</li> </ul>
<p>Сбалансированность преимуществ и недостатков</p>	<p><input type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы</p> <p><input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преимущества: наличие работников здравоохранения в отдаленных или сельских районах с абсолютной нехваткой работников здравоохранения, даже на короткий промежуток времени.</li> <li>• Недостатки: в конечном итоге высокая текучесть кадров и, следовательно, снижение показателей непрерывности и качества медицинской помощи. Риск противодействия со стороны студентов и работников здравоохранения.</li> </ul>
<p>Использование ресурсов</p>	<p><input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для руководства программой и контроля за врачами, направленными на работу по распределению, которые зачастую являются молодыми и неопытными выпускниками, требуются значительные периодические затраты.</li> </ul>
<p>Осуществимость</p>	<p><input type="checkbox"/> Да, в целом</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Требуется надзор.</li> <li>• Сложные административные процедуры (подбор кандидатов, тщательный контроль для обеспечения соблюдения требований).</li> <li>• Необходимо участие многих заинтересованных сторон.</li> </ul>

**Общий рейтинг: УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ**

**Пробелы в научных исследованиях:**

- отсутствуют фактические данные об обязательной отработке в отношении медсестер и других типов работников здравоохранения
- необходимо проведение дальнейшей оценки показателей сохранения кадров здравоохранения после завершения обязательной отработки.

**Таблица 4.9 Рекомендация В4 – Стимулы в обмен на предоставление услуг**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ В4</b>		
<p>Предоставляйте стипендии или денежные пособия или иные образовательные субсидии в сочетании с обеспеченными правовой санкцией компенсационными соглашениями об обязательной работе в сельских или отдаленных районах с целью увеличить приток работников здравоохранения в эти районы.</p>		
<p><b>Группа населения:</b> студенты медицинских учебных заведений, работники здравоохранения в сельских или отдаленных районах  <b>Мера регулирования:</b> стипендии или финансовые стимулы иного рода для получения образования в обмен на предоставление услуг</p>		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Систематический обзор показал, что программы финансовых стимулов для врачей обеспечивали, в среднем, показатель найма на работу примерно 70% (14 исследований) и показатели сохранения кадров от 12% до 90% (18 исследований) среди студентов, участвовавших в программе.</li> <li>Имеются серьезные искажающие результаты факторы, связанные с самоотбором участников программ.</li> <li>Все исследования касаются врачей, причем, в основном, в США (остальные исследования проводились в Канаде, Японии, Новой Зеландии и Южной Африке).</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Несущественные различия <input checked="" type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Программы могут дать положительный эффект с точки зрения соблюдения справедливости, если они обеспечивают распределение врачей преимущественно в наиболее нуждающиеся районы.</li> <li>Однако если программы применяются в отношении студентов-медиков на первом курсе, желание работать в сельской местности обычно изменяется в ходе обучения, поэтому инвестиции могут оказаться напрасными, особенно если имеется вариант «откупа».</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input checked="" type="checkbox"/> Малоозаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>В целом, программы дают хорошие результаты при распределении врачей на работу в сельской местности только на период обязательной отработки.</li> <li>Но в сочетании с А1 (адресная политика набора) эффект может быть большим и более продолжительным.</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input checked="" type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: наличие работников здравоохранения в отдаленных или сельских районах с абсолютной нехваткой работников здравоохранения, даже на короткий промежуток времени.</li> <li>Недостатки: в конечном итоге высокая текучесть кадров и, следовательно, снижение показателей непрерывности и качества медицинской помощи. Если имеет вариант «откупа», существует риск, что участники могут оплатить свой выход из программы. Если программы применяются в отношении студентов-медиков на первом курсе, их желание работать в сельской местности может измениться в конце обучения.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для руководства программой и контроля за врачами, направленными на работу по распределению, которые зачастую являются молодыми и неопытными выпускниками, требуются значительные периодические затраты.</li> <li>Имеется очень мало информации о стоимости программ, но стипендии и денежные пособия потребуют значительных начальных расходов и последующих периодических затрат на поддержание программы. Это может быть затруднительно для стран с низким уровнем доходов.</li> </ul>
Осуществимость	<input type="checkbox"/> Да, в целом <input checked="" type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Требуется надзор.</li> <li>Сложные административные процедуры (подбор кандидатов, тщательный контроль для обеспечения соблюдения требований).</li> <li>Может быть недоступно по стоимости для стран со средним и низким уровнями доходов, однако следует рассмотреть возможности использования внешней помощи.</li> </ul>

**Общий рейтинг: УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ**

**Пробелы в научных исследованиях:**

- отсутствуют фактические данные о финансовых стимулах в обмен на предоставление услуг для медсестер и других типов работников здравоохранения.

**Таблица 4.10 Рекомендация С1 – Финансовые стимулы**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ С1</b>		
<p>Для того чтобы сохранить кадры в сельской местности, используйте в пределах своих финансовых возможностей комплекс финансовых стимулов (например, пособия за тяжелые условия труда, субсидии на жилье, бесплатное пользование транспортом, оплачиваемые отпуска и т.д.), которые были бы достаточны для того, чтобы перекрыть вмененные издержки, связанные с работой в сельской местности (как они воспринимаются работниками здравоохранения).</p>		
<p><b>Группа населения:</b> работники здравоохранения в сельских или отдаленных районах  <b>Мера регулирования:</b> предоставление соответствующих финансовых стимулов (денежных и неденежных)</p>		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>В одном исследовании до начала и после завершения процесса и в одном исследовании по итогам наблюдений было установлено, что показатели сохранения кадров после введения финансовых стимулов возрастают умеренно и лишь на непродолжительное время.</li> <li>Имеются данные, свидетельствующие о том, что финансовые стимулы всегда являются одним из основных элементов, влияющих на желание работать в сельской местности, однако далеко не самым главным.</li> <li>Имеются данные, свидетельствующие о том, что объем предоставляемых финансовых стимулов должен перевешивать альтернативные издержки, связанных с проживанием в сельской местности.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Несущественные различия <input checked="" type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Альтернативные издержки могут быть различными в разных местах и для разных типов работников здравоохранения. Следует тщательно оценивать их величину и адаптировать ее с учетом изменения предпочтений работников здравоохранения с течением времени.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input checked="" type="checkbox"/> Мало заметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Если применяются изолированно от других мер, достигаются лишь краткосрочные и ограниченные результаты. Необходимо сочетать их с другими мерами.</li> <li>Возможен большой эффект при сочетании с А1 (адресная политика набора), а также D1 и D2.</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: может решить проблему нехватки кадров в краткосрочной перспективе.</li> <li>Недостатки: возможны разногласия между работниками разных профессий, если стимулы предоставляются представителям только одной профессии.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предполагаются высокие периодические издержки.</li> <li>Пакет стимулов должен включать как денежные выплаты (премиальные вознаграждения), так и неденежные льготы (гранты на образование детей, жилищные займы, основные медицинские услуги).</li> <li>Экономическая эффективность может быть выше, если имеется избыток работников здравоохранения в городской местности (необходим анализ рынка труда).</li> </ul>
Осуществимость	<input checked="" type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эта мера наиболее охотно используется лицами, формирующими политику, так как она может обеспечить кратковременное решение данной проблемы. Однако следует тщательно изучить долгосрочные последствия и устойчивость результатов.</li> </ul>
<p><b>Общий рейтинг: НАДЕЖНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ В КРАТКОСРОЧНОМ ПЛАНЕ                  УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ В ДОЛГОСРОЧНОМ ПЛАНЕ</b></p>		
<p><b>Пробелы в научных исследованиях:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>последствия использования финансовых стимулов в долгосрочной перспективе</li> <li>какая комбинация пакетов стимулов может обеспечить наибольший рост показателей сохранения кадров?</li> </ul>		



