

УДК 614.79:614.25

<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2023-1-153-163>

Мировые практики привлечения и удержания медицинских работников в сельских районах (обзор литературы)

Чигрина В.П., Тюфилин Д.С., Деев И.А., Кобякова О.С.

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ)

Россия, 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

РЕЗЮМЕ

Привлечение и удержание врачей и среднего медицинского персонала, особенно для работы в сельских районах, является глобальной проблемой системы здравоохранения, ставящей под угрозу непрерывность и доступность оказания медицинской помощи значительной части населения.

Целью данного исследования является обобщение имеющихся на сегодняшний день данных о практиках привлечения медицинского персонала, прежде всего в сельскую местность, и ключевых факторах, влияющих на удержание работников в сфере здравоохранения, что в будущем поможет разработать научно обоснованные мероприятия и подходы к привлечению и удержанию медицинского персонала и тем самым позволит сократить кадровый дефицит в системе здравоохранения Российской Федерации. Поиск отечественной и зарубежной литературы проведен в базах данных PubMed, Science Direct, Cochrane Library, Google Scholar, eLibrary.

Все изучаемые в настоящем исследовании факторы, влияющие на привлечение и удержание медицинских работников в сельской местности, объединены в четыре основные группы: финансовые, социальные, карьерные (профессиональные), личностные. Современные стратегии по привлечению персонала можно разделить на три направления: финансовые, организационные и образовательные.

Результаты обзора свидетельствуют, что в Российской Федерации реализуется большая часть мировых практик по привлечению и удержанию специалистов в сельских районах. Однако существуют мероприятия, которые не нашли своего применения в нашей стране. Данные практики могут стать дополнительными при формировании региональных программ по развитию кадрового потенциала здравоохранения, увеличивающие их эффективность.

Ключевые слова: привлечение, удержание, медицинские работники, сельские районы, стратегии, обзор

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Для цитирования: Чигрина В.П., Тюфилин Д.С., Деев И.А., Кобякова О.С. Мировые практики привлечения и удержания медицинских работников в сельских районах (обзор литературы). *Бюллетень сибирской медицины*. 2023;22(1):153–163. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2023-1-153-163>.

Global best practices in recruiting and retaining healthcare workers in rural areas (literature review)

Chigrina V.P., Tyufilin D.S., Deev I.A., Kobyakova O.S.

Russian Research Institute of Health

11, Dobrolyubova Str., Moscow, 127254, Russian Federation

ABSTRACT

A significant issue for global healthcare is recruitment and retention of doctors and nurses, especially in rural areas. It threatens continuity and accessibility of medical care for a large segment of the population.

The aim of this article was to summarize currently available data on healthcare recruitment practices, particularly in rural areas, and key factors influencing retention of healthcare professionals. This will allow to develop evidence-based strategies for recruitment and retention of healthcare workers in the Russian Federation and reduce personnel shortage. International and Russian full-text articles were searched for in PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library, Google Scholar, and eLibrary databases.

All the studied factors influencing recruitment and retention of healthcare professionals in rural areas were grouped into four main categories: financial, social, professional, and personal. Modern healthcare recruitment strategies were divided into three groups: financial, organizational, and instructional.

The review results suggest that the Russian Federation uses the majority of global strategies to recruit and retain healthcare professionals in rural areas. However, there are some activities that have not been adopted in our country. They may be included in healthcare management practices to increase the effectiveness of regional programs for development of human capital in healthcare.

Keywords: recruitment, retention, strategies, healthcare workers, rural areas, overview

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The authors state that they received no funding for the study.

For citation: Chigrina V.P., Tyufilin D.S., Deev I.A., Kobyakova O.S. Global best practices in recruiting and retaining healthcare workers in rural areas (literature review). *Bulletin of Siberian Medicine*. 2023;22(1):153–163. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2023-1-153-163>.

ВВЕДЕНИЕ

Дефицит врачей и среднего медицинского персонала, особенно в сельских и отдаленных районах, является глобальной проблемой здравоохранения, ставящей под угрозу непрерывность и доступность медицинской помощи [1]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, уже к 2030 г. прогнозируемый дефицит медицинских работников составит 17 млн человек [2]. В соответствии с информацией от Всемирного экономического форума к 2030 г. дефицит медицинских кадров достигнет 14,5 млн специалистов [3]. Согласно данным Росстата, дефицит специалистов сферы здравоохранения в Российской Федерации на 2021 г. составляет 24,7 тыс. врачей и 127,1 тыс. средних медицинских работника [4]. Причинами этого, согласно мнению большинства исследователей, могут являться про-

блемы в медицинском образовании, низкий социальный статус врачей, высокая рабочая нагрузка, условия труда и низкий уровень заработной платы [5]. Кроме абсолютного дефицита регистрируется и неравномерное распределение медицинского персонала по специальностям и географическим районам [6, 7].

Для решения проблемы кадрового дефицита во всем мире активно разрабатываются и внедряются стратегии, способствующие привлечению и удержанию специалистов в отрасли [8, 9]. Учитывая, что на мотивацию медицинских работников влияет комплекс взаимосвязанных факторов, для их эффективного привлечения и удержания требуется правильно подобранная комбинация различных мероприятий [10].

Целью данного исследования является обобщение имеющихся на сегодняшний день данных о прак-

тиках привлечения медицинского персонала, прежде всего в сельскую местность, и ключевых факторах, влияющих на удержание работников в сфере здравоохранения, что в будущем поможет разработать научно обоснованные мероприятия и подходы по сокращению кадрового дефицита в системе здравоохранения Российской Федерации.

Поиск публикаций проведен в базах данных PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library, Google Scholar, eLibrary. В качестве ключевых слов использованы: attract, recruitment, retention, health workers, привлечение, сохранение, медицинские работники и др. Период публикаций: 2015–2022 гг. По отдельным вопросам проведен более глубокий поиск данных. Всего проанализировано 3 890 источников, из которых отобрано 540 репрезентативных исследований, в итоговую версию обзора включили 65, посвященных мероприятиям по привлечению и удержанию медицинского персонала.

ФАКТОРЫ ПРИВЛЕЧЕНИЯ И УДЕРЖАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Решение специалистов остаться или оставить работу в сельской местности является комплексным и зависит от множества аспектов [11]. На основании анализа публикаций все факторы, влияющие на это решение, объединены в четыре основные группы.

