World Health Organization

Руководство ВОЗ по поддержке политики и систем здравоохранения с целью оптимизации программ в отношении общинных работников здравоохранения

© Всемирная организация здравоохранения, 2018
Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: Руководство ВОЗ по поддержке политики и систем здравоохранения с целью оптимизации программ в отношении общинных работников здравоохранения [WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes.] Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)

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

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: http://apps.who.int/bookorders. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: http://www.who.int/about/licensing/

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ 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 отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

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

Printed in Switzerland

Содержание

Предисловие 8

Соавторы и выражение признательности 9

Сокращения 11

Основные идеи 12

Резюме 13

+ 1. Введение 18

+ 2. Обоснование 19

+ 3. Целевая аудитория 20

3.1 Конечные пользователи руководства 20

3.2 Лица, затрагиваемые рекомендациями 20

+ 4. Задачи и область охвата руководства 21

4.1 Цель и задачи 21

4.2 Виды работников здравоохранения, охватываемые данным руководством 21

4.3 Географический охват 23

4.4 Категории рассматриваемых мер вмешательства 24

+ 5. Как разрабатывалось настоящее руководство 26

5.1 Руководящая группа, Группа по разработке руководства и Группа внешней оценки 26

5.2 Источники фактических данных для руководства 27

+ 6. Результаты 29

6.1 Систематические обзоры обзоров 29

6.2 Систематические обзоры по 15 вопросам PICO 29

6.3 Обследование мнений заинтересованных сторон 31

+ 7. Рекомендации 32

Рекомендация 1. Отбор для вводного обучения 32
7.1.1 Справочная информация о рекомендации 32
7.1.2 Обоснование рекомендации 32
7.1.3 Резюме фактических данных 33
7.1.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 34
7.1.5 Соображения, связанные с осуществлением 34

Рекомендация 2. Продолжительность вводного обучения 35
7.2.1 Справочная информация о рекомендации 35
7.2.2 Обоснование рекомендации 35
7.2.3 Резюме фактических данных 35
7.2.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 36
7.2.5 Соображения, связанные с осуществлением 36

Рекомендация 3. Профессиональные области в учебной программе вводного обучения 37
7.3.1 Справочная информация о рекомендации 38
7.3.2 Обоснование рекомендации 38
7.3.3 Резюме фактических данных 38
7.3.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 38
7.3.5 Соображения, связанные с осуществлением 39

Рекомендация 4. Условия вводного обучения 41
7.4.1 Справочная информация о рекомендации 41
7.4.2 Обоснование рекомендации 42
7.4.3 Резюме фактических данных 42
7.4.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 42
7.4.5 Соображения, связанные с осуществлением 43

Рекомендация 5. Аттестация на основе профессиональных качеств 43
7.5.1 Справочная информация о рекомендации 43
7.5.2 Обоснование рекомендации 44
7.5.3 Резюме фактических данных 44
7.5.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 44
7.5.5 Соображения, связанные с осуществлением 45

Рекомендация 6. Поддерживающее кураторство 45
7.6.1 Справочная информация о рекомендации 45
7.6.2 Обоснование рекомендации 45
7.6.3 Резюме фактических данных 46
7.6.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 46
7.6.5 Соображения, связанные с осуществлением 46

Рекомендация 7. Вознаграждение 47
7.7.1 Справочная информация о рекомендации 47
7.7.2 Обоснование рекомендации 47
7.7.3 Резюме фактических данных 48
7.7.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 48
7.7.5 Соображения, связанные с осуществлением 49

Рекомендация 8. Заключение соглашений **49**
7.8.1 Справочная информация о рекомендации 49
7.8.2 Обоснование рекомендации 50
7.8.3 Резюме фактических данных 50
7.8.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 50
7.8.5 Соображения, связанные с осуществлением 50

Рекомендация 9. Возможности карьерного роста **51**
7.9.1 Справочная информация о рекомендации 51
7.9.2 Обоснование рекомендации 51
7.9.3 Резюме фактических данных 51
7.9.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 51
7.9.5 Соображения, связанные с осуществлением 52

Рекомендация 10. Размер целевой группы населения **52**
7.10.1 Справочная информация о рекомендации 52
7.10.2 Обоснование рекомендации 52
7.10.3 Резюме фактических данных 53
7.10.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 53
7.10.5 Соображения, связанные с осуществлением 53

Рекомендация 11. Сбор и использование данных **54**
7.11.1 Справочная информация о рекомендации 54
7.11.2 Обоснование рекомендации 54
7.11.3 Резюме фактических данных 54
7.11.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 55
7.11.5 Соображения, связанные с осуществлением 55

Рекомендация 12. Виды ОРЗ **56**
7.12.1 Справочная информация о рекомендации 56
7.12.2 Обоснование рекомендации 56
7.12.3 Резюме фактических данных 56
7.12.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 56
7.12.5 Соображения, связанные с осуществлением 57

Рекомендация 13. Вовлечение общин **57**
7.13.1 Справочная информация о рекомендации 57
7.13.2 Обоснование рекомендации 58
7.13.3 Резюме фактических данных 58
7.13.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 60
7.13.5 Соображения, связанные с осуществлением 60

Рекомендация 14. Мобилизация ресурсов общин **60**
7.14.1 Справочная информация о рекомендации 61
7.14.2 Обоснование рекомендации 61
7.14.3 Резюме фактических данных 61
7.14.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 61
7.14.5 Соображения, связанные с осуществлением 62

Рекомендация 15. Наличие материалов **62**
7.15.1 Справочная информация о рекомендации 62
7.15.2 Обоснование рекомендации 62
7.15.3 Резюме фактических данных 62
7.15.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР 63
7.15.5 Соображения, связанные с осуществлением 63

+ 8. Приоритеты исследований и обновление руководства **64**

8.1 Отбор, обучение и аттестация **64**

8.2 Управление и кураторство **65**

8.3 Интеграция в системы здравоохранения и общины и поддержка с их стороны **65**

8.4 Последствия для не относящихся к здравоохранению конечных результатов в области развития **66**

8.5 Дальнейшие исследования и обновление руководства **66**

+ 9. Использование руководства **67**

9.1 Планы распространения руководства **67**

9.2 Планы адаптации, осуществления и оценки руководства **68**

+ 10. Общие соображения, связанные с осуществлением **70**

10.1 Основные принципы **70**

10.2 Операционные аспекты разработки и осуществления программ в отношении ОРЗ **71**
10.2.1 Разработка программ 71
10.2.2 Согласованность политики 71
10.2.3 Поддержка со стороны системы здравоохранения 71
10.2.4 Финансовые последствия 72

+ Список литературы **73**

+ Приложение 1. Термины, использованные при поиске с целью выявления ОРЗ и других соответствующих работников здравоохранения на уровне общин **90**