**Таблица 4.11 Рекомендация D1 – Улучшение условий жизни**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ D1</b>		
<p>Улучшайте условия жизни работников здравоохранения и их семей и вкладывайте средства в инфраструктуру и услуги (санитария, электроснабжение, телекоммуникации, школы и т.д.), поскольку эти факторы оказывают существенное влияние на решение работников переехать в сельскую местность и там остаться.</p>		
<p><b>Группа населения:</b> работники здравоохранения в сельских или отдаленных районах и их семьи  <b>Мера регулирования:</b> улучшение условий жизни</p>		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет данных, прямо свидетельствующих об улучшении показателей сохранения кадров.</li> <li>• Имеются данные исследований по итогам наблюдений и опросных исследований уровня удовлетворенности, свидетельствующие о том, что условия жизни (жилищные условия, инфраструктура, детские дошкольные и образовательные учреждения, трудовая занятость супругов) являются важным фактором при принятии решений о переезде в сельскую местность.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Условия жизни повсеместно являются базовой потребностью, а не вопросом ценностей.</li> <li>• В ряде случаев некоторые категории работников здравоохранения (мужчины, молодые работники без детей) могут придавать меньшее значение качеству условий жизни.</li> <li>• Изучение предпочтений в отношении места работы имеет важное значение, позволяя определить правильный комплекс мер.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ожидается, что сочетание с другими мерами позволит получить больший эффект.</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преимущества: может дать дополнительные положительные результаты для других типов работников государственного сектора (преподаватели, полицейские и т.д.).</li> <li>• Недостатки: лица, формирующие политику, могут воздержаться от осуществления этой меры, так как могут потребоваться значительные начальные финансовые инвестиции.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может предполагать крупные инвестиционные затраты, однако в более долгосрочной перспективе можно ожидать положительных результатов.</li> </ul>
Осуществимость	<input checked="" type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Помимо возможных высоких инвестиционных затрат, серьезных препятствий для осуществления нет.</li> </ul>
<p><b>Общий рейтинг: НАДЕЖНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ</b></p>		
<p><b>Пробелы в научных исследованиях:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• изучение последствий/воздействия на показатели занятости и сохранения кадров, однако необходимо шире использовать такие меры, чтобы иметь возможность оценить их эффективность.</li> </ul>		



**Таблица 4.12 Рекомендация D2 – Безопасные и благоприятные условия труда**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ D2</b>		
Создайте хорошие и безопасные условия труда (включая соответствующее оборудование и принадлежности, благоприятное руководство и наставничество) с целью обеспечить профессиональную привлекательность этих должностей и, таким образом, улучшить условия найма и сохранения кадров здравоохранения в отдаленных и сельских районах.		
<b>Группа населения:</b> работники здравоохранения в сельских или отдаленных местностях		
<b>Мера регулирования:</b> обеспечение безопасных и благоприятных условий труда		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нет данных, прямо свидетельствующих об улучшении показателей сохранения кадров.</li> <li>Имеются данные исследований по итогам наблюдений и опросных исследований уровня удовлетворенности, свидетельствующие о том, что условия труда являются важным фактором при принятии решений о переезде в сельскую местность. Они также влияют на привлекательность сельской местности и удовлетворенность работой.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Безопасные и благоприятные условия труда обычно высоко ценятся как один из основных элементов эффективной системы предоставления услуг здравоохранения.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сочетание с другими мерами может позволить получить больший эффект.</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: улучшение условий труда может также повысить эффективность и продуктивность деятельности работников здравоохранения и, следовательно, систем здравоохранения.</li> <li>Недостатки: мелкомасштабные экспериментальные проекты могут привлекать работников здравоохранения из других районов, где имеется их нехватка, что еще больше усугубляет дисбаланс (необходим скоординированный подход).</li> </ul>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для оснащения и переоснащения учреждений здравоохранения могут потребоваться значительные ресурсы, однако в более долгосрочной перспективе могут быть достигнуты положительные результаты.</li> <li>Для изменения стиля руководства и внедрения системы благожелательного контроля также могут потребоваться значительные инвестиции в организацию курсов обучения по вопросам управления и во внедрение эффективных процедур контроля.</li> <li>Комплексные стратегии предупреждения насилия на рабочих местах могут также быть сложными и дорогостоящими.</li> </ul>
Осуществимость	<input checked="" type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Должна осуществляться в рамках более широких мер по укреплению систем здравоохранения.</li> </ul>
<b>Общий рейтинг: НАДЕЖНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ</b>		
<b>Пробелы в научных исследованиях:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>изучение последствий/воздействия на показатели занятости и сохранения кадров, однако необходимо шире использовать такие меры, чтобы иметь возможность оценить их эффективность.</li> </ul>		

**Таблица 4.13 Рекомендация D3 – Социально ориентированная поддержка**

**РЕКОМЕНДАЦИЯ D3**

Разработайте и осуществляйте соответствующие просветительские мероприятия с целью облегчить сотрудничество между работниками здравоохранения из районов с хорошим и недостаточным обслуживанием и, по возможности, используйте средства телемедицины, чтобы оказать дополнительную поддержку работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах.

**Группа населения:** работники здравоохранения в сельских или отдаленных районах

**Мера регулирования:** осуществление соответствующих мер социально ориентированной поддержки

Факторы	Решение	Объяснение
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нет данных, прямо свидетельствующих об улучшении показателей сохранения кадров.</li> <li>Систематический обзор Кокрейна (включено только девять исследований хорошего качества) установил, что оказание специализированной помощи на местах может улучшать доступ к медицинской помощи, особенно если она предоставляется в рамках многопрофильной деятельности с участием служб первичной помощи, учебных заведений или других служб. Однако большинство исследований проводились в городской местности, и результаты в отношении улучшения доступа к помощи были невелики.</li> <li>Результаты контролируемых исследований об оказании виртуальной помощи на местах (телемедицина) указывают на расширение доступа к службам специализированной помощи и сокращает время ожидания, однако эффект невелик.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Несущественные различия <input checked="" type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сельские работники здравоохранения могут придавать ценность этой мере как оказывающей дополнительную поддержку, однако она может восприниматься как ограничивающая «индивидуальность» сельской практики.</li> <li>Не все отдаленные или сельские районы привлекательны для специалистов в плане оказания помощи на местах (предпочтение отдается тем, которые ближе всего к крупным городам).</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input checked="" type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проекты небольшого масштаба, их расширение до масштабов национального уровня нередко сложно осуществить.</li> <li>Вероятность положительного эффекта выше в местах, где имеется ограниченная инфраструктура или очень низкая плотность населения, так как предоставляются услуги, которые в ином случае были бы недоступны (например, мобильные клиники или услуги санитарной авиации).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: улучшение условий труда может также повысить эффективность и продуктивность деятельности работников здравоохранения и, следовательно, систем здравоохранения.</li> <li>Недостатки: мелкомасштабные экспериментальные проекты могут привлекать работников здравоохранения из других районов, где имеется их нехватка, что еще больше усугубляет дисбаланс (необходим скоординированный подход).</li> </ul>
Использование ресурсов	<input type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input checked="" type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Требуются значительные изначальные инвестиции в оборудование и технологии, а также периодические затраты на проведение регулярных визитов специалистов для оказания помощи на местах и технического обслуживания оборудования.</li> </ul>
Осуществимость	<input type="checkbox"/> Да, в целом <input checked="" type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Доступ к технологиям может представлять собой серьезную проблему в странах с низким уровнем доходов, хотя даже в этих местах наблюдается стремительный технологический прогресс (в частности, использование мобильных телефонов).</li> </ul>

**Общий рейтинг: УСЛОВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ**

**Пробелы в научных исследованиях:**

- изучение последствий/воздействия социально ориентированной поддержки на показатели занятости и сохранения кадров врачей и других типов работников здравоохранения (социально ориентированная поддержка может включать: оказание специализированной помощи на местах, мобильные клиники, телемедицина, использование информационных и коммуникационных технологий, электронное здравоохранение).