Финансовые факторы включают: уровень заработной платы, возмещение стоимости обучения, предоставление пособий и субсидий. В большинстве исследований уровень оплаты являлся одним из основных стимулов к работе специалистов в медицинских организациях села. Например, по данным J Witt (2017, $n = 2478$, Канада) заработная плата, продолжительность рабочего дня и частота вызовов на дом являлись наиболее важными факторами при выборе места работы [12]. В рамках исследования N. Nurelhuda и соавт. (2018, $n = 455$) студенты медвузов считали важным предоставление стипендий в период обучения региональным здравоохранением [13]. В аналогичном исследовании F. Efendi и соавт. (2016) в Индонезии ($n = 400$) получены сопоставимые данные и выявлена важность наличия современного оборудования высокого качества [14]. По результатам опроса S.C. Okoroafor и соавт. (2021, $n = 198$, Нигерия), вероятность согласия работать в селе была в 2,7 раза выше при получении надбавки к заработной плате и в 4 раза – при предоставлении жилья или жилищного пособия [15].

Согласно результатам глубинного интервью L. Berman и соавт. (2021), малазийские врачи ($n = 472$)

в 6,67 раза чаще выбирали бы работу в селе при условии повышения заработной платы на 50% (95%-й доверительный интервал (95%ДИ): 5,66–8,08) [16]. В российском исследовании В.А. Смиянова и соавт. (2017, $n = 167$) большинство врачей согласились бы на увеличение рабочей нагрузки за дополнительную плату, однако они не были готовы поменять работу на более оплачиваемую [17]. В исследовании О.А. Доцанниковой и соавт. (2020, $n = 561$) $16,8 \pm 1,6\%$ врачей приняли решение уехать из села по окончании срока участия в Программе социально-экономической поддержки. Наиболее весомыми аргументами были «низкая заработная плата» ($39,3 \pm 2,1\%$) и «семейные обстоятельства» ($21,3 \pm 1,73\%$) [18]. Проведенный M.L. Prust и соавт. (2021) опрос 259 врачей и 215 студентов медвузов из Замбии свидетельствует, что участники чаще выбирали бы работу в труднодоступных районах при предоставлении им жилья в селе (ОШ = 5,04, 95% ДИ: 4,12–6,18), в городе (ОШ = 2,21, 95%ДИ: 1,86–2,62) или выплаты после 4 лет работы в сельской медицинской организации (95%ДИ: 1,69–2,33) [19].

Социальные факторы включают условия жизни и работы. Так, по результатам австралийского опроса медицинских сестер, проведенного M. Prengaman и соавт. (2017), наличие материалов и оборудования для работы оказало наибольшее влияние на привлечение и удержание медицинских сестер в сельской местности [20]. Согласно S.C. Okoroafor и соавт. (2022, Нигерия, $n = 145$), вероятность работы в селе увеличивалась в 6,17 раз при наличии школьного образования для детей, в 14,6 раз – при предоставлении жилья и в 14,4 раз – при улучшении условий жилья и работы [21]. В исследовании U. Lawan и соавт. (2017, $n = 262$, Нигерия) ключевыми факторами являлись инфраструктура и наличие оборудования (92,3%), улучшение жилищных условий (91,2%), наличие питьевой воды и электричества (91,5%), а также школ для детей (91,5%) [22]. Согласно опросу S.B. Boadi-Kusi и соавт. (2018, $n = 333$, Нигерия), для 71,2% улучшение жилищных условий играло ключевую роль при решении переехать в сельскую местность [23].

В представленном ранее исследовании L. Berman и соавт. (2021) жилье, качество рабочих помещений и уровень рабочей нагрузки являлись наиболее важными факторами при выборе места работы. Так, респонденты в 2,04 раза чаще выбирали бы работу в сельской местности при улучшении жилищных условий (95%ДИ: 1,71–2,44) и в 1,7 раза чаще – рабочего места (95%ДИ: 1,47–1,96) [16].

Карьерные (профессиональные) факторы включают возможность дополнительного обучения и

занятия научной и педагогической деятельностью, повышения квалификации за счет средств работодателя, карьерного роста, а также поддержку со стороны профессионального сообщества [24–26]. Важность указанных факторов доказана во вьетнамских исследованиях V.A.T. Nguyen и соавт. (2020, 2021, $n = 167$) [25, 26]. В опросе S. Mollahalilođlu и соавт. (201, $n = 1\ 340$) сельские медицинские работники утверждали, что удаленное местонахождение медицинской организации мешало им в развитии профессиональных навыков [27]. В ранее упомянутом исследовании S.B. Woadi-Kusi и соавт. (2018) продвижение по карьерной лестнице было важным для 71,3% респондентов [23]. Согласно О.А. Дошанниковой (2020), $19,7 \pm 1,68\%$ врачей уехали бы из села по причине «отсутствия перспективы карьерного и профессионального роста» [18]. В опросе студентов последнего курса медвузов ($n = 280$) Г.Ю. Окуновой и соавт. (2021) 35,9% участников сообщили, что не хотят работать в селе из-за отсутствия профессионального и карьерного роста [28].

Существуют и противоположные данные, например, в опросе С. Morken и соавт. (2018, $n = 16$) возможности профессионального роста не оказали большого влияния на удержание медицинского персонала в селе [29]. В исследовании S.C. Okoroafor и соавт. (2021) работники, имеющие ученые степени кандидата или доктора наук, были на 4% меньше склонны работать в удаленных районах [15].

Личностные факторы включают демографические показатели (возраст, пол), уровень образования, семейное положение, наличие детей, место рождения и жительства (таблица).

По результатам исследования в Израиле ($n = 6\ 673$) медицинские работники из села в 17 раз чаще оставались работать там же (95%ДИ: 6,8–43,8), а не имеющие опыта работы в труднодоступных районах на 28% реже оставались работать в селе по сравнению с остальными коллегами (95%ДИ: 0,66–0,92). Кроме того, женщины статистически значимо реже выбирали работу в малонаселенных районах по сравнению с мужчинами (отношение шансов (ОШ) = 0,66; 95%ДИ: 0,56–0,78) [30].