+ Приложение 2. Области оказания услуг, в отношении которых имеются опубликованные фактические данные о действенности ОРЗ **92**

+ Приложение 3. Существующие руководства ВОЗ, определяющие конкретные функции и услуги, оказываемые ОРЗ **100**

+ Приложение 4. Список членов Руководящей группы, Группы по разработке руководства и Группы внешней оценки **103**

+ Приложение 5. Отдельные выводы обследования мнений заинтересованных сторон **109**

+ Приложение 6. Профили доказательств и таблицы доказательств к решению (WHO/HIS/HWF/CHW web annex/18.1)

Рисунки и таблицы

Рисунок 1:	Географическое распределение исследований, включенных в 15 систематических обзоров по вопросам PICO	23
Рисунок 2:	Первичные медико-санитарные услуги, в отношении которых имеются некоторые фактические данные в подтверждение эффективности ОРЗ	25
Рисунок 3:	Диаграмма исследований по стандартам PRISMA, оцениваемых в систематических обзорах	30
Рисунок А5.1:	Приемлемость и осуществимость использования социальных сетей при перераспределении товаров и предметов снабжения	111
Рисунок А5.2:	Приемлемость и осуществимость отбора более возрастных кандидатов	112
Таблица 1:	Общая стратегия поиска по 15 вопросам PICO	28
Таблица 2:	Критерии включения и исключения	28
Таблица 3:	Продолжительность подготовки ОРЗ, играющих поливалентную роль	37
Таблица 4:	Различия в содержании учебных программ вводного обучения ОРЗ	39
Таблица 5:	Категории стратегий вовлечения общин	58
Таблица А4.1:	Члены Руководящей группы	103
Таблица А4.2:	Члены Группы по разработке руководства	104
Таблица А4.3:	Члены Группы внешней оценки	105
Таблица А4.4:	Урегулирование конфликта интересов в ГРР	106
Таблица А4.5:	Урегулирование конфликта интересов в ГВО	108
Таблица А5.1:	Приемлемость и осуществимость мер вмешательства ОРЗ	110

Предисловие

Всемирная организация здравоохранения была создана на основе принципа, согласно которому все люди имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья. Можно сказать, что "Здоровье для всех" записано у нас в ДНК.

В то время как путь каждой страны к всеобщему охвату услугами здравоохранения уникален, нам известно, что в основе каждой системы здравоохранения лежит наличие компетентных, мотивированных и пользующихся поддержкой кадровых ресурсов здравоохранения. Здравоохранения без медицинских кадров попросту не может быть.

Общинные медицинские работники признаются в качестве жизненно важного компонента первичной медико-санитарной помощи со времени принятия Алма Атинской декларации в 1978 году. Сегодня, сорок лет спустя, у нас есть убедительное доказательство, свидетельствующее о ценном вкладе общинных работников здравоохранения в обеспечение основных жизненно необходимых медико-санитарных услуг.

Вложение средств в общинных работников здравоохранения означает их рациональное использование. И все же они зачастую работают на обочине систем здравоохранения, не получая должного признания, оставаясь вне этих систем, не пользуясь поддержкой и не получая вознаграждения за ту крайне важную роль, которую они играют.

В настоящем новом руководстве ВОЗ рассматриваются новейшие данные о том, что необходимо для надлежащей интеграции общинных работников здравоохранения в системы здравоохранения и общины. Оно содержит практические рекомендации относительно того, как улучшить и упрочить их отбор, обучение, развертывание, управление, контроль, продвижение по службе, встроенность в общины и системную поддержку.

Я настоятельно призываю всех представителей директивных органов и руководителей в странах, а также наших международных партнеров рассмотреть эти рекомендации и реализовать их на практике. Полностью используя потенциал общинных медицинских работников, в том числе посредством радикального улучшения условий их работы и жизни, мы можем вместе продвинуться к всеобщему охвату услугами здравоохранения и выполнению задач в области здравоохранения в рамках Целей в области устойчивого развития.

Д-р Тедрос Адханом Гебрейесус

Соавторы и выражение признательности

Настоящее руководство входит в программу работы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения. Оно служит техническим инструментом содействия осуществлению Глобальной стратегии ВОЗ для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г., рекомендаций Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста и Тринадцатой общей программы работы ВОЗ на 2019–2023 годы.

Концепция руководства была предложена Giorgio Cometto, James Campbell и Marie Paule Kieny, ВОЗ. Работу над дальнейшим уточнением концепции руководства, координацией и содержанием возглавлял Giorgio Cometto (координатор, кадровые ресурсы для политики, норм и стандартов в области здравоохранения, Департамент трудовых ресурсов здравоохранения, ВОЗ) под контролем James Campbell (директор, Департамент трудовых ресурсов здравоохранения, ВОЗ). Департамент трудовых ресурсов здравоохранения ВОЗ входит в Кластер всеобщего охвата услугами здравоохранения и систем здравоохранения, возглавляемый помощником Генерального директора Naoko Yamamoto.

Руководящая группа возглавила разработку предложения по планированию руководства, определила членов Группы по разработке руководства и Группы внешней оценки, обеспечивала проведение заседаний Группы по разработке руководства и участвовала в разработке первого проекта руководства и в последующих циклах редактирования. В число ее членов входили следующие сотрудники ВОЗ: Samira Aboubaker, Здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков; Islene Araujo De Carvalho, Старение и жизненный цикл; Mohammad Assai Ardakani, Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья; Shannon Barkley, Предоставление услуг и обеспечение их безопасности; Giorgio Cometto (ответственный технический сотрудник), Кадровые ресурсы здравоохранения; Tarun Dua, Психическое здоровье и токсикомания; Jose Francisco Garcia Gutierrez, Региональное бюро для стран Америки; Fethiye Gulin Gedik, Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья; Thomas Moran, Кластер по полиомиелиту, чрезвычайным ситуациям и сотрудничеству со странами; Eyerusalem Kebede Negussie и Nathan Ford, ВИЧ; Jennifer Nyoni, Региональное бюро для стран Африки; Olufemi Taiwo Oladapo, Репродуктивное здоровье и научные исследования; Kunhee Park и Indrajit Hazarika, Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана; Galina Perfilieva, Европейское региональное бюро; Denis Georges Porignon, Управление здравоохранением и финансирование; Gunasena Sunil Senanayake, Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии; Lana Syed, Глобальная программа по борьбе с ТБ; и Jerome Pfaffmann, Отдел здоровья ребенка, ЮНИСЕФ.

