

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ

Койчуева С.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355017, г. Ставрополь, Российская Федерация

В статье представлен зарубежный опыт подготовки и закрепления медицинских кадров в сельских районах. Среди имеющихся программ наибольшей эффективностью отличаются следующие: использующие финансовые стимулы для привлечения врачей в районы, где имеется дефицит врачебных кадров; использующие имеющиеся или сформированные связи студентов-медиков с сельскими районами.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Койчуева С.М. Зарубежный опыт обеспечения медицинскими кадрами сельских районов // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. Т. 11, № 1. С. 76–85. doi: 10.24411/2220-8453-2020-11005.

Статья поступила в редакцию 20.11.2019. **Принята в печать** 25.02.2020.

Ключевые слова: медицинское образование, карьера в здравоохранении, профессиональная ориентация, целевое обучение студентов-медиков

FOREIGN EXPERIENCE IN PROVIDING MEDICAL PERSONNEL IN RURAL AREAS

Koychueva S.M.

Stavropol State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 355017, Stavropol, Russian Federation

In the article foreign experience in training and retaining medical personnel in rural areas is represented. Among existing programs, the following are most effective: programs that use financial incentives to attract medical personnel to areas with shortage of healthcare workers; programs that use existing or formed connections between medical students and rural areas.

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

For citation: Koychueva S.M. Foreign experience in providing medical personnel in rural areas. Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie [Medical Education and Professional Development]. 2020; 11 (1): 76–85. doi: 10.24411/2220-8453-2020-11005. (in Russian)

Received 20.11.2019. **Accepted for publication** 25.02.2020.

Keywords: medical education, career in the healthcare industry, professional orientation, target medical students' learning

Всемирная организация здравоохранения отмечает, что в отрасли здравоохранения повсеместно отмечается дефицит кадров [1, 2], особенно явный в сельских и отдаленных районах [2]. Обеспечение медицинскими работниками этих районов

имеет решающее значение для здоровья населения [1]. Среди причин дефицита врачей отмечают старение и рост численности населения, а также новые проблемы со здоровьем, что делает все более актуальным обеспечение доступа к первичной

медицинской помощи высокого качества [3]. Это актуально и для развитых стран, к которым относится Великобритания [4]. Дефицит врачей может привести к ликвидации 543 рабочих точек врачей общей практики [5]. К 2020 г. потребуется еще 8000 врачей общей практики [5, 6]. Хотя в середине 1980-х гг. общая практика была самым популярным выбором профессии для студентов-медиков [7], в последнее время она стала менее популярной, чем работа в стационарах. При этом большинство студентов рассматривали ее как резерв при выборе медицинской специальности [8].

Представители медицинских специальностей часто сталкиваются с выгоранием и стрессом из-за растущей нагрузки и ограниченных ресурсов [9, 10]. Из-за этих причин в Великобритании 30% всех врачей общей практики в ближайшие 5 лет хотели бы оставить работу с пациентами [11]. Все чаще врачи хотели бы работать неполный рабочий день или иметь гибкий график работы. Это происходит как из-за увеличения числа женщин-врачей, так и из-за изменения жизненных стереотипов у врачей обоих полов [12]. Некоторые развитые государства ранее решали проблему дефицита врачей путем набора выпускников из других стран, сейчас этот путь не позволяет решить все проблемы с нехваткой врачей. Например, в Англии количество вновь зарегистрированных индийских врачей сократилось с 3640 в 2004 г. до 340 человек в 2013 г. [13]. Кроме того, ожидается, что 16% врачей общей практики за пределами Европейского экономического пространства выйдут на пенсию в течение следующих 5–10 лет [14].