Результаты опроса 184 студентов из Западной Африки, проведенного С.S. Sidibé и соавт. (2019), свидетельствуют о том, что проживание ($p = 0,003$) и месторасположение образовательной организации в сельской местности ($p = 0,03$) связаны с большей склонностью остаться работать там же [31]. Согласно работе L. Berman и соавт. (2021), студенты, ранее проживавшие в сельской местности (ОШ = 3,4; 95%ДИ: 1,71–6,79), а также те, у кого было заключено соглашение о целевом обучении, значительно чаще сообщали, что останутся работать там же (ОШ = 3,66; 95%ДИ: 2,22–6,04) [16]. В уже упомянутом исследовании M.L. Prust и соавт. (2021) подтверждается важность наличия опыта работы в сельской местности при выборе места работы [19].

Семейное положение, в частности состояние в браке, является одним из главных факторов принятия решения о работе в селе [32–34]. При изучении личных дел 30 569 врачей семейной медицины Ирана выявлено, что состояние в браке являлось значимым предиктором выбора места работы в селе (ОШ = 1,34; 95%ДИ: 1,25–1,43) [33]. Кроме того, по результатам исследования S.C. Okoroafor и соавт. (2021) специалисты, имеющие детей, в 6 раз чаще устраивались на работу в сельские медицинские организации [15].

Таблица

Факторы, влияющие на привлечение и удержание медицинских работников				
Автор	Год	n^*	Страна	Факторы привлечения и удержания медработников
Witt и соавт.	2017	2 487	Канада	Заработная плата, продолжительность рабочего дня, количество вызовов врача на дом
Nurelhuda и соавт.	2018	455	Судан	Предоставление стипендий в период обучения, улучшение оснащенности медицинского образования
Okoroafor и соавт.	2021	198	США	Предоставление жилья, надбавка к заработной плате, улучшение условий труда
Berman и соавт.	2021	472	ЮАР	Предоставление жилья, нагрузка, условия труда, карьерный рост, проживание в сельской местности
Efendi и соавт.	2016	400	Индонезия	Стипендии в период обучения, заработная плата, условия труда, современное оборудование
Ashkenazi и соавт.	2019	736	Израиль	Условия труда, карьерный рост, трудоустройство супруга/супруги, проживание родителей в селе
Nguyen и соавт.	2020	167	Вьетнам	Непрерывное медицинское образование, повышение квалификации, проживание родителей в селе
Prengaman и соавт.	2017	16	Австралия	Поддержка профессионального сообщества, наличие необходимых материалов и оборудования
Morken и соавт.	2018	16	США	Удовлетворенность работой, баланс между работой и личной жизнью, поддержка со стороны семьи и профессионального сообщества

Окончание табл.

Автор	Год	<i>n</i> *	Страна	Факторы привлечения и удержания медработников
Taati Keley и соавт.	2016	6 673	Иран	Проживание в селе, прохождение производственной практики и опыт работы в селе, мужской пол
Boonluksiri и соавт.	2018	10 018	Таиланд	Местонахождение образовательного учреждения в сельской местности
Ehsani-Chimeh и соавт.	2018	30 569	Иран	Состояние в браке, развитая инфраструктура, заработная плата
Flores и соавт.	2021	102	Филиппины	Условия труда, состояние в браке, карьерный рост, заработная плата, предоставление жилья
Prust и соавт.	2019	474	Замбия	Опыт работы в селе, улучшение жилищных условий/предоставление жилья, выплата стипендий
Sidibé и соавт.	2019	186	Зап. Африка	Проживание в селе, месторасположение образовательного учреждения в сельской местности
Mollahalilođlu и соавт.	2015	1 340	Турция	Возможность карьерного роста и развития профессиональных навыков
Okoroafor и соавт.	2022	145	Нигерия	Условия работы и жилья, наличие качественного школьного образования в сельской местности
Lawan и соавт.	2017	261	Нигерия	Развитая инфраструктура, питьевая вода и электричество, школы для детей
Boadi-Kusi и соавт.	2018	337	Гана	Материальное стимулирование, улучшение жилищных условий, карьерный рост
Доцанникова О.А. и соавт.	2020	561	Россия	Зарботная плата, карьерный и профессиональный рост, родственные связи, жилищные условия
Окунева Г.Ю. и соавт.	2021	280	Россия	Материальное стимулирование, предоставление жилья, проживание в сельской местности, возможности профессионального и карьерного роста, улучшение условий труда

* количество участников.

Практики привлечения и удержания медицинских работников в сельской местности

На основании анализа публикаций все стратегии соответственно применяемым в них мерам можно объединить в три основные направления: финансовое, организационное и образовательное.

Финансовые меры привлечения и удержания медицинских работников

Согласно анализу исследований, существует три варианта применения финансовых мер привлечения и удержания медицинского персонала. Первый вариант – продолжительное ежемесячное стимулирование, при котором работник получает фиксированную надбавку к заработной плате. Такая система внедрена, например, в Индии: к 2011 г. было трудоустроено 1 319 специалистов, и число вакантных мест в медицинских организациях сократилось с 90 до 45% [35]. В Бангладеш предусмотрены финансовые льготы для врачей, работающих в отдаленных районах, в размере 33% от базовой ставки заработной платы, но не более 38 долл. в месяц [36]. В Танзании предусмотрена выплата суточных и жилищных пособий, а также приняты меры для размещения прибывающих в малонаселенные районы специалистов в домах других медицинских работников до того, как первые снимут жилье [37].

Второй вариант финансового стимулирования – надбавка к стипендии для студентов целевого обучения. Согласно данным Z. Marsh и соавт. (2019), в Великобритании с начала внедрения стипендиальной программы за 3 года удалось привлечь более 220 медицинских сестер [38]. Также существует ва-

риант единоразовых выплат с незначительным повышением размера оплаты. В Китае внедрена программа, учитывающая стаж работы в отдаленных районах: при стаже работы >5 лет – 50–200 тыс. юаней; выпускники медвузов, отработавшие в селе >1 года, получают премию 10–30 тыс. юаней. С начала реализации программы доля специалистов, желающих работать в сельских районах, выросла с 1,09% в 2013 г. до 6,49% в 2016 г. [39].