Группа по разработке руководства уточнила область охвата руководства, рассмотрела резюме фактических данных и разработала рекомендации. В число ее членов входили Elie Akl, Американский университет в Бейруте, Ливан (методист и сопредседатель); Barbara McPake, Мельбурнский университет, Австралия (сопредседатель); Uta Lehmann, Университет Западной Капской провинции, Южная Африка (сопредседатель); Amel Abdalla, Министерство здравоохранения, Судан; Zulfiqar Bhutta, Университет Ага-хана, Пакистан; Howard Catton, Международный совет медицинских сестер, Соединенное Королевство; Tesfaye Chala, заместитель директора ПМСП, Министерство здравоохранения, Эфиопия; Yoswa Dambisya, Университет Лимпопо, Южная Африка; Gilles Dussault, Институт гигиены и тропической медицины, Лиссабон, Португалия; Miatta Gbanya, Министерство здравоохранения, Либерия; Zhang Guangpeng, Национальный исследовательский центр по вопросам развития здравоохранения, Китай; Luis Huicho, Перуанский университет им. Каэтано Эредиа, Перу; Nicolae Jelamschi, Министерство здравоохранения, Молдова; Arthur Kauffman, Университет Нью-Мексико, Соединенные Штаты Америки; Arieta Latianara, Министерство здравоохранения, Фиджи; Leonard Mbiu, Министерство здравоохранения, Кения; Guadalupe Medina, Федеральный университет штата Баия, Бразилия; Catherine Mugeni, Министерство здравоохранения, Руанда; Margaret Mungherera, Всемирная медицинская ассоциация, Уганда; Maxensia Nakibuuka, ОРЗ, Уганда; Makhduma Nargis, Министерство здравоохранения, Бангладеш; Shirley Ngwenya, Витватерсрандский университет, Южная Африка; Ram Shresta, исследовательская группа Университета Тафтса, Непал; Sandra Vermuyten и Aye Babatunde, Международное объединение работников общественного обслуживания, Бельгия; Polly Walker, организация World Vision, Соединенное Королевство; и Jean White, правительство Уэльса — Группа по медико-санитарным и социальным службам, Уэльс, Соединенное Королевство. Nazo Kureshy, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, Соединенные Штаты, участвовала в заседаниях Группы по разработке руководства в качестве наблюдателя.

Группа внешней оценки обеспечивала коллегиальное рецензирование проекта руководства и систематические обзоры литературы. В число ее членов входили Madeleine Ballard, Коалиция за воздействие на здравоохранение на уровне общин, Германия; Jennifer Breads, организация Jhpiego, Соединенные Штаты; Camila Giugliani, Федеральный университет Риу-Гранди-ду-Сул, Порту-Алегри, Бразилия; Stephen Hodgins, Университет Альберты, Канада; Ochiawunma Ibe, организация ICF/Программа охраны материнства и детства, Нигерия; Sara Javanparast, Флиндерский университет, Австралия; Ari Johnson, Университет штата Калифорния, Сан-Франциско, организация Muso Института глобального здравоохранения, Соединенные Штаты; Karin Källander, Консорциум по борьбе с малярией, Соединенное Королевство; Samson Kironde, компания University Research Co., LLC, Уганда; Maryse Kok, Королевский тропический институт, Нидерланды; Maisam Najafizada, Центр медицинских наук Мемориального университета Ньюфаундленда, провинция Ньюфаундленд и Лабрадор, Канада; Peter Ngatia, организация Amref Health Africa, Кения; Ruth Ngechu, организация Living Goods, Кения; Abimbola Olaniran, Ливерпульская школа тропической медицины, Соединенное Королевство; Rajesh Panjabi, организация Last Mile Health, Соединенные Штаты; Bhanu Pratap, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Швейцария; Magali Romedenne, ЮНИСЕФ, Сенегал; Eric Sarriot, организация «Спасем детей», Соединенные Штаты; и Sunita Singh, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Индия.

У членов Группы по разработке руководства и Группы внешней оценки были собраны декларации интересов, которые были оценены Секретариатом ВОЗ. Было сочтено, что заявленные интересы не препятствуют участию в процессе разработки или рецензирования рекомендаций.

Другие лица представили отдельные материалы по методологическим аспектам обзоров литературы или коллегиального рецензирования и материалы по конкретным разделам руководства: Susan Norris (секретариат Комитета по обзору руководящих принципов, ВОЗ); Dena Javadi (Альянс по исследованиям в области политики и систем здравоохранения, ВОЗ); Dermot Maher (Исследования тропических болезней, ВОЗ); Tomas Allen (Библиотека и информационные сети для повышения уровня знаний, ВОЗ); Tomas Zapata (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии); Elongo Lokombe (Региональное бюро ВОЗ для стран Африки); и Christiane Wiskow (Международная организация труда).

Группа по проведению систематических обзоров, координируемая Bianca Albers, David Taylor (Центр по фактическим данным и осуществлению) и Aron Shlonsky (Мельбурнский университет), возглавила разработку 15 систематических обзоров для оценки фактических данных по вопросам политики, прямо рассматриваемым в руководстве. Выражается признательность также авторам каждого систематического обзора, фамилии которых приводятся в списке литературы к обзорам.

Группа исследователей из Университета Джона Хопкинса в составе Kerry Scott, Sam Beckham, Margaret Gross, George Pariyo, Krishna Rao и Henry Perry подготовила систематический обзор обзоров литературы, в которых рассматривается более широкая база фактических данных об общинных работниках здравоохранения.

Большое число представителей различных учреждений и групп предоставили анонимные вклады в рамках публичных слушаний, способствующих формированию области охвата руководства, и в рамках обследования мнений заинтересованных сторон, призванного оценить относительную важность конечных результатов и осуществимость и приемлемость вариантов политики, рассматриваемых при разработке руководства.

Onyema Ajuebor (Департамент трудовых ресурсов здравоохранения, ВОЗ) координировал проведение предварительных публичных слушаний по области охвата руководства и руководил разработкой и анализом обследования мнений заинтересованных сторон. Zahra Zeinali (стажер, Департамент трудовых ресурсов здравоохранения, ВОЗ) сопоставила и обобщила существующие руководства ВОЗ, которые относятся к роли общинных работников здравоохранения в осуществлении конкретных медико-санитарных мероприятий. John Dawson осуществлял техническое редактирование и форматирование текста документа.

Финансирование

Основная часть финансирования разработки настоящего руководства осуществлялась за счет основных ресурсов ВОЗ. Кроме того, финансовую поддержку в целях разработки, распространения и использования настоящего руководства оказывали Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Федеральное министерство здравоохранения Германии — BMG, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, Норвежское агентство по сотрудничеству в целях развития, Альянс по исследованиям в области политики и систем здравоохранения и ЮНИСЕФ. Выражается признательность за финансовую поддержку со стороны этих партнеров.