Известны международные стратегии по решению проблем набора и сохра-

нения врачей первичного звена здравоохранения [4, 15]. Очевидно, что значительные изменения отрасли здравоохранения требуют надежного плана, экспериментального тестирования и сбора фактических данных о методах кадрового обеспечения здравоохранения [16], что может потребовать изменить бизнес-модель и профессиональную культуру для стабилизации рабочей силы и улучшения ее морального духа [17]. О важности этой проблемы свидетельствует то, что, например, в Великобритании было выделено 10 млн фунтов стерлингов на реализацию стратегического плана по наращиванию потенциала рабочей силы [15]. Конечная цель – ликвидация дефицита медицинских кадров, предполагает 3 основных направления деятельности: набор, сохранение и поддержку врачей. Деятельность предполагает осуществление маркетинговой кампании и подготовку видео по набору персонала [18], отправку писем всем выпускникам медицинских вузов с описанием положительных аспектов будущей карьеры, а также дополнительное проведение годового тренинга для набора стажеров в районы, где имеется дефицит врачей. Опытным врачам общей практики к концу их карьеры будут предложены стимулы, чтобы они продолжили свою работу, и возможности для развития портфельной карьеры. Предложены инновационные способы управления рабочей нагрузкой врачей общей практики, такие как использование врачей, медицинских сестер, клинических фармацевтов и других смежных медицинских профессий [19]. Кроме этого, существуют и другие стратегии, изучение которых и стало целью данной работы.

Цель исследования – изучить имеющиеся стратегии по ликвидации дефицита врачей в сельских районах и оценить их эффективность.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

После соответствующего поиска на платформе PUBMED и применения фильтров для изучения была отобрана и изучена 51 работа (17 релевантных исследований, проведенных в США, 12 – в Великобритании, 8 – в Австралии, 5 – в Канаде, 4 – в Норвегии, 2 – в Японии, 2 – в Новой Зеландии и 1 – в Чили).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В качестве примера эффективных программ приведем лишь некоторые. Наибольшее количество исследований в соответствующей области проводится в Соединенных Штатах Америки, среди них описаны следующие организационные технологии.

1. *Погашение ссуды.* До 50 000 долл. США для погашения студенческих ссуд медицинских работников выдается в обмен на 2-летнее обязательство работать в районе с высокими потребностями во врачах.

2. *Выплата стипендий.* Выплачивают плату за обучение, покрывают другие расходы на образование и предоставляет стипендию на жизнь в обмен на обязательство работать не менее 2 лет в предлагаемой организации, в которой имеется нехватка врачей, с недостаточным медицинским обслуживанием. Стипендия может быть присуждена на срок до 4 лет. Служба начинается по окончании обучения. Погашение ссуды по программе «Учащиеся для работы» предоставляет студентам-медикам в последнем учебном году до 120 000 долл.

США в обмен на обязательство оказывать первичную медико-санитарную помощь полный рабочий день в течение по крайней мере 3 лет. Изучение эффективности данных технологий показало, что 82% участников программы продолжали практиковать в краткосрочной перспективе; 55% врачей продолжали практиковать в той же местности не менее 10 лет после завершения их обязательств по отработке.

Похожие программы финансового стимулирования существуют в Западной Вирджинии начиная с 1991 г.

1. Программа общественных стипендий (средняя стипендия – 42 500 долл. США для учащихся из территорий, где существует нехватка медицинских работников, которые обязуются вернуться и отработать 1 год за каждый год, в котором они получали финансовые средства).

2. Программа стипендий для студентов-медиков IV курса. Им предлагается единовременное вознаграждение в размере 20 000 долл. США как минимум за 2 года работы в районе, где не хватает врачебных кадров.

3. Общественный проект по набору врачей и их сохранению в территориях: для медицинских работников доступны до 20 000 долларов в год на срок до 6 лет (требуется вести практику – 1 год работы за каждый год финансирования).

4. Государственная программа погашения кредитов для врачей при максимальной сумме в 40 000 долл. за 2 года работы (может быть продлена еще на 2 года при возмещении кредитов по 25 000 долл. в год). Оценка результативности данной программы показала, что только 42% врачей оставили свою практику, в то время как в других сельских районах, в которых программа не работала, процент «отказников»

был значительно больше (82%) группы сравнения.

Аналогичные программы существуют под управлением Мемориального университета Ньюфаундленда (1997–2006). Он предлагает финансирование студентам-медикам и аспирантам, обучающимся семейной медицине и другим специальным программам, по которым был выявлен дефицит врачей (финансирование в обмен на услуги). Медицинская стипендия также доступна студентам-медикам III и IV курса, желающим заниматься семейной медициной. Те, кто дали согласие и получили финансирование, будут работать в Ньюфаундленде в течение 1 года за каждый год получения финансирования. При желании участники программы также могут вернуть деньги с процентами.