Организационные меры привлечения и удержания медицинских работников

По результатам исследований финансовые стимулы являлись второстепенными и менее эффективными по сравнению с нематериальными факторами [29]. Согласно С. Marchand и соавт. (2017), стратегии, направленные на признание профессиональным сообществом, удовлетворенность работой, являются более важными, чем финансовые [40]. Аналогичные результаты получены в исследовании L. Tudor Car и соавт. (2021) [41]. По данным N. Sirili и соавт. (2018), для удержания врачей в сельских медицинских организациях эффективна разработка индивидуальных планов профессионального и карьерного роста респондентов [37]. Внедрение практики наставничества также оказывает значительное влияние на удержание специалистов в сельской местности. Согласно D.M. Gumede и соавт. (2021), внедрение практики наставничества с 2002 г. позволило привлечь к работе в труднодоступные районы Южной Африканской Республики более 300 врачей [42].

По данным R. Schaefer и соавт. (2021), введение гибкого графика работы и возможность трудоустрой-

ства на неполный рабочий день для врачей и среднего медицинского персонала позволило удерживать наиболее ценные кадры, предотвратить профессиональное выгорание, обеспечить стабильность и преемственность в команде специалистов [43]. Аналогичная стратегия успешно применяется в Австралии: согласно результатам исследования V.P. Weale и соавт. (2017, $n = 108$), она позволила увеличить удовлетворенность работой, а также поддерживать баланс между работой и личной жизнью [44]. В исследовании A. Honda и соавт. (2015, Мозамбик) предоставление возможностей для профессионального развития в медицинских организациях оказывало существенное влияние на удовлетворенность работой [45].

Образовательные меры привлечения и удержания медицинских работников

Важно поддерживать потребность специалистов здравоохранения в непрерывном обучении на протяжении всей карьеры. В проекте, описанном R. Shah и соавт. (2021), за 2017 г. в пять труднодоступных районов Гвинеи направлены 611 медицинских работников, из них по истечении 12 мес 18% собирались покинуть свое место работы, а с оставшимися проведены полуструктурированные интервью, показавшие, что мотивацией врачей работать в труднодоступных районах являлась возможность дальнейшего непрерывного обучения [46].

В Южной Африканской Республике работает программа обучения врачей на базе сельских медицинских организаций (децентрализованно), ориентированная на потребности специалистов. По состоянию на 2020 г., девять выпускников закончили обучение и остались работать в труднодоступных районах [47]. В США, штат Висконсин, с 2007 г. реализуется программа обучения студентов из села на базе сельских медвузов: 51% студентов остаются там работать [48]. Данные образовательные программы также эффективно применялись в Канаде, Австралии, Филиппинах, Южной Африке, Мали, Таиланде и других странах [49–51].

По результатам исследования T. Woolley и соавт. (2018, $n = 283$), 31% выпускников учреждений социально ответственного медобразования на базе сельских медицинских организаций остались работать в малонаселенных районах по сравнению с 7% выпускников обычных образовательных учреждений ($p < 0,001$) [52]. Проведенное M.R. McGrail и соавт. (2016, $n = 610$) исследование в Австрии показало сильную связь между происхождением и обучением респондентов в сельской местности и выбором

последующего места работы: 74–91% респондентов, имеющих сельское происхождение, и 87–95% прошедших обучение в сельской местности, оставались работать там же на протяжении первых 5 лет после аккредитации, при этом этот эффект усиливался в сочетании с сельским происхождением (ОШ = 24; 95%ДИ: 13–43) [53]. В исследовании P. Boonluksiri и соавт. (2018) с участием 10 018 врачей, из которых 21% проживали в сельской местности, работу в сельских медицинских организациях выбрали 5 774 человека (57,6%), и те, кто окончил подобную программу в Таиланде, существенно чаще оставались работать в селе по сравнению с остальными коллегами (62,3% и 49,0%, $p < 0,001$) [54].

В Норвегии с 2014 г. применяется модель ранней регистрации и приоритетного зачисления выпускников в ординатуру на базе сельских медицинских организаций. Согласно исследованию M. Gaski и соавт. (2018, $n = 388$), доля выпускников, записавшихся в ординатуру раньше срока и оставшихся работать в труднодоступных районах (29%), была в 2 раза больше по сравнению с остальными респондентами (15%) [55].

ПРАКТИКИ ПРИВЛЕЧЕНИЯ И УДЕРЖАНИЯ МЕДРАБОТНИКОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В РОССИИ

Ряд вышеуказанных мер успешно применяется и в здравоохранении Российской Федерации. С 2012 г. реализуются программы «Земский доктор», с 2015 г. – «Земский фельдшер», по которым медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим на работу в село, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, предоставляется единовременная выплата в размере до 2 млн руб.¹ Согласно В.М. Чернышевой и соавт. (2022), реализация программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» в Сибирском федеральном округе не привела к росту обеспеченности медицинскими работниками. В 2016–2020 гг. обеспеченность врачами сократилась с 15,1 до 13,5 (на 10 тыс. населения); обеспеченность средним медицинским персоналом – с 59,1 до 54,2 (на 10 тыс. населения). Однако ограничением данного исследования стало сравнение участия в программе с обеспеченностью кадрами; не учитывалось количество специалистов, выбывших из профессии [56].

Согласно Д.А. Бугаеву и соавт. (2019), наибольшее число договоров по программе «Земский доктор» в Ставропольском крае было заключено в 2012 г. ($n = 259$), наименьшее – в 2016 г. ($n = 70$) [57]. По ре-

¹ Постановление Правительства Российской Федерации (2022) «О внесении изменений в приложение № 5 к государственной программе Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» от 22.04.2022 № 739.

зультатам исследования В.В. Зубкова и соавт. (2019), за период реализации программы (2012–2017 гг.) дефицит врачей в сельских районах Хабаровского края сократился на 30%, а к работе в медицинских организациях всех районов было привлечено 202 врача [58]. В исследовании М.В. Кинчагуловой (2018) в Тюменской области, благодаря реализации программы, общая численность врачей села в 2017–2011 гг. выросла на 30,2% (844 человека) [59]. По итогам мониторинга А.В. Данилова (2018), в Воронежской области за 2012–2017 гг. 466 медицинских работников переехали в сельскую местность, 74 – в рабочие поселки и 23 – в поселки городского типа [60]. Всего с 2012 по 2021 г. в реализации программы приняли участие 52 тыс. медицинских работников. В 2021 г., благодаря единовременным денежным выплатам, было привлечено около 6 тыс. человек.