Сокращения

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГВО	Группа внешней оценки
ГРР	Группа по разработке руководства
МОТ	Международная организация труда
МСКП	Международная стандартная классификация профессий
ОРЗ	общинный работник здравоохранения
РГ	Руководящая группа
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
СА	столбнячный анатоксин
ТБ	туберкулез
ЦУР	Цель в области устойчивого развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
AMSTAR	Оценка множественных систематических обзоров
HIFA	Медицинская информация для всех
PICO	группа населения, мера вмешательства, сравнение, результат
PRISMA	Предпочтительные элементы отчетности для систематических обзоров и метаанализов

Основные идеи

Решение проблем нехватки, неправильного распределения и сложностей в работе кадровых ресурсов здравоохранения чрезвычайно важно для продвижения к достижению связанных со здравоохранением целей, включая всеобщий охват услугами здравоохранения. Кроме того, у сектора здравоохранения есть потенциал стать движущим фактором экономического роста благодаря созданию возможностей устройства на квалифицированную работу, в частности для женщин.

Действенные стратегии формирования кадровых ресурсов здравоохранения включают обучение и размещение кадров, обладающих разнообразным и устойчивым набором навыков, с использованием в некоторых условиях потенциала общинных работников здравоохранения (ОРЗ), работающих в составе межпрофессиональных бригад первичной помощи. Однако поддержка ОРЗ и их интеграция в системы здравоохранения и общины в разных странах и внутри стран неравномерны; примеры надлежащей практики необязательно служат образцом для подражания, а варианты политики, действенность которых подтверждается бо□льшим объемом фактических данных, не применяются повсеместно. В то же время для успешного предоставления услуг через посредство ОРЗ необходимы основанные на фактических данных модели обучения, развертывания этих работников здравоохранения и управления ими.

Отправной точкой успешной разработки программ в отношении ОРЗ является тщательный ситуационный анализ нужд населения, потребностей системы здравоохранения и последствий с точки зрения ресурсов. Функция ОРЗ должна рассматриваться в связи с другими работниками здравоохранения, с тем чтобы надлежащим образом интегрировать программы в отношении ОРЗ в общую систему здравоохранения и в существующие общинные структуры.

Настоящее руководство было разработано на основе критического анализа имеющихся фактических данных и содержит практические рекомендации с целью оптимизации разработки и осуществления программ в отношении ОРЗ, включая:

- отбор ОРЗ для вводного обучения с учетом минимальных уровней обучения, соответствующих задачам, которые должны выполняться, принадлежности к местной общине и признания ею, поощрения гендерного равенства и личных качеств и возможностей кандидатов;
- определение продолжительности вводного обучения в местных условиях в зависимости от потребностей в профессиональных навыках с учетом функции, ранее приобретенных знаний и навыков и предполагаемых условий работы;
- включение в контекст вводного обучения услуг по укреплению здоровья и профилактике, диагностических и лечебных услуг при необходимости, а также навыков межличностного общения и мобилизации общин;
- сочетание теоретического и практического вводного обучения и совмещение очного и электронного обучения при наличии возможности с уделением должного внимания позитивной среде обучения и преподавательскому составу;
- использование основанной на оценке компетентности формальной аттестации ОРЗ, успешно прошедших вводное обучение, в целях повышения качества помощи, мотивации и перспектив трудоустройства ОРЗ;
- принятие стратегий поддерживающего кураторства;
- обеспечение практикующих ОРЗ финансовыми средствами, соответствующими должностным обязанностям, сложности работы, числу отрабатываемых часов, подготовке и выполняемым ими функциям;
- заключение с работающими за плату ОРЗ письменного соглашения с указанием их функций и обязанностей, условий труда, вознаграждения и рабочих прав;
- предоставление возможностей карьерного роста для хорошо работающих ОРЗ;
- определение оптимального размера целевой группы населения в соответствии с предполагаемой рабочей нагрузкой, частотой, характером необходимых контактов и связанных с ними временных затрат;
- сбор, обобщение и использование медико-санитарных данных ОРЗ в ходе плановых мероприятий, в том числе посредством соответствующих средств мобильного здравоохранения при обеспечении конфиденциальности и защищенности данных;
- принятие моделей оказания услуг с участием ОРЗ, выполняющих общие задачи в составе комплексных бригад первичной медико-санитарной помощи, в которых ОРЗ, выполняющие отдельные задачи, могут играть вспомогательную роль;
- принятие стратегий привлечения общин со стороны ОРЗ и использования ими общинных ресурсов; а также
- обеспечение наличия достаточного количества товаров и расходных материалов для ОРЗ.

Резюме

Введение

Решение проблем нехватки, неправильного распределения и сложностей в работе кадровых ресурсов здравоохранения имеет важнейшее значение для продвижения к достижению связанных со здравоохранением целей, включая всеобщий охват медико-санитарной помощью. Кроме того, как явствует из рекомендаций Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста, ширится признание потенциала сектора здравоохранения с точки зрения создания возможностей устройства на квалифицированную работу, в частности для женщин, что способствует реализации повестки дня в области создания рабочих мест и экономического развития. Обучение и развертывание межпрофессиональных бригад работников здравоохранения для оказания первичной помощи должны отражать разнообразный и устойчивый набор специальных навыков; в некоторых условиях это может предусматривать использование потенциала общинных работников здравоохранения (ОРЗ) в рамках более широких усилий по укреплению первичной медико-санитарной помощи и кадровых ресурсов здравоохранения в более общем смысле.

Растет признание того, что ОРЗ и другие виды работников здравоохранения на уровне общин успешно оказывают ряд услуг по профилактике, укреплению здоровья и лечению и что они могут способствовать снижению неравенства в плане доступа к помощи.

Обоснование

Поддержка ОРЗ и их интеграция в системы здравоохранения и общины в разных странах и внутри стран неравномерны; примеры надлежащей практики необязательно служат образцом для подражания, а варианты политики, действенность которых подтверждается большим объемом фактических данных, не применяются повсеместно. Существует необходимость в основанных на фактических данных методических указаниях в отношении оптимальной поддержки политики и систем здравоохранения в целях оптимизации качества работы и воздействия этих работников здравоохранения.

Целевая аудитория

Основной целевой аудиторией настоящего руководства являются лица, определяющие политику, специалисты по планированию и руководители, отвечающие за касающиеся кадровых ресурсов здравоохранения политику и планирование на национальном и местном уровнях. К дополнительным целевым аудиториям относятся партнеры в области развития, финансирующие учреждения, глобальные инициативы в области здравоохранения, подрядчики-доноры, исследователи, организации ОРЗ, сами ОРЗ, организации гражданского общества и заинтересованные стороны из общин.