**Таблица 4.14 Рекомендация D4 - Программы продвижения по службе**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ D4</b>		
<p>Разработайте и поддерживайте программы служебного роста и создайте в сельской местности посты старшего звена, с тем чтобы работники здравоохранения могли продвигаться по служебной лестнице благодаря своему опыту, образованию и подготовке, не обязательно покидая сельские районы.</p>		
<p><b>Группа населения:</b> работники здравоохранения в сельских или отдаленных районах  <b>Мера регулирования:</b> поддержка программ продвижения по службе</p>		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input type="checkbox"/> Низкое <input checked="" type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Исследования по итогам наблюдений и опросные исследования показывают, что ясные условия трудового договора с указанием возможностей карьерного роста и продвижения по службе воспринимаются как важный фактор при принятии решения остаться на работе (в несельской местности).</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input type="checkbox"/> Несущественные различия <input checked="" type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Во многих местах порядок продвижения по службе установлен положениями о гражданской службе.</li> <li>Профессиональные органы могут выступать против разного порядка продвижения по службе в разных местах работы.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сочетание с другими мерами, такими как A5 (непрерывное обучение), C1 (финансовые стимулы) и D5 (сети профессиональной поддержки), может позволить получить больший эффект.</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: может повысить уровень удовлетворенности, мотивацию и показатели деятельности работников здравоохранения.</li> <li>Недостатки: возможно противодействие со стороны профессиональных организаций или напряженность в отношениях между специалистами и врачами общего профиля.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Необходимые ресурсы могут включать дополнительные периодические затраты на заработную плату или добавочное вознаграждение за трудовой стаж по мере продвижения работников здравоохранения по служебной лестнице.</li> </ul>
Осуществимость	<input checked="" type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Требует наличия положений о гражданской службе и переговоров с профессиональными ассоциациями для определения возможностей карьерного роста.</li> </ul>
<p><b>Общий рейтинг: НАДЕЖНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ</b></p>		
<p><b>Пробелы в научных исследованиях:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>изучение последствий/воздействия программ продвижения по службе на показатели занятости и сохранения кадров.</li> </ul>		

**Таблица 4.15 Рекомендация D5 - Сети профессиональной поддержки**

**РЕКОМЕНДАЦИЯ D5**

Поддерживайте развитие профессиональных сетей, сельских ассоциаций специалистов здравоохранения, журналы типа «здоровье на селе», и т.д. с целью поднять моральный дух и статус сельских провайдеров медицинских услуг и ослабить ощущение профессиональной изолированности.

**Группа населения:** работники здравоохранения в сельских или отдаленных районах

**Мера регулирования:** оказание поддержки развитию профессиональных сетей

Факторы	Решение	Объяснение
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Исследования по итогам наблюдений, в ряде которых использовались контрольные группы, указывают на рост показателей сохранения кадров сельских работников здравоохранения, поддерживаемых профессиональными сетями.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все работники здравоохранения придают большое значение принадлежности к группе своих коллег, так как это может снизить ощущение изоляции в отдаленных и сельских районах.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>В нескольких странах были созданы крупные ассоциации сельских врачей общей практики, которые в ряде случаев даже включали ассоциации супругов сельских врачей.</li> <li>Возможен больший эффект в сочетании с другими мерами, такими как A5 (непрерывное обучение), D1 (улучшение условий жизни) и D2 (безопасные и благоприятные условия труда).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: уменьшение чувства изоляции, улучшение доступа к непрерывному обучению. В ряде случаев сельские профессиональные ассоциации могут обеспечивать поддержку/лоббирование расширения систем здравоохранения или реформ в области общественного здравоохранения.</li> <li>Недостатки: если профессиональные ассоциации финансируются за счет членских взносов, устойчивость их деятельности в долгосрочной перспективе может быть под угрозой.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Расходы на организацию и проведение регулярных совещаний ассоциаций, либо на редактирование и издание журналов, однако они могут быть относительно невелики.</li> <li>Для создания и поддержания работы профессиональных ассоциаций требуются активные сторонники.</li> </ul>
Осуществимость	<input checked="" type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не предполагается наличие серьезных препятствий.</li> </ul>

**Общий рейтинг: НАДЕЖНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ**

**Пробелы в научных исследованиях:**

- фактические данные касаются, в основном, врачей; необходимы исследования в отношении других типов работников здравоохранения.

**Таблица 4.16 Рекомендация D6 – Общественное признание**

<b>РЕКОМЕНДАЦИЯ D6</b>		
Примите такие меры обеспечения общественного признания, как проведение сельских дней здоровья и присуждение наград и званий на местном, национальном и международном уровнях, с целью повысить статус работы в сельской местности, поскольку эти меры обеспечивают условия для повышения внутренней мотивации и способствуют, таким образом, сохранению кадров сельских работников здравоохранения.		
<b>Группа населения:</b> работники здравоохранения в сельских или отдаленных районах		
<b>Мера регулирования:</b> принятие мер обеспечения общественного признания		
<b>Факторы</b>	<b>Решение</b>	<b>Объяснение</b>
Качество фактических данных	<input type="checkbox"/> Высокое <input type="checkbox"/> Среднее <input checked="" type="checkbox"/> Низкое <input type="checkbox"/> Очень низкое	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нет данных, прямо свидетельствующих об улучшении показателей сохранения кадров.</li> <li>Данные систематического обзора качественных исследований показывают, что признание является одним из основных мотивирующих факторов для работников здравоохранения.</li> </ul>
Ценности и предпочтения	<input checked="" type="checkbox"/> Несущественные различия <input type="checkbox"/> Существенные различия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все работники здравоохранения ценят общественное признание своей работы, так как это повышает их моральный дух и статус.</li> </ul>
Абсолютная величина воздействия	<input checked="" type="checkbox"/> Заметный эффект в долгосрочной перспективе <input type="checkbox"/> Малоаметный кратковременный эффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>Национальные или международные мероприятия по обеспечению признания могут поднять статус всех работников здравоохранения, проживающих в сельской местности.</li> <li>Возможен больший эффект в сочетании с другими мерами, такими как A1 (адресная политика набора), D4 (продвижение по службе) и D5 (профессиональные сети).</li> </ul>
Сбалансированность преимуществ и недостатков	<input checked="" type="checkbox"/> Преимущества явно перевешивают недостатки <input type="checkbox"/> Преимущества и недостатки сбалансированы <input type="checkbox"/> Недостатки явно перевешивают преимущества	<ul style="list-style-type: none"> <li>Преимущества: повышение морального духа и статуса, особенно при проведении национальных дней сельского здравоохранения.</li> <li>Недостатки: присуждение звания отдельным лицам касается лишь небольшого числа работников здравоохранения.</li> </ul>
Использование ресурсов	<input checked="" type="checkbox"/> Менее ресурсоемкая <input type="checkbox"/> Более ресурсоемкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для присуждения наград или организации мероприятий общественного признания требуются очень ограниченные ресурсы.</li> </ul>
Осуществимость	<input checked="" type="checkbox"/> Да, в целом <input type="checkbox"/> Да, с учетом некоторых условий	<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие серьезных препятствий не предполагается.</li> </ul>
<b>Общий рейтинг: НАДЕЖНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ</b>		
<b>Пробелы в научных исследованиях:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>исследования последствий/воздействия мер общественного признания на показатели найма на работу и сохранения кадров работников здравоохранения.</li> </ul>		

## Методология

В данном разделе приводится обзор методов, использованных при разработке этих рекомендаций.