В ряде субъектов Российской Федерации реализуются иные меры поддержки. В Ленинградской области с 2013 г. предусмотрена поддержка работников в виде ежегодных выплат в размере 120 тыс. руб. В 2017 г. выплаты получили 530 человек из числа следующих специалистов стационаров: врачи анестезиологи-реаниматологи, врачи-неонатологи, врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, врачи-фтизиатры [61]. В Калининградской области врачам предоставляется единовременная выплата при первом трудоустройстве в государственную медицинскую организацию в размере от 300 до 900 тыс. руб.¹ В Ленинградской, Псковской, Мурманской, Новгородской, Владимирской, Оренбургской, Воронежской и ряде других областей специалистам, проживающим в сельской местности, предоставляется компенсация расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг, служебные жилые помещения, льготная ипотека, а также производится частичная оплата найма жилья [60, 62, 63]. Согласно О.А. Доцанниковой и соавт. (2018), в Нижегородской области в период 2006–2017 гг. в результате реализации программ поддержки молодых специалистов в сельских районах удалось привлечь более 1 200 врачей [64].

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре в качестве мер социальной поддержки лиц, прибыв-

ших из других регионов Российской Федерации и заключивших трудовые договоры, выступает оплата стоимости переезда работника и членов его семьи в автономный округ в пределах территории Российской Федерации; оплачиваемый отпуск продолжительностью семь календарных дней для обустройства на новом месте, единовременная выплата в размере двух должностных окладов плюс пособие на каждого члена семьи, а также возмещение расходов по найму жилого помещения приглашенным специалистам в размере от 50 до 100% стоимости найма². Кроме того, выпускникам учреждений среднего и высшего профессионального образования в возрасте до 30 лет, заключившим трудовой договор с медицинской организацией, предусмотрена единовременная выплата в размере до двух месячных фондов оплаты труда.

В Оренбургской области с 2017 г. реализуется практика наставничества, направленная на повышение уровня компетенций молодых специалистов первые 12–24 мес их работы³. В 2017–2019 гг. к данной практике привлечено 65 медицинских организаций, 1 470 молодых специалистов и 740 наставников.

Аналогичные меры применяются в Ульяновской области. С 2013 г. более 2 000 медицинских работников включены в систему наставничества, а количество трудоустроенных выпускников увеличилось с 64 до 83% в 2016–2018 гг.⁴

Еще одним важным мероприятием по привлечению и удержанию молодых специалистов, реализуемым в Российской Федерации, является стимулирующая ежемесячная выплата в период обучения в медвузах при заключении договора о целевом обучении, которое реализуется по всей стране. В Сахалинской области, например, студентам помимо ежемесячной выплаты в период обучения предусмотрено покрытие дополнительных платных образовательных услуг, оказываемых за рамками образовательной программы, компенсация расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений в период обучения, а также оплата проезда к месту прохождения практики, практической части ординатуры и доплата на период ее прохождения⁵.

¹ Постановление Правительства Калининградской области от 15.08.2014 № 520 «Об установлении порядка предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям лиц, обучающихся, завершивших обучение в государственных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по программам интернатуры или ординатуры».

² Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 29.10.2015 № 13-нп «Об утверждении Примерного положения об установлении системы оплаты труда работников медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

³ Распоряжение Министерства здравоохранения Оренбургской области от 07.09.2017 № 1949 «Об утверждении Положения о наставничестве в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Оренбургской области».

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 7 октября 2019 года № 1296 «Об утверждении Положения о наставничестве на государственной гражданской службе Российской Федерации».

⁵ Паспорт регионального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами (Сахалинская область)».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ литературы показал, что существует множество факторов, влияющих на выбор места работы медицинских работников, их привлечение и удержание в селе. Все изучаемые в настоящем исследовании факторы объединены в четыре основные группы: финансовые, социальные, карьерные (профессиональные), личностные. При этом для отдельных категорий специалистов данные факторы имели разную степень значимости. Наиболее часто упоминаемыми в научной литературе оказались финансовые факторы: уровень заработной платы, наличие стипендий и субсидий в период обучения, которые были актуальными для молодых специалистов. Особого внимания заслуживают личностные факторы: сельское происхождение, а также обучение и прохождение производственной практики медицинскими работниками в селе. Результаты многочисленных исследований доказали их связь с удержанием и желанием работать в труднодоступных районах. Вместе с тем необходимы дополнительные исследования для понимания «профиля» будущего сельского врача, включающего географическое происхождение, пол, черты характера и другие факторы, что послужит основой для политики отбора и приема на работу, а также консультирования абитуриентов и старшеклассников перед поступлением в вузы.

На сегодняшний день для решения проблемы привлечения и удержания специалистов в отрасли применяются различные стратегии – довольно часто наблюдается сочетание разнообразных методов и практик. Выбор конкретных мер должен основываться на глубоком понимании особенностей кадровых ресурсов в здравоохранении, что требует всестороннего анализа рынка труда, распределения кадров по географическим районам, а также факторов, влияющих на решение остаться или покинуть сельские районы.

По результатам проведенного анализа современные стратегии можно разделить на три направления: финансовые, организационные и образовательные. Первым, наиболее эффективным, малозатратным и доступным, с точки зрения проведенного исследования, блоком мероприятий являются образовательные меры. На основании изученного опыта зарубежных стран образовательные меры включают: проведение производственной практики в селе с целью знакомства студентов с особенностями работы в сельских медицинских организациях; организацию децентрализованного обучения на базе сельских медицинских организаций; работу с абитуриентами, проживающими в селе в рамках приемной кампании; размещение медицинских колледжей и вузов в сельских районах;

разработку программ непрерывного медицинского образования и профессионального развития, отвечающих потребностям сельских работников.