Задачи и область охвата

Общая цель настоящего руководства заключается в оказании помощи национальным правительствам и национальным и международным партнерам с целью улучшения разработки, осуществления, достижения результатов и оценки программ в отношении ОРЗ, что должно способствовать поступательному достижению всеобщего охвата медико-санитарной помощью.

Настоящее руководство относится главным образом к ОРЗ (согласно определению Международной организации труда в ее Международной стандартной классификации профессий), однако оно также имеет отношение и применимо к другим видам работников здравоохранения на уровне общин. Рекомендации настоящего руководства имеют отношение к системам здравоохранения стран, находящихся на всех уровнях социально-экономического развития.

В руководстве используется подход с позиций систем здравоохранения, и, в частности, в нем определяются факторы, благоприятствующие политике и системам, которые необходимы для оптимизации разработки и достижения результатов инициатив в отношении ОРЗ. В нем не оценивается совокупность фактических данных, относящихся к медико-санитарным услугам или мероприятиям, которые ОРЗ могут обеспечивать с соблюдением стандартов качества, предусмотренных в других руководствах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Методология

Разработка настоящего руководства осуществлялась с использованием стандартного подхода ВОЗ: критическая оценка фактических данных посредством разработки систематических обзоров соответствующей литературы и оценка качества фактических данных с помощью стандартных методик, включая оценку доказательности фактических данных. Выработку рекомендаций возглавляла Группа по разработке руководства, состоящая из сбалансированных в географическом и гендерном отношении представителей различных групп (включая лиц, определяющих политику, конечных пользователей руководства, экспертов, профессиональные объединения работников здравоохранения, ОРЗ и представителей профсоюзов) при поддержке Руководящей группы и с использованием коллегиальной оценки, подготовленной

отобранной на конкурсной основе Группой внешней оценки. С конкретной целью выявления соответствующих фактических данных для настоящего руководства были проведены один систематический обзор опубликованных обзоров литературы, 15 систематических обзоров (по одному по каждому вопросу политики) соответствующих первичных исследований и обследование мнений заинтересованных сторон.

Результаты

Систематический обзор опубликованных обзоров литературы позволил выявить 122 удовлетворяющих критериям обзора (75 систематических обзоров, из которых 34 представляли собой метаанализы, и 47 несистематических обзоров). В рамках систематических обзоров для исследований по 15 вопросам, охватываемым руководством, было рассмотрено почти 88 000 документов, в результате чего в конечном счете было выявлено 137 исследований, удовлетворяющих критериям для включения в обзоры и анализа. При обследовании мнений заинтересованных сторон были получены ответы 96 респондентов (в основном лиц, определяющих политику, специалистов по планированию, руководителей и исследователей, участвующих в разработке, осуществлении, мониторинге и оценке программ в отношении ОРЗ) о приемлемости и осуществимости мер вмешательства, рассматриваемых в руководстве.

Рекомендации

1. Отбор

Рекомендация 1A

ВОЗ **предлагает** использовать следующие критерии при отборе ОРЗ для вводного обучения:

- минимальный образовательный уровень, который соответствует рассматриваемой задаче (задачам);
- принадлежность к целевой общине и признание ею;
- гендерное равенство с учетом условий (рассмотрение возможности позитивного действия с преимущественным отбором женщин с целью расширения их прав и возможностей и, где это необходимо в силу особенностей культуры, для обеспечения приемлемости услуг для населения или целевой группы);
- личные качества, возможности, ценности и жизненный и профессиональный опыт кандидатов (например, когнитивные способности, честность, мотивированность, навыки межличностного общения, проявленная приверженность работе в интересах общины и склонность к государственной службе).

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

Рекомендация 1B

ВОЗ **предлагает** не использовать следующий критерий при отборе ОРЗ для вводного обучения:

- возраст (за исключением требований национальной политики в области образования и труда).

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

Рекомендация 1C

ВОЗ **рекомендует** не использовать следующий критерий при отборе ОРЗ для вводного обучения:

- семейное положение.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — строгая.

2. Продолжительность вводного обучения

Рекомендация 2

ВОЗ **предлагает** использовать следующие критерии при определении продолжительности вводного обучения ОРЗ:

- объем работы и предполагаемые обязанности и функции;
- профессиональные качества, необходимые для обеспечения высокого качества предоставляемых услуг;
- уже имеющиеся знания и навыки (приобретенные либо в ходе ранее пройденной подготовки, либо в результате соответствующего опыта);
- социальные, экономические и географические обстоятельства лиц, проходящих подготовку;
- институциональные возможности обеспечения подготовки;
- предполагаемые условия практики.

Доказательность фактических данных — низкая.
Сила рекомендации — условная.

3. Профессиональные области в учебной программе вводного обучения

Рекомендация 3

ВОЗ **предлагает** включать следующие области профессиональных знаний в учебную программу вводного обучения ОРЗ, если их предполагаемая должность включает такие функции.

Основные:

- услуги по укреплению здоровья и профилактике, выявление медико-санитарных и социальных потребностей семей и риска;
- интеграция в более широкую систему медико-санитарной помощи применительно к кругу задач, которые должны выполняться в соответствии с функцией ОРЗ, включая направление к врачам-специалистам, отношения сотрудничества с другими работниками здравоохранения в составе бригад

первичной помощи, отслеживание пациентов, эпиднадзор за заболеваниями на уровне общин, мониторинг, сбор, анализ и использование данных;
- социальные и экологические детерминанты здоровья;
- обеспечение психосоциальной поддержки;
- навыки межличностного общения, связанные с конфиденциальностью, передачей информации, привлечением и мобилизацией общин; и
- личная безопасность.

Дополнительные:
- диагностика, лечение и уход в соответствии с предполагаемой функцией (функциями) и применимыми правилами относительно сферы практики.

Доказательность фактических данных — средняя.
Сила рекомендации — условная.

4. Условия вводного обучения

Рекомендация 4

ВОЗ **предлагает** использовать следующие условия проведения вводного обучения ОРЗ:
- сочетание теоретических знаний и практических навыков, при этом первоочередное внимание должно уделяться приобретению практического опыта под руководством специалистов;
- сочетание очного и электронного обучения, при этом первоочередное внимание должно уделяться очному обучению, дополняемому электронным обучением в тех случаях, когда оно необходимо;
- приоритизация подготовки в общине или вблизи нее при наличии возможности;
- проведение подготовки и предоставление учебных материалов на языке, на котором возможно оптимальное приобретение опыта и навыков лицами, проходящими подготовку;
- обеспечение позитивной среды обучения; и
- рассмотрение возможности применения межпрофессиональных подходов к обучению, если это необходимо и возможно.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

5. Аттестация на основе профессиональных качеств

Рекомендация 5

ВОЗ **предлагает** использовать официальную аттестацию на основе профессиональных качеств для ОРЗ, которые успешно прошли вводное обучение[1].