Анализ показал, что в сравнении с другими выпускниками, работавшими в сельских районах, только 19% выпускников данных программ покинули работу на селе по сравнению с 42% тех, кто не участвовал в данных программах.

5. Летние программы для студентов II курса. Студенты участвуют в обучении в сельской местности. Участвующая больница или клиника спонсирует студентов, и студент получает стипендию (1000–2000 долл. США). Цель программы – расширение знаний о сельской медицине, улучшение клинических навыков. 57,4% студентов, которые участвовали в данной программе, выбрали сельскую местность в качестве своего первого рабочего места.

К другим мерам поддержки в США относятся финансовые – прямые и косвенные стимулы. Прямые стимулы включают заработную плату и компенсацию оплаты за обучение, а к косвенным относятся, например,

так называемые подъемные – двойная зарплата, компенсация проезда к месту работы и служебный автомобиль. К социальным мерам поддержки относятся также возможность постоянного профессионального развития, увеличение отпуска. Внешние стимулы – стажировка в медицинской школе. 58% участников данной программы остались в сельской местности на максимальный срок (6 лет).

В Австралии с 1988 г. существует программа Cadetship, которая предлагает стипендии студентам-медикам (резидентам штата Новый Южный Уэльс) в течение последних 2 лет обучения. Отдаленные результаты функционирования данной программы показали, что 77% врачей общей практики продолжили работать в сельской местности по завершении срока обязательной отработки.

В Японии действует программа, согласно которой выпускник медицинского университета после обучения должен отработать 9 обязательных лет, 6 из них исключительно в сельской местности – в своей префектуре. В обмен для участников данной программы вся оплата за обучение на медицинском факультете отменяется.

Эти и другие зарубежные программы обеспечения сельских районов медицинскими кадрами можно было бы в целом разделить на группы: программы временного удержания врачей в сельской местности; программы повторного приема врачей в сельскую местность; программы поддержки профессионального развития или исследований; использование профессиональных рекрутеров; набор студентов из сельских районов; обучение студентов или аспирантов в сельской местности; маркетинговые программы; прием на работу выпускников из-за ру-

бежа; финансовые стимулы и смешанные вмешательства.

В исследованных работах были представлены доказательства той или иной эффективности каждой технологии.

Финансовые стимулы

Самые убедительные доказательства эффективности имели финансовые стимулы. В 11 исследованиях оценивали вмешательства, которые обеспечивали финансовые стимулы в обмен на обязательство отработать в сельской местности [20–31]. Исследование 5 программ, использующих финансовые стимулы, показало, что процент врачей, продолживших работу в сельской местности, был статистически значимо выше для участников программ, чем врачей, не имеющих обязательств по отработке в районах, где имеется кадровый дефицит [коэффициент риска 0,70, 95% доверительный интервал (ДИ) от 0,51 до 0,96] [31]. В ряде программ у врачей было в 3,2 раза меньше шансов покинуть сельские территории, где имелся дефицит врачебных кадров, если они отрабатывали полученное финансирование во время обучения в медицинской школе или во время обучения в аспирантуре [29].

Набор студентов из сельских районов

Также были найдены доказательства эффективности программ по набору студентов из сельских районов [32–37].

Международный рекрутинг

Исследования показали, что значительное число набранных из иностранных граждан врачей не остались работать в сельской местности (73%) или не завер-

шили 3-летний период обязательной отработки (30%) [38–41].

Стажировки студентов в сельской местности [42–44]

Отмечено, что более высокий процент выпускников, прошедших обучение или практику в сельской местности, впоследствии продолжили там работу, чем те, кто не проходил (26 против 7%, $p < 0,001$) [43].

Последипломная подготовка в сельских районах [45–47]

Врачи, прошедшие подготовку в общественном медицинском центре, обслуживающем общины с недостаточным уровнем обеспеченности врачебными услугами, были статистически значимо более склонны (отношение шансов 2,7, 95% ДИ от 1,6 до 4,7) работать в районах с недостаточным медицинским обслуживанием по сравнению с врачами, которые этого не делали [47].

Поддержка коллег

Выпускники, которые получали информацию о работе в сельских районах от других выпускников или старших коллег через блоги и вебсайты, отмечали, что получение социальной и/или эмоциональной поддержки помогло им выбрать работу в сельской местности [48–52].