Вторым блоком мероприятий является финансовое стимулирование: стипендии для студентов, обучающихся по целевому договору; единовременные выплаты при работе в сельской местности; повышающий коэффициент к заработной плате.

Важное значение для специалистов имеет возможность выбора одного из описанных выше мер финансового стимулирования. Третьим блоком являются организационные меры, среди которых: повышение удовлетворенности работой за счет улучшений условий труда в сельской местности, внедрения гибкого графика работы; улучшение условий жизни (повышение социального статуса медицинского работника); создание возможности для развития карьеры; создание устойчивых горизонтальных коммуникаций между городскими и сельскими медицинскими организациями.

Несмотря на то что существующие практики признают многомерное и взаимосвязанное влияние различных аспектов, часто они сложны и не поддерживают разработку стратегических действий. Кроме того, в большинстве стран не проводится оценка эффективности проводимых мероприятий, что тормозит масштабируемость и передачу накопленного опыта. Приверженность к мониторингу и оценке внедренных мероприятий имеет важное значение для выявления ограничений при их реализации, пересмотра политик по мере необходимости, извлечения ценных уроков, создания доказательной базы и улучшения понимания того, как и почему конкретные вмешательства работают в одних, но не работают в других условиях. Именно поэтому мониторинг и оценка должны быть интегрированы в план реализации предложенных мероприятий.

Результаты, полученные в ходе проведения настоящего обзора, свидетельствуют, что в Российской Федерации реализуется большая часть мировых практик по привлечению и удержанию специалистов в сельских районах. Однако существуют мероприятия, которые не нашли своего применения в нашей стране: разработка индивидуальных планов профессионального и карьерного роста для респондентов со степенью кандидата или доктора наук; введение гибкого графика работы для врачей дефицитных специальностей; обучение на базе сельских медицинских организаций, в том числе децентрализованно; разработка и реализация программ ординатуры на базе сельских медицинских организаций с выездной аккредитацией.

Данные практики могут стать дополнительными при формировании региональных программ по раз-

витию кадрового потенциала здравоохранения, увеличивающие их эффективность.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Obamiro K.O., Tesfaye W.H., Barnett T. Strategies to increase the pharmacist workforce in rural and remote Australia: a scoping review. *Rural Remote Health*. 2020;20(4):5741. DOI: 10.22605/RRH5741.
2. WHO. 2016. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva, Switzerland.
3. Инвестиции с социальной отдачей – Газета Коммерсантъ № 93 (7294) от 30.05.2022. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/5379613>
4. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru>
5. Marchand C., Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br. J. Gen. Pract.* 2017;67(657):e227–237. DOI: 10.3399/bjgp17X689929.
6. Nguyen V.A.T., Könings K.D., Wright E.P., Luu H.N., Scherpier A.J.J.A., van Merriënboer J.J.G. Working in preventive medicine or not? Flawed perceptions decrease chance of retaining students for the profession. *Hum. Resour. Health*. 2019;17(1):31. DOI: 10.1186/s12960-019-0368-2.
7. Hu Y., Xu J., Dong W., Yuan Z., Sun X. Strategies to correct the shortage of paediatricians in China. *Lancet Lond. Engl.* 2018;392(10145):385. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31192-9.
8. Chotchoungchachai S., Marshall A.I., Witthayapipopsakul W., Panichkriangkrai W., Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V. Primary health care and sustainable development goals. *Bull. World Health Organ.* 2020;98(11):792–800. DOI: 10.2471/BLT.19.245613.
9. Danish A., Champagne F., Blais R. Theoretical analysis of policies to improve the recruitment and retention of rural physicians. *Aust. J. Rural Health.* 2020;28(5):427–433. DOI: 10.1111/ajr.12666.
10. Buchan J., Couper I.D., Tangcharoensathien V., Thepannya K., Jaskiewicz W., Perfilieva G. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bull. World Health Organ.* 2013;91(11):834–840. DOI: 10.2471/BLT.13.119008.
11. Malatzky C., Cosgrave C., Gillespie J. The utility of conceptualisations of place and belonging in workforce retention: A proposal for future rural health research. *Health Place*. 2020;62:102279. DOI: 10.1016/j.healthplace.2019.102279.
12. Witt J. Physician recruitment and retention in Manitoba: results from a survey of physicians' preferences for rural jobs. *Can. J. Rural Med.* 2017;22(2):43–53.
13. Nurelhuda N., Bashir A., ElKogali S., Mustafa M., Kruk M., Aziz M.A. Encouraging junior doctors to work in rural Sudan: a discrete choice experiment. *East. Mediterr. Health J.* 2018;24(9):838–845. DOI: 10.26719/2018.24.9.838.
14. Efendi F., Chen C.M., Nursalam N., Andriyani N.W.F., Kurniati A., Nancarrow S.A. How to attract health students to remote areas in Indonesia: a discrete choice experiment. *Int. J. Health Plann. Manage.* 2016;31(4):430–445. DOI: 10.1002/hpm.2289.
15. Okoroafor S.C., Ongom M., Salihu D., Mohammed B., Ahmat A., Osubor M. et al. Retention and motivation of health workers in remote and rural areas in Cross River State, Nigeria: a discrete choice experiment. *J. Public Health Oxf. Engl.* 2021;43(1):i46–53. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa236.
16. Berman L., Nkhoma L., Prust M., McKay C., Teshome M., Banda D. et al. Analysis of policy interventions to attract and retain nurse midwives in rural areas of Malawi: A discrete choice experiment. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253518. DOI: 10.1371/journal.pone.0253518.
17. Смиянов В.А., Смиянова О.И., Грузиева Т.С., Выговская Л., Руденко Л.А. Изучение мотивационных факторов у врачей в отношении повышения качества медицинской помощи. *Wiadomosci Lekarskie*. 2017;70(1):27–31.
18. Дошанникова О.А., Поздеева Т.В., Филиппов Ю.Н. Социальный портрет современного сельского врача – реалии и перспективы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020;66(1):7. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-7.
19. Prust M.L., Kamanga A., Ngosa L., McKay C., Muzongwe C.M., Mukubani M.T. et al. Assessment of interventions to attract and retain health workers in rural Zambia: a discrete choice experiment. *Hum. Resour. Health*. 2019;17(1):26. DOI: 10.1186/s12960-019-0359-3.
20. Prengaman M., Terry D.R., Schmitz D., Baker E. The nursing community appar questionnaire in rural Australia: An evidence based approach to recruiting and retaining nurses. *Online J. Rural Nurs. Health Care*. 2017;17(2):148–171.
21. Okoroafor S.C., Osobor M.K., Nwachukwu C. Factors influencing attraction and retention of frontline health workers in remote and rural areas in Nigeria: a discrete choice experiment. *J. Public Health Policy*. 2022;43(3):347–359. DOI: 10.1057/s41271-022-00351-z.
22. Lawan U., Amole G., Khayi J. Rural posting experience, requests for transfer, and perspectives about critical factors for staff retention among primary health care workers in urban Kano, Nigeria. *Niger. J. Clin. Pract.* 2017;20(1):25. DOI: 10.4103/1119-3077.178946.
23. Boadi-Kusi S.B., Kyei S., Okyere V.B., Abu S.L. Factors influencing the decision of GHANAIAN optometry students to practice in rural areas after graduation. *BMC Med. Educ.* 2018;18(1):188. DOI: 10.1186/s12909-018-1302-3.
24. Ashkenazi Y., Gordon M., Rosen B. Using financial incentives to attract medical residents to the periphery: The Israeli experience. *Health Policy Amst. Neth.* 2019;123(1):80–86. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.10.006.
25. Nguyen V.A.T., Könings K.D., Wright E.P., Kim G.B., Luu H.N., Scherpier A.J.J.A. et al. Why do graduates choose to work in a less attractive specialty? A cross-sectional study on the role of personal values and expectations. *Hum. Resour. Health*. 2020;18(1):32. DOI: 10.1186/s12960-020-00474-y.
26. Thi Nguyen V.A., Könings K.D., Scherpier A.J.J.A., van Merriënboer J.J.G. Attracting and retaining physicians in less attractive specialties: the role of continuing medical education. *Hum. Resour. Health*. 2021;19(1):69. DOI: 10.1186/s12960-021-00613-z.
27. Mollahalilođlu S., Uđurluođlu Ö., İpyk O., Kosdak M., Tapkaya S. Factors affecting the work of physicians in rural areas of Turkey. *Rural Remote Health*. 2015;15(3):3048.