### Обзор литературы

Как указывалось в главе 1, процесс разработки этих рекомендаций начался с обзора литературы, проведенного Секретариатом ВОЗ в 2008 году, который явился основой для первой консультации экспертов в феврале 2009 года. Для этого обзора было проведено изучение рецензированных публикаций, а также малотиражных изданий для служебного пользования.

В августе и сентябре 2008 года в базах данных PubMed, Cochrane, Embase и LILACS был проведен электронный поиск материалов. Был также проведен поиск по спискам использованной литературы в отобранных исследованиях в целях дополнения окончательного списка статей. Дополнительные фактические данные были предоставлены экспертами в области кадровых ресурсов здравоохранения, по результатам проведенного вручную поиска материалов в журналах «*Human Resources for Health*» и «*Journal of Remote and Rural Health*», а также в малотиражных изданиях, с помощью поиска в Google™, Глобальном центре документации Отдела кадровых ресурсов здравоохранения (HRH) и на вебсайтах различных министерств здравоохранения.

Использовались следующие предметные заголовки, слова и их комбинации: врачи, медсестры, акушерки, средний медицинский персонал, участковые медработники, руководители здравоохранения, техники-лаборанты, работник здравоохранения, специалист здравоохранения, кадровые ресурсы здравоохранения, трудовые ресурсы здравоохранения, медицинский техник, инженерно-технический персонал клиники, медицинские бригады, врач в сочетании со словами: сельский и отдаленный, недостаточно охваченные услугами, дисбаланс между городом и селом, диспропорция в распределении; сохранение кадров, наем на работу, сохранение, стратегии сохранения/стратегия сохранения, система сохранения кадров; финансовый стимул, денежный стимул, нефинансовый стимул, неденежный стимул, пособия, заработная плата, льготы; обязательная отработка, схема выполнения обязательств; сельские каналы, профессиональная подготовка, профессиональная поддержка, телемедицина; процент вакансий, мотивация, удовлетворенность пациентов, использование служб, стаж работы; и оценка, воздействие, результаты программы. Хотя основной поиск проводится на английском языке, были предприняты значительные усилия для сбора исследований на французском, португальском, испанском и скандинавских языках при содействии консультантов в этих районах.

Обзор включал статьи, опубликованные в период с 1995 по сентябрь 2008 года, как в развитых, так и развивающихся странах и охватывающие все типы работников здравоохранения. Критерии включения предусматривали, что исследование должно информировать о результатах/последствиях осуществления какой-либо меры, быть ориентированным на отдаленные или сельские районы и содержать ясное описание схемы исследования и использованных методов. Новости и редакционные статьи были исключены, так как в них не сообщалось о результатах осуществления мер.

На первом совещании группы экспертов в полном составе в феврале 2009 года был представлен справочный документ, обобщающий результаты этого первоначального обзора литературы, который послужил основой для выработки группой согласия по изучаемым вопросам определения области действия рекомендаций и выявления пробелов в исследованиях (19). На основании этих пробелов и плана действий, согласованного группой экспертов, ряду экспертов, входящих в состав группы, было поручено провести дополнительное исследование (104). Полученные результаты представлены ниже в одном

из разделов. Впоследствии, в начале 2010 года, был проведен узконаправленный поиск с целью убедиться в том, что в ходе работе группы экспертов над рекомендациями не было упущено ни одно важное исследование.

#### **Имеющиеся/опубликованные систематические обзоры**

Несколько систематических обзоров, уже имеющихся в этой области, были особенно полезны для сбора фактических данных и заполнения профиля фактических данных в формате GRADE.

#### **Grobler et al. (2009) Меры, направленные на увеличение доли специалистов здравоохранения, работающих в сельских и других районах с недостаточным уровнем обслуживания (Обзор)**

Этот всесторонний систематический обзор был подготовлен для библиотеки Кокрейна с целью оценки эффективности мер, направленных на увеличение доли специалистов здравоохранения, работающих в сельских и других районах с недостаточным уровнем обслуживания (35). Не было выявлено исследований, отвечающих установленным критериям включения (рандомизированные контролируемые исследования, контролируемые исследования, контролируемые исследования до начала и после завершения процесса и анализы прерванного временного ряда, оценивающие влияние стратегий найма или сохранения кадров). Все шесть исследований, которые отвечали критериям плана исследований, были исключены, так как в них приводились только косвенные результаты. Несмотря на это авторы представили примеры текущих стратегий решения проблемы неправильного распределения специалистов здравоохранения, которые соответствуют четырем категориям мер, использованных в этих рекомендациях. Согласно этим авторам, «К перспективным стратегиям относятся: отбор студентов сельского происхождения, создание университетских факультетов и/или учебных клиник в сельской местности, надбавки за работу в сельской местности и дефицитные профессиональные навыки, а также усиленная профессиональная и персональная поддержка».

Как и в большинстве других обзоров, проведенных в этой области исследований по политике здравоохранения, их результаты показывают, что для понимания воздействия и эффективности этих стратегий необходимы лучше спланированные оценки. Секретариат ВОЗ использовал этот обзор в качестве основных фактических данных для справочного документа, однако для принятия во внимание и анализа многочисленных исследований, которые не отвечали критериям включения в данный обзор, он счел необходимым провести дополнительный всесторонний обзор (как указано выше). Было решено, что сложные меры, такие как стратегии найма и сохранения кадров, требуют проведения дальнейшего анализа описательных и обсервационных исследований, так как они часто способны дать важную информацию и глубокое понимание того, как и почему некоторые стратегии сохранения кадров эффективны в одних условиях и неэффективны в других.

#### **Wilson et al. (2009) Критический обзор мер, призванных изменить неравномерное распределение работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах**

Данное исследование основывается на указанном выше обзоре Кокрейна и расширенном диапазоне поиска для включения исследований, которые были исключены, в целях проведения более всестороннего обзора исследований в этой области и представления результатов в упрощенном виде для понимания лицами, формирующими политику (36). В окончательное исследование было включено 110 статей. Авторы сочли целесообразным представить результаты по следующим категориям мер: отбор, образование, принуждение, стимулы и поддержка. Фактические данные, включенные в обзор, ни в одном из случаев не были классифицированы как «убедительные», хотя данные в категории «отбора» были классифицированы как «надежные». Большая часть данных были получены в странах с

высоким уровнем доходов. Данный обзор свидетельствует о необходимости проведения более строгих в научном отношении оценок. Это исследование было проведено независимо от работы группы экспертов, однако результаты были вполне схожи с данными, представленными в справочном документе ВОЗ, и материалами группы экспертов. Впоследствии один из соавторов этого исследования был кооптирован в состав группы экспертов.

### **Gruen et al. (2009) Клиники специализированной помощи на местах в учреждениях первичной помощи и сельских больницах (Обзор)**

Целью этого систематического обзора являлось описание и оценка эффективности клиник специализированной помощи на местах в отношении различных показателей, включая доступ и удовлетворенность пациентов (86). К нему обращались, в основном, в отношении рекомендации D3, подчеркивая, что службы оказания помощи на местах сельскому населению действительно приводили к увеличению числа консультаций специалистов и доли пациентов, получавших надлежащую помощь при раке молочной железы. Хотя в рамках данного обзора было выявлено 73 мероприятия по оказанию помощи на местах, лишь девять отвечали критериям включения согласно плану исследования; к тому же большинство из них представляли собой программы оказания помощи на местах в городских условиях. В отношении показателей сохранения или найма кадров здравоохранения результатов получено не было. Один из экспертов дополнил данный обзор Кокрейна другим обзором на данную тему, предоставляя дополнительные детали и разъяснения в отношении различных схем оказания помощи на местах, которые осуществлялись или осуществляются в настоящее время в различных странах и, в частности, в отдаленных и сельских районах.