Профессиональный рекрутинг [52–55]

Рекрутеры обеспечили целостный подход к подбору персонала, учитывая любые конкретные потребности врача, помогали поддержать врачей в процессе переезда в сельскую местность, но эффективность данной методики имеет слабые доказательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К наиболее эффективным методам обеспечения сельских районов кадрами относится набор студентов из сельских районов, прохождение ими определенных периодов обучения, практики в данных территориях. Такие врачи практикуют там статистически значимо чаще.

Было установлено, что финансовые стимулы наиболее эффективно работают в отношении тех кандидатов, которые имели связи с сельским районом [21], и когда существует больше возмож-

ностей для карьерного роста врача [21, 22]. Финансовые стимулы, возможно, не должны предполагать получения прямой личной выгоды.

Стоит отметить, что описанные программы в том или ином виде уже реализуются в Российской Федерации на протяжении последних лет. Для того чтобы повысить их эффективность, следует уделять внимание не только использованию описанного положительного зарубежного опыта, но и адресной профориентационной работе с абитуриентами и их родителями.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Койчуева Софья Магометовна (Sofia M. Koichueva) – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Российская Федерация

E-mail: koichueva26@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-1768-5707>

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2006: Working together for health. Geneva, 2006. P. 1–209.
2. Global Health Workforce Alliance. Global Health Workforce Crisis: Key Messages. Geneva, 2013. 15 p.
3. World Health Report: Primary Health Care (Now More Than Ever). World Health Organization. Geneva, 2008. P. 1–122.
4. GP Taskforce. Securing the future GP workforce. Delivering the mandate on GP expansion. GP taskforce final report; 2014. P. 1–63.
5. Royal College of General Practitioners (RCGP). Over 500 surgeries at risk of closure as GP workforce crisis deepens. RCGP, 2014. URL: <http://www.rcgp.org.uk/news/2014/october/over-500-surgeries-at-risk-of-closure-as-gp-workforce-crisis-deepens.aspx>.
6. Department of Health (DOH). Delivering high quality, effective, compassionate care: Developing the right people with the right skills and the right values. 2013. P. 1–40. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203332/29257_2900971_
7. Petchey R., Williams J., Baker M. «Ending up a GP»: a qualitative study of junior doctors' perceptions of general practice as a career // Fam. Pract. 1997. Vol. 14. P. 194–198.
8. Abbt N., Alderson S. Why doesn't anyone want to be a GP: and what can we do about it? // Br. J. Gen. Pract. 2014. Vol. 64. P. 579–579.
9. Health Education East of England. Primary care workforce development. HEEoE: update to board 28th January 2015.
10. British Medical Association (BMA). BMA quarterly tracker survey. 2014. URL: <http://bma.org.uk/working-for-change/policy-and-lobbying/training-and-workforce/omnibus-survey-gps>.