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

6. Поддерживающее кураторство

Рекомендация 6

ВОЗ **предлагает** использовать следующие стратегии поддерживающего кураторства в контексте программ по ОРЗ
- оптимальное соотношение кураторов и курируемых, создающее условия для полноценной и регулярной поддержки;
- обеспечение надлежащей подготовки кураторов;
- инструктирование и обучение ОРЗ;
- наблюдение за предоставлением услуг, использование данных о качестве работы и обратной связи с общинами;
- приоритизация повышения качества кураторства.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

7. Вознаграждение

Рекомендация 7A

ВОЗ **рекомендует** использовать для вознаграждения практикующих ОРЗ за выполняемую ими работу финансовые средства, соответствующие должностным обязанностям, сложности работы, числу отрабатываемых часов, подготовке и выполняемым ими функциям.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — строгая.

Рекомендация 7B

ВОЗ **предлагает** не оплачивать работу ОРЗ исключительно или преимущественно с использованием системы вознаграждения в зависимости от результатов работы.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

8. Заключение соглашений

Рекомендация 8

ВОЗ **рекомендует** заключать с работающими за плату ОРЗ письменное соглашение, в котором определяются функции и обязанности, условия труда, вознаграждение и права работников.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — строгая.

9. Возможности карьерного роста

Рекомендация 9

ВОЗ **предлагает** предоставлять практикующим ОРЗ возможности карьерного роста с учетом того, что дальнейшее обучение и карьерный рост связаны с критериями отбора, продолжительностью и содержанием вводного обучения, аттестацией на основе профессиональных качеств, продолжительностью работы и оценкой эффективности работы.

Доказательность фактических данных — низкая.
Сила рекомендации — условная.

[1] Аттестация определяется в данном контексте как официальная выдача компетентными органами свидетельства работникам здравоохранения, которые успешно прошли вводное обучение и подтвердили соответствие заранее определенным стандартам профессиональной компетентности.

10. Размер целевой группы населения

Рекомендация 10

ВОЗ **предлагает** использовать следующие критерии при определении размера целевой группы населения в контексте программ по ОРЗ.

Критерии, которые должны быть приняты в большинстве обстоятельств:

- ожидаемый объем работы с учетом эпидемиологической обстановки и предполагаемой потребности в услугах;
- необходимая частота контактов;
- характер предоставляемых услуг и необходимые затраты времени;
- предполагаемая продолжительность работы ОРЗ в неделю (с учетом времени, не связанного с предоставлением услуг и затрачиваемого на обучение, выполнение административных обязанностей и иные цели); и
- местная география (включая близость домохозяйств, расстояние до клиники и плотность населения).

Критерии, которые могли бы иметь значение в некоторых обстоятельствах:

- погода и климат;
- доступность и стоимость транспорта;
- безопасность работника здравоохранения;
- мобильность населения; и
- имеющиеся людские и финансовые ресурсы.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

11. Сбор и использование данных

Рекомендация 11

ВОЗ **предлагает**, чтобы практикующие ОРЗ документировали предоставляемые ими услуги и собирали, обобщали и использовали медико-санитарные данные о плановых мероприятиях, в том числе посредством соответствующих средств мобильного здравоохранения. В число факторов, способствующих успеху, входят минимизация бремени отчетности и унификация требований к данным; обеспечение конфиденциальности и защищенности данных; обеспечение наличия у ОРЗ необходимых профессиональных качеств посредством подготовки; и ознакомление их с оценкой эффективности их работы на основе собранных данных.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

12. Виды ОРЗ

Рекомендация 12

ВОЗ **предлагает** принять модели предоставления услуг с участием ОРЗ, выполняющих задачи общего характера в рамках комплексных бригад первичной медико-санитарной помощи. ОРЗ, выполняющие более узкие и конкретные задачи, могут играть дополнительную роль при необходимости с учетом медико-санитарных потребностей, культурного контекста и состава кадровых ресурсов.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

13. Вовлечение общин

Рекомендация 13

ВОЗ **рекомендует** принять следующие стратегии вовлечения общин в контексте программ по практикующим ОРЗ:

- консультации с руководителями общин перед началом осуществления программ;
- участие общин в отборе ОРЗ;
- мониторинг ОРЗ;
- отбор и установление приоритетов деятельности ОРЗ;
- поддержка структур на уровне общин; и
- привлечение представителей общин к процессам принятия решений, решения проблем, планирования и составления бюджета.

Доказательность фактических данных — умеренная.
Сила рекомендации — строгая.

14. Мобилизация ресурсов общин

Рекомендация 14

ВОЗ **предлагает**, чтобы ОРЗ способствовали мобилизации более широких ресурсов общин на цели здравоохранения посредством:

- выявления приоритетных медико-санитарных и социальных проблем и разработки и осуществления соответствующих планов действий с общинами;
- мобилизации и содействия координации необходимых местных ресурсов, представляющих различные заинтересованные стороны, секторы и организации гражданского общества, для решения приоритетных медико-санитарных проблем;
- содействия участию общин в прозрачной оценке и распространении регулярно собираемых данных об общинах и результатов осуществления мер вмешательства; и
- укрепления связей между общиной и учреждениями здравоохранения.

Доказательность фактических данных — очень низкая.
Сила рекомендации — условная.

15. Наличие материалов

Рекомендация 15

ВОЗ **предлагает** использовать следующие стратегии обеспечения наличия достаточного количества товаров и расходных материалов, гарантии качества и надлежащего управления хранением, созданием запасов и удалением отходов в контексте программ в отношении ОРЗ:

- интеграция в общую цепь поставок в сфере здравоохранения;
- надлежащая отчетность, кураторство, оплата, обеспечение условий труда, надлежащая подготовка и обратная связь и совещания по вопросам повышения качества работы бригады;
- наличие мобильного здравоохранения для поддержки различных функций цепи поставок.

Доказательность фактических данных — низкая.
Сила рекомендации — условная.

Приоритеты исследований

Были определены фактические данные с целью вынесения рекомендаций по вопросам политики в отношении большинства областей, рассматриваемых в руководстве. Однако в ряде случаев в систематических обзорах были отмечены важные пробелы с точки зрения как области охвата, так и доказательности фактических данных, что дало возможность наметить в общих чертах приоритеты для программы будущих исследований по ОРЗ.