### **Bärnighausen et al. (2009) Финансовые стимулы в обмен на работу в районах, недостаточно обеспеченных услугами: систематический обзор<sup>2</sup>**

В этот систематический обзор были включены 43 исследования, 34 из США, остальные из Канады, Японии, Новой Зеландии и Южной Африки (71). Все исследования носили характер наблюдений, и в них рассматривались различные схемы предоставления займов и стипендий. Этот систематический обзор явился источником большинства фактических данных для рекомендации B4. Хотя признавалось, что план исследования имел недостатки, все же в отношении сохранения кадров после начального периода обязательной отработки в районах, недостаточно обеспеченных обслуживанием, были получены обнадеживающие результаты.

Дополнительная информация о результатах этих четырех обзоров представлена в профилях фактических данных в формате GRADE (Приложение 1).

## **Тематические исследования по странам и заказанные доклады**

Как указывалось выше, для заполнения пробелов в фактических данных, выявленных в ходе первой консультации экспертов, Секретариатом ВОЗ было поручено провести дополнительные исследования. Они включали конкретные систематические обзоры и ряд тематических исследований по странам.

Было поручено провести три обзора. В одном обзоре было изучено воздействие обязательной отработки на показатели найма и сохранения работников здравоохранения в сельских районах, что явилось основой для рекомендации B3 (64). Второй обзор являлся «реалистичной» оценкой, в ходе которой основанные на теории методы использовались в отношении исходных результатов, приведенных в справочном документе ВОЗ, с целью понять, почему некоторые меры эффективны и как они работают (82). Наконец, третий обзор касался роли, которую играет оказание помощи на местах в найме работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах (90). Этот обзор основывается на первоначальном обзоре Gruen et al. и дополняет его, предоставляя дополнительные примеры деятельности по оказанию помощи на местах в сельских районах.

<sup>2</sup> Этот систематический обзор осуществляется в соответствии с проведенным ранее систематическим обзором (Sempowski IP. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Canadian Journal of rural medicine*, 2004, 9:82-88.)



Тематические исследования по странам было поручено провести в целях лучшего понимания контекстуальных элементов, влияющих на стратегии сохранения кадров в различных ситуациях. В этой связи была использована единая типовая схема, разработанная группой экспертов, включающая следующие страны: Австралию, Вануату, Замбию, Китай, Лаосскую Народно-Демократическую Республику, Мали, Норвегию, Самоа, Сенегал и Эфиопию. Некоторые тематические исследования еще продолжаются, однако ожидается, что это даст возможность получить сравнительные данные в различных условиях этих стран в отношении планирования, осуществления и оценки различных стратегий сохранения кадров.

Эти тематические исследования по странам и три указанных выше доклада будут опубликованы как отдельные документы и будут доступны на вебсайте: <http://www.who.int/hrh/resources/>.

## Профили фактических данных в формате GRADE

Для разработки этих рекомендаций была использована методика GRADE (Классификация анализа, разработки и оценки рекомендаций). Система GRADE представляет собой систематическую и прозрачную оценку фактических данных и классификацию их по качеству.

Сотрудники ВОЗ из Отдела миграции и сохранения кадровых ресурсов здравоохранения прошли обучение и получили практические навыки использования методики GRADE. Она также подготовила таблицы GRADE с описанием данных при содействии одного из членов рабочей группы GRADE.

Использование системы GRADE в отношении этих рекомендаций было связано с некоторыми трудностями. Например, GRADE не позволяет рассматривать основные контекстуальные вопросы или включать адекватные описания характеристик комплексных мер, используемых для найма и сохранения кадров здравоохранения. В отличие от строго клинических мер, использование средств контроля или фиксация всех переменных или искажающих факторов является сложной и иногда невыполнимой задачей для комплексных мер политики в области здравоохранения и во многих исследованиях отсутствует (105).

Профили фактических данных в Приложении 1 представляют классификацию фактических данных по каждой рекомендации и содержат дополнительную информацию о методике GRADE. Профиль фактических данных в формате GRADE был подготовлен для каждой рекомендации в целях представления имеющихся фактических данных по этой рекомендации максимально высокого качества (дополнительные фактические данные содержатся в таблицах с описанием данных в Приложении 2).

Для оценки качества данных были использованы следующие критерии GRADE:

КАЧЕСТВО ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ	ПЛАН ИССЛЕДОВАНИЯ	СНИЗИТЬ КАЧЕСТВО ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В СЛУЧАЕ ...	ПОВЫСИТЬ КАЧЕСТВО ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В СЛУЧАЕ ...
Высокое	Рандомизированное исследование ↑ Исследование по итогам наблюдений	<ul style="list-style-type: none"> <li>ограниченности исследования</li> <li>непоследовательности</li> <li>косвенного характера</li> <li>неточности</li> <li>предвзятости публикации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>широкомасштабного эффекта</li> <li>дозозависимого эффекта</li> <li>принятия во внимание всех возможных искажающих факторов</li> </ul>
Среднее			
Низкое			
Очень низкое			

В целом, чем выше качество фактических данных, тем надежнее рекомендации. Однако, как отмечалось в главах 3 и 6, качество фактических данных является лишь одним из критериев, используемых для определения возможной надежности рекомендаций. В связи с ограниченными возможностями использования GRADE для оценки качества фактических

данных по мерам в области политики здравоохранения (в отличие от клинических мер), принимаются во внимание также другие критерии, такие как баланс между выгодами и рисками, ценности и предпочтения и использование ресурсов. В результате имеются некоторые надежные рекомендации, связанные с фактическими данными низкого качества.

### **Таблицы с описанием данных**

Подробные таблицы с описанием данных приводятся в Приложении 2. Они были разработаны по поручению группы экспертов для предоставления фактических данных в дополнение к содержащимся в профилях фактических данных GRADE. Эти описательные таблицы содержат краткую информацию примерно о 100 исследованиях, которые принимались во внимание при разработке этих рекомендаций. Таблицы включают все исследования, приводимые в профилях фактических данных GRADE, плюс дополнительные описательные исследования, работы, в которых анализируются факторы, влияющие на решение работников здравоохранения переехать, остаться и покинуть отдаленные и сельские районы, а также региональные или глобальные обзоры литературы по вопросам найма и сохранения кадров здравоохранения.

## Список участников

### ЧЛЕНЫ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ

- Walid Abubaker**, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья, Каир, Египет
- Elie Akl**, Нью-Йоркский государственный университет в Буффало, Нью-Йорк, США
- Omolade Alao**, УРМЕЛ, Северное Па-де-Кале, Лилль, Франция
- E. Grace Allen-Young**, независимый консультант, Кингстон, Ямайка
- Magdalene Awases**, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки, Хараре, Зимбабве
- Dina Balabanova**, Лондонский колледж гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство
- Karin Bergstrom**, Инициатива «Остановить туберкулез», ВОЗ, Женева, Швейцария
- Jean-Marc Braichet**, Кадровые ресурсы здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария
- James Buchan**, Университет королевы Маргариты, Эдинбург, Соединенное Королевство
- James Campbell**, («Интеграре Л.С.», Барселона, Испания)
- Laurence Codjia**, Глобальный альянс трудовых ресурсов в области здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария
- John Connell**, Сиднейский университет, Сидней, Австралия
- Ian Couper**, Университет Витуотерстренд, Хартбиспорт, Северо-Западная провинция, Южная Африка
- Manuel M. Dayrit**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария
- Marjolein Dieleman**, Королевский институт тропической медицины, Амстердам, Нидерланды
- Yang Ding**, Министерство здравоохранения, Пекин, Китай
- Carmen Dolea**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария
- Delanyo Dovlo**, Отдел организации работы систем здравоохранения и оказания медицинских услуг, ВОЗ, Женева, Швейцария
- Varatharajan Durairaj**, Отдел финансирования систем здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария
- Gilles Dussault**, Лиссабонский институт гигиены и тропической медицины, Лиссабон, Португалия
- Fadi El-Jardali**, Бейрутский американский университет, Бейрут, Ливан
- Carissa F. Etienne**, Отдел систем здравоохранения и услуг в области здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария
- Seble Lemma Frehywot**, Университет Джорджа Вашингтона, Вашингтон, округ Колумбия, США
- Adriana Galan**, Национальный институт общественного здравоохранения, Бухарест, Румыния
- Nicolau Sabado Girardi**, факультет медицины УФМГ, Белу-Оризонти, Бразилия
- Charles Godue**, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки, Вашингтон, округ Колумбия, США
- Armando Guerra Vilanova**, Министерство здравоохранения, Гавана, Куба
- Paolo Hartmann**, «Акцент в работе на страны», ВОЗ, Женева, Швейцария
- Luis Huicho**, Перуанский университет Кайэтано Эредим, Лима, Перу
- Muzaherul M. Huq**, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, Дели, Индия
- Françoise Jabot**, Высшая школа общественного здравоохранения, Ренн, Франция
- Mireille Kingma**, Международный союз медсестер, Женева, Швейцария
- Hortence Afoue Kouame**, Министерство здравоохранения и общественной гигиены Кот-д'Ивуара, Абиджан, Кот-д'Ивуар
- Christophe Lemièrre**, Всемирный банк, Дакар, Сенегал
- Percival Mahlathi**, Министерство здравоохранения, Претория, Южная Африка