11. Hann M., McDonald J., Checkland K., Coleman A. et al. Seventh national GP worklife survey. Aug 2013. URL: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/health/economics/research/reports/FinalReportofthe7thNationalGPWorklifeSurvey.pdf>.
12. Department of Health (DOH). Report of the Chair of the National Working Group on Women in Medicine. Women doctors: making a difference. 2009. P. 1–73. URL: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_106894.
13. Sidhu K. Overseas doctors and the GP recruitment crisis. BMJ Careers. 2014. URL: <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20020042>.
14. The King's Fund. Improving the Quality of Care in General Practice. Independent inquiry into the quality of care in general practice in England. 2011. P. 1–169. URL: www.kingsfund.org.uk/publications/gp_inquiry_report.html.
15. NHS England, HEE, RCGP, BMA, Building the Workforce – the New Deal for General Practice 2015. URL: <http://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/01/building-the-workforce-new-deal-gp.pdf>.
16. James M., Harris M.J. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system // N. Engl. J. Med. 2015. Vol. 372. P. 2177–2181.
17. Thorlby R., Smith J., Barnett, Mays N. Primary Care for the 21st Century: Learning from New Zealand's Independent Practitioner Associations. Nuffield Trust, 2012. URL: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/new_zealand_ipas_260912-update.pdf.
18. Royal College of General Practitioners (RCGP). Future GP: Recruitment Video. 2015. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=U2YaTKDAMXs&feature=youtu.be>.
19. NHS England, HEE, RCGP, BMA. Building the workforce – the new deal for general practice. The GP Induction & Refresher Scheme 2015–2018. 2015. URL: <https://gpemployment.hee.nhs.uk/Induction-Refresher>.
20. Ottawa Hospital Research Institute. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. 2014. URL: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp.
21. Matsumoto M., Inoue K., Kajii E. A contract-based training system for rural physicians: follow-up of Jichi Medical University graduates (1978–2006) // J. Rural Health. 2008. Vol. 24. P. 360–368.
22. Matsumoto M., Inoue K., Kajii E. Long-term effect of the home prefecture recruiting scheme of Jichi Medical University, Japan // Rural Remote Health. 2008. Vol. 8. P. 930.
23. NHSC Corps [online]. NHSC Clinician Retention: A story of dedication and commitment. Secondary NHSC Clinician Retention: A story of dedication and commitment; 2012. URL: <https://nhsc.hrsa.gov/currentmembers/membersites/retainproviders/retentionbrief.pdf>.
24. Pathman D.E., Konrad T.R., Ricketts T.C. 3rd The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study // JAMA. 1992. Vol. 268. P. 1552–1558.
25. Cullen T.J., Hart L.G., Whitcomb M.E., Rosenblatt R.A. The National Health Service Corps: rural physician service and retention // J. Am. Board Fam. Pract. 1997. Vol. 10. P. 272–279.
26. New Zealand Ministry of Health. Voluntary Bonding Scheme. 2012. URL: <http://www.health.govt.nz/our-work/health-workforce/voluntary-bonding-scheme> Accessed 5 Jun 2015.
27. Dunabin J.S., McEwin K., Cameron I. Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce // Rural Remote Health. 2006. Vol. 6. P. 481.
28. Jackson J., Shannon C.K., Pathman D.E. et al. A comparative assessment of West Virginia's financial incentive programs for rural physicians // J. Rural Health. 2003. Vol. 19, suppl. P. 329–339.
29. Mathews M., Heath S.L., Neufeld S.M., Samarasena A. Evaluation of physician return-for-service agreements in Newfoundland and Labrador // Health Policy. 2013. Vol. 8. P. 42–56.
30. Nichols N. Evaluation of the Arizona Medical Student Exchange Programme // J. Med. Educ. 1977. Vol. 52. P. 817–823.
31. Pathman D.E., Konrad T.R., King T.S. et al. Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians // Med. Care. 2004. Vol. 42. P. 560–568.
32. Rabinowitz H.K., Diamond J.J., Markham F.W., Rabinowitz C. Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians // Acad. Med. 2005. Vol. 80. P. 728–732.
33. Mathews M., Rourke J.T., Park A. The contribution of Memorial University's medical school to rural physician supply // Can. J. Rural Med. 2008. Vol. 13. P. 15–21.
34. Quinn K.J., Kane K.Y., Stevermer J.J., Webb W.D. et al. Influencing residency choice and practice location through a longitudinal rural pipeline program // Acad. Med. 2011. Vol. 86. P. 1397–1406.
35. Landry M., Schofield A., Bordage R., Belanger M. Improving the recruitment and retention of doctors by training medical students locally // Med. Educ. 2011. Vol. 45. P. 1121–1129.
36. Magnus J.H., Tolan A. Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas? // Med. Educ. 1993. Vol. 27. P. 250–253.