28. Окунева Г.Ю., Лусевич Е.С., Щербакова А.И. Мнение студентов-медиков о трудоустройстве в сельской местности, о программе «Земский доктор». Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2021:127–132.
29. Morken C., Bruksch-Meck K., Crouse B., Traxler K. Factors influencing rural physician retention following completion of a rural training track Family Medicine Residency Program. *WMJ Off. Publ. State Med. Soc. Wis.* 2018;117(5):208–210.
30. Taati Keley E., Ravaghi H., Salehi M., Nasiripour A.A., Abdi Z., Meshkini A. Relationship between personal characteristics of specialist physicians and choice of practice location in Iran. *Rural Remote Health.* 2016;16(2):3412.
31. Sidibé C.S., Touré O., Broerse J.E.W., Dieleman M. Rural pipeline and willingness to work in rural areas: Mixed method study on students in midwifery and obstetric nursing in Mali. *PloS One.* 2019;14(9):e0222266. DOI: 10.1371/journal.pone.0222266.
32. Lee J., Walus A., Billing R., Hillier L.M. The role of distributed education in recruitment and retention of family physicians. *Postgrad. Med. J.* 2016;92(1090):436–440. DOI: 10.1136/postgradmedj-2015-133577.
33. Ehsani-Chimeh E., Majdzadeh R., Delavari S., Gharebagh M.N., Rezaei S., Rad E.H. Physicians' retention rate and its effective factors in the Islamic Republic of Iran. *East. Mediterr. Health J.* 2018;24(9):830–837. DOI: 10.26719/2018.24.9.830.
34. Flores E.L.L., Manahan E.M.R., Lacanilao M.P.B., Ladaw I.M.B.T., Mallillin M.M.B., Mappatao N.T.Q. et al. Factors affecting retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program from 2012 to 2019: a mixed methods study. *BMC Health Serv. Res.* 2021;21(1):1201. DOI: 10.1186/s12913-021-07219-0.
35. Lisam S., Nandi S., Kanungo K., Verma P., Mishra J.P., Mairembam D.S. Strategies for attraction and retention of health workers in remote and difficult-to-access areas of Chhattisgarh, India: Do they work? *Indian J. Public Health.* 2015;59(3):189–195. DOI: 10.4103/0019-557X.164656.
36. Rawal L.B., Joarder T., Islam S.M.S., Uddin A., Ahmed S.M. Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: a policy analysis. *Hum. Resour. Health.* 2015;13:36. DOI: 10.1186/s12960-015-0030-6.
37. Sirili N., Frumence G., Kiwara A., Mwangi M., Anaali A., Nyamhanga T. et al. Retention of medical doctors at the district level: a qualitative study of experiences from Tanzania. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18(1):260. DOI: 10.1186/s12913-018-3059-0.
38. Marsh Z., Walford L., Baker R.R., Cannaby A.M., Singh B.M. Attracting and retaining nurses through a clinical fellowship programme. *Br. J. Nurs.* 2019;28(18):1207–1209. DOI: 10.12968/bjon.2019.28.18.1207.
39. Jing L., Liu K., Zhou X., Wang L., Huang Y., Shu Z. et al. Health-personnel recruitment and retention target policy for health care providers in the rural communities: A retrospective investigation at Pudong New Area of Shanghai in China. *Int. J. Health. Plann. Manage.* 2019;34(1):e157–167. DOI: 10.1002/hpm.2618.
40. Marchand C., Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br. J. Gen. Pract.* 2017;67(657):e227–237. DOI: 10.3399/bjgp17X689929.
41. Tudor Car L., Teng Y.S., How J.W., Nazri N.N.B.M., Tan A.L.X., Quah J. et al. Priorities for family physician and general practitioner recruitment and retention in Singapore: a PRIORITIZE study. *BMC Fam. Pract.* 2021;22(1):229. DOI: 10.1186/s12875-021-01570-1.
42. Gumede D.M., Taylor M., Kvalsvig J.D. Engaging future healthcare professionals for rural health services in South Africa: students, graduates and managers perceptions. *BMC Health. Serv. Res.* 2021;21(1):220. DOI: 10.1186/s12913-021-06178-w.
43. Schaefer R., Jenkins L.S., North Z. Retaining doctors and reducing burnout through a flexible work initiative in a rural South African training hospital. *Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med.* 2021;13(1):e1–5. DOI: 10.4102/phcfm.v13i1.2799.
44. Weale V.P., Wells Y.D., Oakman J. Flexible working arrangements in residential aged care: applying a person-environment fit model. *Asia Pac. J. Hum. Resour.* 2017;55(3):356–374. DOI: 10.1111/1744-7941.12142.
45. Honda A., Vio F. Incentives for non-physician health professionals to work in the rural and remote areas of Mozambique—a discrete choice experiment for eliciting job preferences. *Hum. Resour. Health.* 2015;13:23. DOI: 10.1186/s12960-015-0015-5.
46. Shah R., Nayar V., Grzesiak A. A survey of the retention of GPs following the induction and refresher scheme in London. *Educ. Prim. Care.* 2021;32(4):226–229. DOI: 10.1080/14739879.2021.1907791.
47. Bruksch-Meck K., Crouse B., Quinn G., McCart L., Traxler K. Graduate Medical Education Initiatives to Develop the Physician Workforce in Rural Wisconsin. *WMJ Off. Publ. State Med. Soc. Wis.* 2018;117(5):201–207.
48. Bryden B., Bryden M., Steer-Massaro J., Malope S. Family Medicine Training in Lesotho: A strategy of decentralized training for rural physician workforce development. *Front. Med.* 2021;7:582130. DOI: 10.3389/fmed.2020.582130.
49. Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural Remote Health.* 2016;16(2):4033.
50. O'Sullivan B.G., Couper I., Kumar P., McGrail M.R. Editorial: Effective Strategies to Develop Rural Health Workforce in Low and Middle-Income Countries (LMICs). *Front. Public Health.* 2021;9:702362. DOI: 10.3389/fpubh.2021.702362.
51. Johnson G., Byun R., Foster K., Wright F., Blinkhorn A. A longitudinal workforce analysis of a Rural Clinical Placement Program for final year dental students. *Aust. Dent. J.* 2019;64(2):181–192. DOI: 10.1111/adj.12691.
52. Woolley T., Cristobal F., Siega-Sur J., Ross S., Neusy A.J., Halili S. et al. Positive implications from socially accountable, community-engaged medical education across two Philippines regions. *Rural Remote Health.* 2018;18(1):4264. DOI: 10.22605/RRH4264.
53. McGrail M.R., Russell D.J., Campbell D.G. Vocational training of general practitioners in rural locations is critical