**Tim Martineau**, Ливерпульский колледж тропической медицины, Ливерпуль, Соединенное Королевство

**Jim McCaffery**, Группа учебных ресурсов и проект «КапэситиПлюс», Вашингтон, округ Колумбия, США

**Joanne McManus**, независимый консультант, Оксфорд, Соединенное Королевство

**Hilary Mwale**, независимый консультант, Лусака, Замбия

**Annette Mwansa Nkowane**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария

**Thinakorn Noree**, Министерство общественного здравоохранения, Нонтхабури, Таиланд

**Charles Normand**, Дублинский университет, Дублин, Ирландия

**Ezekiel Nukuro**, Региональное бюро ВОЗ для стран для стран западной части Тихого океана, Манила, Филиппины

**Mary O'Neil**, организация «Искусство управления в интересах здоровья», Массачусетс, США

**Галина Перфильева**, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

**Ray Pong**, Лаврентийский университет, Садбери, Онтарио, Канада

**Estelle E. Quain**, Агентство международного развития Соединенных Штатов, Вашингтон, округ Колумбия, США

**Steve J. Reid**, Кейптаунский университет, Кейптаун, Южная Африка

**Felix Rigoli**, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки, Вашингтон, округ Колумбия, США

**Eric de Roodenbeke**, Международная федерация больниц, Ферней-Вольтер, Франция

**Salif Samake**, Министерство здравоохранения, Бамако, Мали

**Julia Seyer**, Всемирный альянс медицинских работников, Франция, Ферней-Вольтер, Франция

**Agnès Soucat**, Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США

**Barbara Stilwell**, «Интрахелт Интернэшнл», Чапел-Хилл, Северная Калифорния, США

**Laura Stormont**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария

**Roger Strasser**, Университет Лейкхеда и Лаврентийский университет, Садбери, Онтарио, Канада

**Karin Straume**, Канцелярия губернатора фюльке Финнмарк, Вадсё, Норвегия

**Thiagarajan Sundararaman**, Национальный центр ресурсов систем здравоохранения, Дели, Индия

**Aly Boury Sy**, Всемирный банк, Кигали, Руанда

**Pawit Vanichanon**, Округовой госпиталь Лангу, Сатун, Таиланд

**Marko Vujcic**, Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США

**Kim Webber**, Австралийское агентство по вопросам сельских трудовых ресурсов в области здравоохранения, Мельбурн, Австралия

**Suwit Wibulpolprasert**, Министерство общественного здравоохранения, Нонтхабури, Таиланд

**John Wynn-Jones**, Институт сельского здравоохранения, Поуис, Соединенное Королевство

**Guangpeng Zhang**, Министерство здравоохранения, Пекин, Китай

**Junhua Zhang**, Министерство здравоохранения, Пекин, Китай

**Pascal Zurn**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария

#### НАБЛЮДАТЕЛИ

**Mohamed Ibrahim Abdel Rahim**, страновое бюро ВОЗ, г. Тунис, Тунис

**Taghreed Adam**, Альянс в интересах исследований в области политики и систем здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария

**Rowaida Al Maaitah**, Иорданский совет медсестер, Амман, Иордания

**Djona Atchenemou Avocksouma**, Министерство общественного здравоохранения, Н'Джамена, Чад

**Rebecca Bailey**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария

**Nourredine Ben Nacef**, Министерство общественного здравоохранения, г. Тунис, Тунис  
**Yann Bourgueil**, Институт по исследованиям и документации в области экономики здравоохранения, Париж, Франция  
**Francesca Celletti**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Améline Chaouachi**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Mario Dal Poz**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Dominique Desplats**, Ассоциация здравоохранения Юга, Марсель, Франция  
**Andrew S. Downes**, Университет Вест-Индии, Бриджтаун, Барбадос  
**Norbert Dreesch**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Joseph Dwyer**, научные методы управления в области здравоохранения, Кембридж, Массачусетс, США  
**Hashim Elzein El-Mousaad**, страновое бюро ВОЗ, Амман, Иордания  
**Benjamin Fouquet**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Laure Garancher**, страновое бюро ВОЗ, Ханой, Вьетнам  
**Gulin Gedik**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Laragh Gollooly**, Отдел управления и обмена знаниями, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Alexandre Goubarev**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Neeru Gupta**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Asmus Hammerich**, страновое бюро ВОЗ, Вьентьян, Лаосская Народно-Демократическая Республика  
**Nicole Hanssen**, Ассоциация здравоохранения Юга, Марсель, Франция  
**Rita Kabra**, независимый консультант, Женева, Швейцария  
**Solomon Kagulula**, страновое бюро ВОЗ, Лусака, Замбия  
**Faith McLellan**, Отдел политики и сотрудничества в области исследований, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Sana Naffa**, страновое бюро ВОЗ, Амман, Иордания  
**Jean-Marc Olivé**, страновое бюро ВОЗ, Ханой, Вьетнам  
**Martins Ovberedjo**, страновое бюро ВОЗ, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания  
**Margaret Loma Phiri**, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки, Уадагадугу, Буркина-Фасо  
**Marivand M. Pinto**, Министерство здравоохранения, г. Бразилия, Бразилия  
**Aurélie Rouzaut**, уполномоченная по вопросам исследований, Руан, Франция  
**Sarah Russell**, Отдел систем здравоохранения и услуг в области здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Farba Lamine Sall**, Министерство здравоохранения и профилактики, Дакар, Сенегал  
**Badara Samb**, Системы здравоохранения и услуг в области здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Mubashar Sheikh**, Глобальный альянс трудовых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Gillian Weightman**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Erica Wheeler**, Глобальный альянс трудовых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Susan Wilburn**, Отдел общественного здравоохранения и окружающей среды, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Christiane Wiskow**, независимый консультант, Женева, Швейцария  
**Jean Yan**, Департамент кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ, Женева, Швейцария  
**Jelka Zupan**, Отдел по повышению безопасности беременности, ВОЗ, Женева, Швейцария