37. Stearns J.A., Stearns M.A., Glasser M., Londo R.A. Illinois RMED: a comprehensive program to improve the supply of rural family physicians // *Fam. Med.* 2000. Vol. 32. P. 17–21.
38. Bregazzi R., Harrison J. From Spain to County Durham; experience of cross-cultural general practice recruitment // *Educ. Prim. Care.* 2005. Vol. 16. P. 268–274.
39. Kahn T.R., Hagopian A., Johnson K. Retention of J-1 visa waiver program physicians in Washington State's health professional shortage areas // *Acad. Med.* 2010. Vol. 85. P. 614–621.
40. Crouse B.J., Munson R.L. The effect of the physician J-1 visa waiver on rural Wisconsin // *WMJ.* 2006. Vol. 105. P. 16–20.
41. Robinson M., Slaney G.M. Choice or chance! The influence of decentralised training on GP retention in the Bogong region of Victoria and New South Wales // *Rural Remote Health.* 2013. Vol. 13. P. 2231.
42. Halaas G.W., Zink T., Finstad D., Bolin K. et al. Recruitment and retention of rural physicians: outcomes from the rural physician associate program of Minnesota // *J. Rural Health.* 2008. Vol. 24. P. 345–352.
43. Smucny J., Beatty P., Grant W., Dennison T. et al. An evaluation of the rural medical education program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990–2003 // *Acad. Med.* 2005. Vol. 80. P. 733–738.
44. Adkins R.J., Anderson G.R., Cullen T.J., Myers W.W. et al. Geographic and specialty distributions of WAMI Program participants and nonparticipants // *J. Med. Educ.* 1987. Vol. 62. P. 810–817.
45. Charles D.M., Ward A.M., Lopez D.G. Experiences of female general practice registrars: are rural attachments encouraging them to stay? // *Aust. J. Rural Health.* 2005. Vol. 13. P. 331–336.
46. Wearne S., Giddings P., McLaren J., Gargan C. Where are they now? The career paths of the remote vocational training scheme registrars // *Aust. Fam. Physician.* 2010. Vol. 39. P. 53–56.
47. Morris C.G., Johnson B., Kim S., Chen F. Training family physicians in community health centers: a health workforce solution // *Fam. Med.* 2008. Vol. 40. P. 271–276.
48. Gardiner M., Sexton R., Kearns H., Marshall K. Impact of support initiatives on retaining rural general practitioners // *Aust. J. Rural Health.* 2006. Vol. 14. P. 196–201.
49. Straume K., Shaw D.M. Internship at the ends of the earth – a way to recruit physicians? // *Rural Remote Health.* 2010. Vol. 10. P. 1366.
50. Straume K., Sondena M.S., Prydz P. Postgraduate training at the ends of the earth – a way to retain physicians? // *Rural Remote Health.* 2010. Vol. 10. P. 1356.
51. Barclay D.M. 3rd, Lugo V., Mednick J. The effects of video advertising on physician recruitment to a family practice residency program // *Fam. Med.* 1994. Vol. 26. P. 497–499.
52. Green P. The effect of a blog on recruitment to general practitioner specialty training in the north of Scotland // *Educ. Prim. Care.* 2015. Vol. 26. P. 113–115.
53. The UK Foundation Programme Office. National F2 Career Destination Report. 2015. URL: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/keydocs>.
54. Verma P., Ford J.A., Stuart A., Howe A. et al. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors // *BMC Health Serv. Res.* 2016. Vol. 16. P. 126.
55. Амлаев К.Р., Койчуева С.М., Хрипунова А.А., Кузьмина Е.М. Сравнительный анализ профессиональной мотивации и карьерных установок студентов медицинских и многопрофильных вузов по данным анкетирования // *Мед. образование и проф. развитие.* 2019. Т. 10, № 2. С. 134–142. doi: 10.24411/2220-8453-2019-12009.

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2006: Working together for health. Geneva, 2006: 1–209.
2. Global Health Workforce Alliance. Global Health Workforce Crisis: Key Messages. Geneva, 2013: 15 p.
3. World Health Report: Primary Health Care (Now More Than Ever). World Health Organization. Geneva, 2008: 1–122.
4. GP Taskforce. Securing the future GP workforce. Delivering the mandate on GP expansion. GP taskforce final report; 2014: 1–63.
5. Royal College of General Practitioners (RCGP). Over 500 surgeries at risk of closure as GP workforce crisis deepens. RCGP, 2014. URL: <http://www.rcgp.org.uk/news/2014/october/over-500-surgeries-at-risk-of-closure-as-gp-workforce-crisis-deepens.aspx>.
6. Department of Health (DOH). Delivering high quality, effective, compassionate care: Developing the right people with the right skills and the right values. 2013: 1–40. URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203332/29257_2900971_