Исследовательская работа, проведенная в поддержку настоящего руководства, выявила почти полное отсутствие доказательных данных в некоторых областях (например, об аттестации или заключении контрактов и возможностях карьерного роста для ОРЗ, надлежащей типологии и размере целевой группы населения). В большинстве рассмотренных областей политики имеются определенные доказательства — часто существенные — о том, что широкие категории (например, обучение на основе профессиональных знаний, поддерживающее кураторство и оплата) эффективны. Однако эти доказательства могут быть недостаточно детальными для того, чтобы рекомендовать конкретные меры, например, какие подходы к обучению, какие стратегии кураторства или какие комплексы финансовых и нефинансовых стимулов наиболее действенны или более действенны, чем другие. К другим междисциплинарным соображениям относятся отсутствие экономических оценок различных рассматриваемых мер и важность отслеживания действенности политики во времени посредством более долгосрочных лонгитюдных исследований.

Поскольку большинство собранных для настоящего руководства фактических данных относится к странам с низким и средним уровнем доходов, следует рассмотреть возможность проведения дополнительных исследований в развитых странах, чтобы лучше выявить любые различия с точки зрения контекстуальных факторов и действенности подходов, которые повлияли бы на применимость и генерализуемость вариантов политики и рекомендаций в настоящем руководстве.

Соображения, связанные с осуществлением

Отправной точкой успешной разработки инициатив и программ в отношении ОРЗ является тщательный ситуационный анализ нужд населения и потребностей системы здравоохранения. Специалистам по планированию следует принять общесистемный подход, учитывая возможности системы здравоохранения и нужды населения и соотнося роль ОРЗ с ролью других работников здравоохранения, с тем чтобы надлежащим образом интегрировать программы в отношении ОРЗ в систему здравоохранения.

Поэтому инициативы и программы в отношении ОРЗ должны быть согласованы с более широкой национальной политикой в области здравоохранения и кадровых ресурсов здравоохранения и быть ее составной частью. В соответствующих случаях они должны также увязываться с национальными политикой и механизмами в области образования, труда и развития общин на уровне секторов и подсекторов.

Странам следует использовать то или иное сочетание вариантов политики в отношении ОРЗ, отбираемых с учетом целей, контекста и архитектуры каждой системы здравоохранения. Настоящее руководство не является программой, которая может быть немедленно принята. Его следует рассматривать как аналитический обзор имеющихся фактических данных, который служит информационной основой для взаимосвязанных вариантов политики и рекомендаций. Варианты и рекомендации нуждаются в последующей адаптации и увязке с реально существующей конкретной системой здравоохранения. Кроме того, рекомендации не должны рассматриваться в отрыве друг от друга. Существует необходимость внутренней согласованности и последовательности различных вариантов политики, поскольку они представляют родственные и взаимозависимые элементы, которые дополняют и могут усиливать друг друга.

Развертывание ОРЗ признано рентабельным подходом. Рекомендуемые в настоящем руководстве варианты политики имеют в совокупности значительные финансовые последствия, предполагающие долгосрочное целевое финансирование. Страны, находящиеся на всех уровнях социально-экономического развития, в том числе страны с низким уровнем доходов, продемонстрировали возможность приоритизации вложения средств в крупномасштабные инициативы в отношении ОРЗ. В условиях, в которых это имеет значение, партнерам в области развития и внешним источникам финансирования следует стремиться к унификации своей поддержки программ в отношении ОРЗ и ее согласованию с государственной политикой и национальными системами здравоохранения.

1

Введение

Нехватка кадровых ресурсов здравоохранения, их неправильное распределение, диспропорции и проблемы качества и эффективности представляют некоторые из основных препятствий на пути расширения масштабов основных медико-санитарных мероприятий и услуг *(1)*. Устранение этих недостатков необходимо для продвижения к достижению всех связанных со здравоохранением целей, включая всеобщий охват услугами здравоохранения и Цель 3 в области устойчивого развития — «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».

Кадровые ресурсы здравоохранения лежат в основе достижения цели в отношении здоровья, при этом задача 3c гласит: «Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах» *(2)*. Кроме того, как явствует из рекомендаций Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста, ширится признание потенциала сектора здравоохранения с точки зрения создания возможностей устройства на квалифицированную работу, в частности для женщин, что способствует реализации повестки дня в области создания рабочих мест и экономического развития *(3)*.

После десятилетий спадов и подъемов интереса в последние несколько лет растет внимание к потенциалу общинных работников здравоохранения (ОРЗ) и других видов работников здравоохранения на уровне общин с точки зрения сокращения неравенства в доступе к основным медико-санитарным услугам. Глобальная стратегия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г., принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2016 г., призывает страны принять разнообразную и устойчивую структуру специальностей, используя потенциал работников здравоохранения на уровне общин и среднем уровне в составе межпрофессиональных бригад первичной помощи.

Несколько систематических обзоров и другие исследования показывают действенность различных видов ОРЗ в предоставлении ряда услуг по профилактике, укреплению здоровья и лечению, связанных с репродуктивным здоровьем, здоровьем матерей, новорожденных и детей *(4–8)*, инфекционными заболеваниями *(9)*, неинфекционными заболеваниями *(10, 11)* и забытыми тропическими болезнями *(12)*. Однако для успешного предоставления услуг необходимы основанные на фактических данных модели обучения, размещения, вознаграждения ОРЗ и управления ими в целях оптимизации их работы и вклада в систему здравоохранения в различных областях медико-санитарных услуг. В рамках других систематических обзоров выявлены наиболее действенные подходы к политике, обеспечивающие успешную интеграцию работников здравоохранения в системы здравоохранения и обслуживаемые ими общины. К ним относятся обеспечение прогнозируемых финансовых и нефинансовых стимулов для ОРЗ, регулярное поддерживающее кураторство, непрерывное обучение и встраивание ОРЗ в системы здравоохранения и общины, в которых они работают, при наличии четко обозначенных функций и каналов связи для ОРЗ *(13–17)*. Существуют также значительные фактические данные о том, что оказание основных медико-санитарных услуг через ОРЗ может представлять рентабельный подход в самых различных условиях *(18–20)*. Расширение прав и возможностей ОРЗ также создает чрезвычайно важную возможность для перемен, ведущих к достижению большего гендерного равенства внутри общин.

2

Обоснование

Поддержка ОРЗ и их интеграция в системы здравоохранения и в обслуживаемые ими общины в разных странах и внутри стран неравномерны; примеры надлежащей практики необязательно служат образцом для подражания, а варианты политики, действенность которых подтверждается большим объемом фактических данных, не применяются повсеместно.