## Библиография

1. *Всемирный доклад о состоянии здравоохранения в мире*, 2006 г. – Совместная работа на благо здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.
2. Zurn P et al. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.
3. Hamilton K, Yau J. The global tug-of-war for health care workers. Washington, DC, Migration Policy Institute, 2004 (<http://www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=271>, consulté le 17 mars 2010).
4. Codjia L, Jabot F, Dubois H. *Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées – étude de cas N° 2)
5. Committee on the Future of Rural Health Care; Institute of Medicine. *Quality Through Collaboration: The Future of Rural Health*. Washington, DC: National Academies Press; 2005.
6. Cash R, Ulmann P. *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé: Le cas de la France*. Paris, OCDE, 2008 (OECD Health Working Paper no. 36).
7. Dumont JC et al. International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: Myths and realities. Paris, OECD, OECD Health Working Paper no. 40, 2008.
8. Zhang D, Unschuld PU. China's barefoot doctor: past, present and future. *The Lancet*, 2008, 372(9653): 1865-1867.
9. Cooper RS, Kennelly JF, Ordunez-Garcia P. Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35(4):817-824.
10. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human resources for Health*, 2003, 1:12.
11. The Joint Learning Initiative. *Human resources for health. Overcoming the crisis*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2004.
12. Task Force for Scaling up Education and Training for Health Workers, WHO and Global Health Workforce Alliance, 2008. Genève, Suisse. Consulté le 26 mars 2010: ([http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global\\_Health%20FINAL%20REPORT.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf))
13. *Cadre d'action RHS*. Organisation mondiale de la Santé/ Alliance mondiale pour les personnels de santé/Agence des Etats-Unis pour le développement international/ The Capacity Project. (<http://www.capacityproject.org/framework>, consulté le 17 mars 2010).
14. *Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (<http://www.who.int/hrh/resources/handbook/fr/>, consulté le 17 mars 2010).
15. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/fr/index.html>, consulté le 17 mars 2010.
16. Nations Unies. 1998. Principes et recommandations complémentaires concernant les recensements de la population et de l'habitat: première révision. Série M, N° 67, Rev.1 (publication des Nations Unies, N° de vente F.98.XVII.8).
17. *Perspectives de l'urbanisation mondiale: la révision 2003*. New York NY, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2004 (<http://www.un.org/esa/population/publications/wup2003/WUP2003Report.pdf>, consulté le 17 mars 2010).
18. *Perspectives de l'urbanisation mondiale: la révision 2007*. New York NY, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2008 (<http://esa.un.org/unup/>, consulté le 17 mars 2010).
19. Dolea C et al. *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 ([http://www.who.int/hrh/migration/background\\_paper.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf), consulté le 17 mars 2010).
20. <http://www.who.int/hrh/retention/home/fr/index.html>, consulté le 17 mars 2010.
21. <http://www.aaahrh.org/conf2009.php>, consulté le 17 mars 2010.
22. <http://www.who.int/bulletin/en/index.html>, consulté le 17 mars 2010.
23. <http://www.who.int/rpc/guidelines/en/>, consulté le 17 mars 2010.
24. Smith KB, Humphreys JS, Wilson MG. Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*, 2008, 16(2):56-66.
25. Strasser R, Neusy A-J. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bulletin of the World Health Organization* (en cours d'impression).
26. Couper I et al. Influences on the choice of health professionals to practice in rural areas. *South African Medical Journal*, 2007, 97:1082-1086.
27. Dieleman M et al. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Journal of Human Resources for Health*, 2003, 1(10):1-10.
28. lipinge SN et al. Perceptions of health workers about conditions of service: A Namibian case study. 2006 (Discussion Paper No. 35) (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS35HRiiping.pdf>, accessed 17 March 2010).
29. Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human Resources for Health*, 2008, 6:18.

- 30 Kurniati AN, Efendi F. Viewing decentralization as an opportunity in improving availability of health worker in underserved areas. ([http://www.aaahrh.org/4th\\_conf\\_2009/Kurniati\\_INDONESIA.pdf](http://www.aaahrh.org/4th_conf_2009/Kurniati_INDONESIA.pdf), consulté le 17 mars 2010).
- 31 Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: How strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health*, 2003, 11:277-284.
- 32 De Vries E, Reid S. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal*, 2003, 93(10).
- 33 Rabinowitz HK et al. Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Academic Medicine*, 2005, 80:728-732.
- 34 Woloschuk W, Tarrant M. Do students from rural backgrounds engage in rural family practice more than their urban-raised peers? *Medical Education*, 2004, 38:259-261.
- 35 Grobler L et al. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). The Cochrane Library, 2009, Issue 1.
- 36 Wilson NW et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health*, 2009, 9:1060.
- 37 Longombe AO. Medical schools in rural areas – necessity or aberration? *Rural and Remote Health*, 2009, 9:1311.
- 38 Wang L. A comparison of metropolitan and rural medical schools in China: Which schools provide rural physicians? *Australian Journal of Rural Health*, 2002, 10:94-98.
- 39 Bowman RC, Penrod JD. Family practice residency programs and the graduation of rural family physicians. *Family Medicine*, 1998, 30(4):288-292.
- 40 Acosta DA. Impact of rural training on physician workforce: The role of postresidency education. *The Journal of Rural Health*, 2000, 16(3):254-261.
- 41 Pacheco M et al. The impact on rural New Mexico of a family medicine residency. *Academic Medicine*, 2005, 80(8):739-744.
- 42 Zurn P, Codjia L, Lamine Sall F. *La fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales ou reculées*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées – étude de cas N° 1)
- 43 Pálsdóttir B, Neusy A-J, Reed G. Building the evidence base: networking innovative socially accountable medical education programs. *Education for Health*, 2008, 21:2.
- 44 Smucny J et al. An evaluation of the Rural Medical Education Program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990-2003. *Academic Medicine*, 2005, 80:733-738.
- 45 Halaas GW et al. Recruitment and retention of rural physicians: Outcomes from the rural physician associate program of Minnesota. *Journal of Rural Health*, 2008, 24(4): 345-352.
- 46 Capstick S, Beresford R, Gray A. Rural pharmacy in New Zealand: Effects of a compulsory externship on student perspectives and implications for workforce shortages. *Australian Journal of Rural Health*, 2008, 16:150-155.
- 47 Courtney M et al. The impact of rural clinical placement on student nurses' employment intentions. *Collegian*, 2002, 9(1):12-18.
- 48 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, 10:1372.
- 49 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.
- 50 Whiteside C, Pope A, Mathias R. Identifying the need for curriculum change. When a rural training program needs reform. *Canadian Family Physician*, 1997, 43:1390-1394.
- 51 Strasser R, Lanphear J. The Northern Ontario School of Medicine: responding to the needs of the people and communities in Northern Ontario. *Education for Health*, 2008, 21:3.
- 52 Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher*, 2004, 26(3):265-272.
- 53 Worley P et al. The Parallel Rural Community Curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Medical Education*, 2000, 34:558-565.
- 54 Humphreys J et al. *Improving primary health care workforce retention in small rural and remote communities: How important is ongoing education and training?* Canberra, Australian Primary Health Care Research Institute, 2007.
- 55 White CD et al. Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural and Remote Health*, 2007, 7:700.
- 56 Van Dormael M et al. Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali. *Human Resources for Health*, 2008, 6:25.
- 57 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):432-438.
- 58 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of Whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 2002, 324:819-823.
- 59 Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *The Lancet*, 2007, 370:2158-2163.