7. Petchey R., Williams J., Baker M. «Ending up a GP»: a qualitative study of junior doctors' perceptions of general practice as a career. *Fam Pract.* 1997; 14: 194–8.
8. Abbt N., Alderson S. Why doesn't anyone want to be a GP: and what can we do about it? *Br J Gen Pract.* 2014; 64: 579–79.
9. Health Education East of England. Primary care workforce development. HEEoE: update to board 28th January 2015.
10. British Medical Association [BMA]. BMA quarterly tracker survey. 2014. URL: <http://bma.org.uk/working-for-change/policy-and-lobbying/training-and-workforce/omnibus-survey-gps>.
11. Hann M., McDonald J., Checkland K., Coleman A., et al. Seventh national GP worklife survey. Aug 2013. URL: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/healthconomics/research/reports/FinalReportofthe7thNationalGPWorklifeSurvey.pdf>.
12. Department of Health (DOH). Report of the Chair of the National Working Group on Women in Medicine. Women doctors: making a difference. 2009: 1–73. URL: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_106894.
13. Sidhu K. Overseas doctors and the GP recruitment crisis. *BMJ Careers.* 2014. URL: <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20020042>.
14. The King's Fund. Improving the Quality of Care in General Practice. Independent inquiry into the quality of care in general practice in England. 2011: 1–169. URL: www.kingsfund.org.uk/publications/gp_inquiry_report.html.
15. NHS England, HEE, RCGP, BMA. Building the Workforce – the New Deal for General Practice 2015. URL: <http://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/01/building-the-workforce-new-deal-gp.pdf>.
16. James M., Harris M.J. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med.* 2015; 372: 2177–81.
17. Thorlby R., Smith J., Barnett, Mays N. Primary Care for the 21st Century: Learning from New Zealand's Independent Practitioner Associations. Nuffield Trust, 2012. URL: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/new_zealand_ipas_260912-update.pdf.
18. Royal College of General Practitioners (RCGP). Future GP: Recruitment Video. 2015. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=U2YaTKDAMXs&feature=youtu.be>.
19. NHS England, HEE, RCGP, BMA. Building the workforce – the new deal for general practice. The GP Induction & Refresher Scheme 2015–2018. 2015. URL: <https://gpemployment.hee.nhs.uk/Induction-Refresher>.
20. Ottawa Hospital Research Institute. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. 2014. URL: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp.
21. Matsumoto M., Inoue K., Kajii E. A contract-based training system for rural physicians: follow-up of Jichi Medical University graduates (1978–2006). *J Rural Health.* 2008; 24: 360–8.
22. Matsumoto M., Inoue K., Kajii E. Long-term effect of the home prefecture recruiting scheme of Jichi Medical University, Japan. *Rural Remote Health.* 2008; 8: 930.
23. NHSC Corps [online]. NHSC Clinician Retention: A story of dedication and commitment. Secondary NHSC Clinician Retention: A story of dedication and commitment; 2012. URL: <https://nhsc.hrsa.gov/currentmembers/membersites/retainproviders/retentionbrief.pdf>.
24. Pathman D.E., Konrad T.R., Ricketts T.C. 3rd The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study. *JAMA.* 1992; 268: 1552–8.
25. Cullen T.J., Hart L.G., Whitcomb M.E., Rosenblatt R.A. The National Health Service Corps: rural physician service and retention. *J Am Board Fam Pract.* 1997; 10: 272–9.
26. New Zealand Ministry of Health. Voluntary Bonding Scheme. 2012. URL: <http://www.health.govt.nz/our-work/health-workforce/voluntary-bonding-scheme> Accessed 5 Jun 2015.
27. Dunbabin J.S., McEwin K., Cameron I. Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce. *Rural Remote Health.* 2006; 6: 481.
28. Jackson J., Shannon C.K., Pathman D.E., et al. A comparative assessment of West Virginia's financial incentive programs for rural physicians. *J Rural Health.* 2003; 19 (suppl): 329–39.
29. Mathews M., Heath S.L., Neufeld S.M., Samarasekera A. Evaluation of physician return-for-service agreements in Newfoundland and Labrador. *Health Policy.* 2013; 8: 42–56.
30. Nichols N. Evaluation of the Arizona Medical Student Exchange Programme. *J Med Educ.* 1977; 52: 817–23.
31. Pathman D.E., Konrad T.R., King T.S., et al. Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. *Med Care.* 2004; 42: 560–8.