- for the Australian rural medical workforce. *Med. J. Aust.* 2016;205(5):216–221. DOI: 10.5694/mja16.00063.
54. Boonluksiri P., Tumviriyakul H., Arora R., Techakehajib W., Chamnan P., Umthong N. Community-based learning enhances doctor retention. *Educ. Health Abingdon Engl.* 2018;31(2):114–118. DOI: 10.4103/efh.Efh_153_17.
 55. Gaski M., Abelsen B. Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas. *Int. J. Circumpolar. Health.* 2017;76(1):1314415. DOI: 10.1080/22423982.2017.1314415.
 56. Чернышев В.М., Воевода М.И., Стрельченко О.В., Мингазов И.Ф. Сельское здравоохранение России. Состояние, проблемы, перспективы. *Сибирский научный медицинский журнал.* 2022;42(4):4–14. DOI: 10.18699/SSMJ20220401.
 57. Бугаев Д.А. Кадровое обеспечение травматолого-ортопедической службы субъекта Российской Федерации в условиях реализации программы «Земский доктор». *Менеджер здравоохранения.* 2019;2:53–58.
 58. Зубков В.В. Миграционный потенциал молодежи в системе мер государственной региональной политики. *Власть и управление на Востоке России.* 2019;1(86):147–155.
 59. Кинчагулова М.В., Брынза Н.С., Горбунова О.П., Решетникова Ю.С. Результаты реализации программы «Земский доктор» в Тюменской области. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2018;62(6):89–294. DOI: 10.18821/0044-197X-2018-62-6-289-294.
 60. Данилов А.В., Литвинова Т.Д., Загитова В.А. Итоги реализации программы «Земский доктор» на территории Воронежской области за 2012–2017 годы. *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2018;21(1):24–32.
 61. Привлечение медицинских работников на работу в учреждения здравоохранения, в т.ч. в сельское здравоохранение. Лужская межрайонная больница. URL: <http://lugamb.ru/job/invite-new-workers>
 62. Льготы и субсидии врачам и медицинским работникам ГБУЗов Владимирской области. URL: <https://medicine33.com/subsidies>
 63. Никулина Ю.Н. Актуальные аспекты кадрового обеспечения учреждений здравоохранения. *Образование и наука: современные тренды.* 2016;1:104–112.
 64. Дошанникова О.А., Поздеева Т.В., Филиппов Ю.Н., Хлапов А.Л. Роль региональных программ социально-экономического стимулирования в привлечении врачебных кадров в систему сельского здравоохранения. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2018;62(4):172–180. DOI: 10.18821/0044-197X-2018-62-4-172-180.

Информация об авторах

Чигрина Валерия Петровна – мл. науч. сотрудник, отдел научных основ организации здравоохранения, ЦНИИОИЗ, г. Москва, chigrinavp@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5044-4836>

Тюфиллин Денис Сергеевич – начальник управления стратегического развития здравоохранения, ЦНИИОИЗ, г. Москва, tyufilinds@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9174-6419>

Деев Иван Анатольевич – д-р мед. наук, профессор, зам. директора по организации здравоохранения, ЦНИИОИЗ, г. Москва, deevia@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4449-4810>

Кобякова Ольга Сергеевна – д-р мед. наук, профессор, директор ЦНИИОИЗ, г. Москва, kobyakovaos@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0098-1403>

(✉) **Чигрина Валерия Петровна**, chigrinavp@mednet.ru

Поступила в редакцию 11.10.2022;
одобрена после рецензирования 03.11.2022;
принята к публикации 10.11.2022