- 60 Pereira C 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. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007, 114:1530-1533.
- 61 Lewin SA et al. Lay health workers in primary and community health care (Review). *The Cochrane Library*, 2005, Issue 4.
- 62 Lehmann U. *Mid-level health workers: The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes. A literature review*. World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/hrh/MLHW\\_review\\_2008.pdf](http://www.who.int/hrh/MLHW_review_2008.pdf), consulté le 24 mars 2010).
- 63 Hongoro C, Normand C. Health workers: Building and motivating the workforce. In: Jamison DT et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed. The World Bank/World Health Organization/Fogarty International Centre of the National Institutes of Health, 2006, 71:1309-1322.
- 64 Frehywot S et al. *Compulsory service program as a means of deploying and retaining health workers in rural, remote and underserved areas – a global analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (en cours d'impression).
- 65 Cavender A, Alban M. Compulsory medical service in Ecuador: The physician's perspective. *Social Science and Medicine*, 1998, 47(12):1937-1946.
- 66 Reid SJ. Compulsory community service for doctors in South Africa – an evaluation of the first year. *South African Medical Journal*, 2001, 91(4):329-335.
- 67 Wongwacharapaiboon P, Sirikanokwilai N, Pengpaiboon P. The 1997 massive resignation of contracted new medical graduates from the Thai Ministry of Health: What reasons behind? *Human Resources for Health Development Journal*, 1999, 3(2):147-156.
- 68 Dovlo D. The brain drain and retention of health professionals in Africa. (A case study prepared for a Regional Training conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: Things That Work!) Accra, 2003 ([http://www.medact.org/content/health/documents/brain\\_drain/Dovlo%20-%20brain%20drain%20and%20retention.pdf](http://www.medact.org/content/health/documents/brain_drain/Dovlo%20-%20brain%20drain%20and%20retention.pdf), consulté le 17 mars 2010).
- 69 Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 2006, 4:12 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>, consulté le 17 mars 2010).
- 70 Omole OB, Marincowitz G, Ogunbanjo GA. Perceptions of hospital managers regarding the impact of doctor's community service. *South African Family Practice*, 2005, 47(6):55-59.
- 71 Bärnighausen T, Bloom D. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 2009, 9:86.
- 72 Matsumoto M, Inoue K & Kajii E. Long-term effect of the home preference recruiting scheme of Jichi Medical University Japan. *Rural and Remote Health*, 2008, 8:1- 15.
- 73 Mangham LJ, Hanson K. Employment preferences of public sector nurses in Malawi: results from a discrete choice experiment. *Health Economics and Financing Programs*, 2008, 13(12):1433-1441.
- 74 Martineau T et al. *Factors affecting retention of different groups of rural health workers in Malawi and Eastern Cape Province, South Africa*. Genève, Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (non publié).
- 75 Mrayyan MT. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 2005, 13:40-50.
- 76 Kotzee T, 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, 6:581.
- 77 Gibbon P, Hales J. *Review of the Rural Retention Program – Final Report*. Australian Government, Department of Health and Ageing, 2006.
- 78 *Impact des mesures d'incitation financière accordées aux médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes*. Niamey, Ministère de la Santé publique, 2008.
- 79 Reid S. *Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals – Research project report*. Durban, Health Systems Trust, 2004 ([http://healthlink.org.za/uploads/files/rural\\_allowance.pdf](http://healthlink.org.za/uploads/files/rural_allowance.pdf), consulté le 29 mars 2010).
- 80 Koot J, Martineau T. *Zambian health workers retention scheme (ZHWRS) 2003-2004: Mid-term review*. 2005 ([http://www.hrhresourcecenter.org/hosted\\_docs/Zambian\\_Health\\_Workers\\_Retention\\_Scheme.pdf](http://www.hrhresourcecenter.org/hosted_docs/Zambian_Health_Workers_Retention_Scheme.pdf), consulté le 24 mars 2010).
- 81 Janes R, Dowell A. New Zealand rural general practitioners 1999 survey – Part 3: rural general practitioners speak out. *The New Zealand Medical Journal*, 2004, 117(1191):1-9.
- 82 Dieleman M et al. *Realist review and synthesis on retention studies for health workers in rural and remote areas*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- 83 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.
- 84 Chaudhury N, Hammer J. Ghost doctors: absenteeism in Bangladeshi health facilities. Washington DC, The World Bank, 2003 (Policy Research Working Paper No. 3065).
- 85 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(Suppl.2):11-19.



- 86 Gruen RL et al. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (4):CD003798.
- 87 Gagnon MP et al. Exploring the effects of telehealth on medical human resources supply: a qualitative case study in remote regions. *BMC Health Services Research*, 2006, 7(6):1-9.
- 88 Gagnon MP et al. Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions: what are the conditions for success? *Implementation science*, 2007, 1(18):1-8.
- 89 Como del Corral MJ et al. Utility of a thematic network in primary health care: a controlled interventional study in a rural area. *Human Resources for Health*, 2005, 3(4):1-7.
90. De Roodenbeke E et al. *Outreach services as a strategy to increase access to health workers in remote and rural areas*. Geneva, World Health Organization, 2010 (in press).
- 91 Masango S, Gathu K, Sibandze S. Retention strategies for Swaziland's health sector workforce: Assessing the rôle of non-financial incentives. Harare, Regional Network for Equity in Health in Southerne Africa (EQUINET), 2006 (Discussion Paper No. 35) (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS68masango.pdf>, consulté le 24 mars 2010).
- 92 Butterworth K, Hayes B, Neupane B. Retention of general practitioners in rural Nepal: A qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*, 2008, 16(4):201-206.
- 93 Couper ID, Worley PS. Health and information in Africa: the role of the Journal Rural and Remote Health. *Rural and Remote Health* 2006, 6:644.
- 94 Gardiner M et al. Impact of support initiatives in retaining rural general practitioners. *Australian Journal of Rural Health*, 2006, 14:196-201.
- 95 Willis-Shattuck M et al. Improving motivation and retention of health professionals in developing countries: a systematic review, *BMC Health Services Research*, 2008, 8:247.
- 96 Pawit Vanichanon, Personal communication, 2009.
- 97 Junhua Zhang, Personal communication, 2009.
- 98 Huicho L 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.
- 99 Hanson K, Jack WG. Health worker preferences for job attributes in Ethiopia: results of a discrete choice experiment. International Health Economics Association, 6th World Congress, 2007 (Explorations in Health Economics Paper) (<http://ssrn.com/abstract=994212>, consulté le 17 mars 2010).
- 100 Mangham LJ, Hanson K. Employment preferences of public sector nurses in Malawi: results from a discrete choice experiment. *Health Economics and Financing Programs*, 2008, 13(12):1433-1441.
- 101 Lagarde M, Blaauw D. A review of the application and contribution of discrete choice experiments to inform human resources policy interventions. *Human Resources for Health*, 2009, 7:62.
- 102 World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *The Lancet*, 2009, 373:2137-2169.
- 103 Dolea C, Stormont L, Braichet JM. 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.
- 104 [http://www.who.int/hrh/events/2009/expert\\_meeting/en/index.html](http://www.who.int/hrh/events/2009/expert_meeting/en/index.html), consulté le 17 mars 2010.
- 105 Shepperd S et al. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PloS Medicine*, 2009, 6(8).



©WHO / M. Willman

Во всех странах, независимо от их уровня экономического развития, лица, формирующие политику, стремятся обеспечить справедливость в области здравоохранения и удовлетворить медико-санитарные потребности своего населения, особенно тех групп, которые уязвимы и находятся в неблагоприятных условиях. Недостаточное число квалифицированных работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах затрудняет доступ к услугам здравоохранения значительной доли населения, замедляет прогресс в направлении достижения Целей тысячелетия в области развития и ставит под сомнение надежды на достижение здоровья для всех. В данном документе предлагается ряд научно обоснованных рекомендаций, целью которых является прием на работу и сохранение кадров мотивированных работников здравоохранения в сельских и отдаленных районах, и приводится руководство по осуществлению стратегий сохранения кадров как в развитых, так и развивающихся странах.



**Всемирная организация  
здравоохранения**

World Health Organization  
Department of Human Resources for Health  
20 avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

[www.who.int/hrh/retention](http://www.who.int/hrh/retention)

ISBN 978 92 4 456401 1



9 789244 564011