32. Rabinowitz H.K., Diamond J.J., Markham F.W., Rabinowitz C. Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Acad Med.* 2005; 80: 728–32.
33. Mathews M., Rourke J.T., Park A. The contribution of Memorial University's medical school to rural physician supply. *Can J Rural Med.* 2008; 13: 15–21.
34. Quinn K.J., Kane K.Y., Stevermer J.J., Webb W.D., et al. Influencing residency choice and practice location through a longitudinal rural pipeline program. *Acad Med.* 2011; 86: 1397–406.
35. Landry M., Schofield A., Bordage R., Belanger M. Improving the recruitment and retention of doctors by training medical students locally. *Med Educ.* 2011; 45: 1121–9.
36. Magnus J.H., Tollan A. Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas? *Med Educ.* 1993; 27: 250–3.
37. Stearns J.A., Stearns M.A., Glasser M., Londo R.A. Illinois RMED: a comprehensive program to improve the supply of rural family physicians. *Fam Med.* 2000; 32: 17–21.
38. Bregazzi R., Harrison J. From Spain to County Durham; experience of cross-cultural general practice recruitment. *Educ Prim Care.* 2005; 16: 268–74.
39. Kahn T.R., Hagopian A., Johnson K. Retention of J-1 visa waiver program physicians in Washington State's health professional shortage areas. *Acad Med.* 2010; 85: 614–21.
40. Crouse B.J., Munson R.L. The effect of the physician J-1 visa waiver on rural Wisconsin. *WMJ.* 2006; 105: 16–20.
41. Robinson M., Slaney G.M. Choice or chance! The influence of decentralised training on GP retention in the Bogong region of Victoria and New South Wales. *Rural Remote Health.* 2013; 13: 2231.
42. Halaas G.W., Zink T., Finstad D., Bolin K., et al. Recruitment and retention of rural physicians: outcomes from the rural physician associate program of Minnesota. *J Rural Health.* 2008; 24: 345–52.
43. Smucny J., Beatty P., Grant W., Dennison T., et al. An evaluation of the rural medical education program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990–2003. *Acad Med.* 2005; 80: 733–8.
44. Adkins R.J., Anderson G.R., Cullen T.J., Myers W.W., et al. Geographic and specialty distributions of WAMI Program participants and nonparticipants. *J Med Educ.* 1987; 62: 810–7.
45. Charles D.M., Ward A.M., Lopez D.G. Experiences of female general practice registrars: are rural attachments encouraging them to stay? *Aust J Rural Health.* 2005; 13: 331–6.
46. Wearne S., Giddings P., McLaren J., Gargan C. Where are they now? The career paths of the remote vocational training scheme registrars. *Aust Fam Physician.* 2010; 39: 53–6.
47. Morris C.G., Johnson B., Kim S., Chen F. Training family physicians in community health centers: a health workforce solution. *Fam Med.* 2008; 40: 271–6.
48. Gardiner M., Sexton R., Kearns H., Marshall K. Impact of support initiatives on retaining rural general practitioners. *Aust J Rural Health.* 2006; 14: 196–201.
49. Straume K., Shaw D.M. Internship at the ends of the earth – a way to recruit physicians? *Rural Remote Health.* 2010; 10: 1366.
50. Straume K., Sondena M.S., Prydz P. Postgraduate training at the ends of the earth – a way to retain physicians? *Rural Remote Health.* 2010; 10: 1356.
51. Barclay D.M. 3rd, Lugo V., Mednick J. The effects of video advertising on physician recruitment to a family practice residency program. *Fam Med.* 1994; 26: 497–9.
52. Green P. The effect of a blog on recruitment to general practitioner specialty training in the north of Scotland. *Educ Prim Care.* 2015; 26: 113–5.
53. The UK Foundation Programme Office. National F2 Career Destination Report. 2015. URL: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/keydocs>.
54. Verma P., Ford J.A., Stuart A., Howe A., et al. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16: 126.
55. Amlaev K.R., Koychueva S.M., Khripunova A.A., Kuz'mina E.M. Comparative analysis of competence motivation and career facilities of students of medical and multidisciplinary universities according to the survey data. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitiye* [Medical Education and Professional Development]. 2019; 10 (2): 134–42. doi: 10.2441/1/2220-8453-2019-12009. (in Russian) 8. Abbt N., Alderson S. Why doesn't anyone want to be a GP: and what can we do about it? // *Br. J. Gen. Pract.* 2014. Vol. 64. P. 579–579.