Хотя их следует считать неотъемлемой частью стратегий первичной медико-санитарной помощи и системы здравоохранения, программы в отношении ОРЗ часто связаны с проблемами, включая плохое планирование; нечетко обозначенные роли, перспективы для образования и карьерного роста; отсутствие аттестации, что снижает уровень доверия и уменьшает возможности перевода на другую работу; большое количество конкурирующих субъектов при практическом отсутствии координации; фрагментированная подготовка, связанная с конкретными заболеваниями; управление и финансирование, определяемые донорами; слабая связь с системой здравоохранения; плохие координация, контроль, проверка качества и поддержка; и непризнанность вклада ОРЗ *(21)*. Эти проблемы могут способствовать непроизводительному использованию как людского капитала, так и финансовых ресурсов: многие благонамеренные и дающие результаты инициативы в отношении ОРЗ не могут быть должным образом интегрированы в системы здравоохранения и остаются пилотными проектами или мелкомасштабными инициативами, которые в чрезмерной степени зависят от финансирования донорами; или, напротив, разнобой в руководстве и поддержке этих работников здравоохранения во многих ситуациях может приводить к недостаточному потенциалу и эффективности работы ОРЗ. В этой связи эффективность программ в отношении работников здравоохранения на уровне общин сильно различается, что мешает полной реализации их потенциального вклада в осуществление политики оказания первичной медико-санитарной помощи.

В то время как стандартные функции управления людскими ресурсами, такие как формализованная подготовка, аттестация и оплата, воспринимаются как некая данность применительно к профессиональным работникам здравоохранения (таким как врачи, акушерки и медсестры), политика и практика в разных странах сильно различаются в том, что касается применения этих же самых функций к ОРЗ. Поскольку ОРЗ, как правило, проходят менее продолжительную подготовку, чем профессиональные работники здравоохранения, имеют более ограниченную сферу практики и во многих случаях их труд не оплачивается, они часто существуют и работают на обочине или вне рамок государственной политики, на основе различных (и зачастую неофициальных) политических договоренностей по поводу их включения в системы здравоохранения и поддержки со стороны этих систем. Поэтому дополнительная ценность настоящего руководства заключается в определении того, должны ли системы и стратегии поддержки управления, аналогичные предназначенным для других профессиональных групп, применяться к ОРЗ и другим работникам здравоохранения на уровне общин и если должны, то каким образом и при каких обстоятельствах.

Правительства, партнеры в области развития, организации гражданского общества и исследовательские и научные учреждения высказали четкое пожелание о расширении масштабов программ в отношении ОРЗ *(22)* и твердо намерены интегрировать программы в отношении ОРЗ в системы здравоохранения и соответствующим образом согласовывать свои действия *(23)*. Для оптимизации разработки и осуществления программ в отношении ОРЗ необходимы ясность с точки зрения профессиональных качеств и функций ОРЗ и согласованные критерии устойчивой поддержки со стороны местных и национальных систем и планов здравоохранения и интеграции в них *(20)*. Методические указания должны основываться на фактических данных, чтобы можно было лучше определить такие факторы, как обучение, регулирование, вознаграждение, эффективность, качество и перспективы карьерного роста этих кадров. Разработка настоящего нового руководства по поддержке политики и систем здравоохранения в целях оптимизации программ в отношении ОРЗ позволяет устранить этот нормативный пробел.

3

Целевая аудитория

3.1 Конечные пользователи руководства

Основной целевой аудиторией настоящего руководства являются директивные органы, специалисты по планированию и руководители, отвечающие за касающиеся кадровых ресурсов здравоохранения политику и планирование на национальном и местном уровнях. Во всем настоящем документе политику и действия на «страновом» или «национальном» уровне следует рассматривать как актуальные в каждой стране в соответствии с субнациональными и национальными задачами.

К дополнительным целевым аудиториям относятся партнеры в области развития, финансирующие учреждения, глобальные инициативы в области здравоохранения, подрядчики-доноры, исследователи, организации ОРЗ, сами ОРЗ, организации гражданского общества, заинтересованные стороны из общин и активисты, которые финансируют, поддерживают, осуществляют, проводят исследования и выступают за более широкое и более эффективное участие ОРЗ в оказании медико-санитарных услуг.

3.2 Лица, затрагиваемые рекомендациями

Самыми непосредственными бенефициарами настоящего руководства являются сами ОРЗ. Можно надеяться и предполагать, что руководство будет способствовать расширению признания, надлежащей и унифицированной подготовке, лучшей интеграции в систему здравоохранения и общину и улучшению условий найма и труда этих профессиональных групп.

Масштаб и глубина программ в отношении ОРЗ в разных странах и внутри стран сильно различаются. В то время как в большинстве государств — членов ВОЗ надежных и всеобъемлющих данных о таких работниках здравоохранения не существует, эти профессиональные группы чаще всего используются в контексте первичных медико-санитарных услуг, в частности при расширении доступа к основным медико-санитарным услугам в недостаточно охваченных обслуживанием районах, включая сельские и удаленные районы, маргинальные группы населения, скотоводческие и кочевые общины и городские трущобы.

Самой большой группой бенефициаров настоящего руководства, кроме самих ОРЗ, являются люди и общины, живущие в этих условиях, у которых часто нет справедливого доступа к первичной медико-санитарной помощи и другим услугам и которые в силу этого отстают с точки зрения как охвата медико-санитарными услугами, так и достижения результатов в отношении здоровья, а также результатов в области развития в более широком смысле. По этой причине руководство может внести вклад в сокращение неравенства среди этих групп населения посредством укрепления профессиональных качеств, мотивации, работы и управления ОРЗ и повышения устойчивости программ, что, в свою очередь, может улучшить действенный охват основными медико-санитарными мероприятиями.

4

Задачи и область охвата руководства

4.1 Цель и задачи

Конечная цель настоящего руководства заключается в оказании помощи национальным правительствам и национальным и международным партнерам с целью улучшения разработки, осуществления, результатов и оценки программ в отношении ОРЗ, что должно способствовать поступательному достижению всеобщего охвата медико-санитарной помощью.

Конкретные задачи настоящего руководства:

- обеспечить рекомендации с учетом гендерного фактора в областях отбора ОРЗ, их обучения, непрерывной подготовки, связи с другими работниками здравоохранения, управления, контроля, повышения эффективности, стимулов, вознаграждения, руководства, интеграции в системы здравоохранения и встроенности в общины;
- выявить актуальные контекстуальные элементы и соображения, связанные с осуществлением и оценкой, на уровне политики и систем;
- предложить инструменты для поддержки выполнения рекомендаций на страновом уровне в контексте планирования и осуществления программ в отношении ОРЗ; и
- выявить приоритетные пробелы в фактических данных, которые должны быть устранены посредством дальнейших исследований.

4.2 Виды работников здравоохранения, охватываемые данным руководством

Нечеткие номенклатура и классификация осложняют обсуждение политики в отношении ОРЗ: термин «общинные работники здравоохранения» зачастую употребляется в общем смысле применительно к непрофессиональным и получившим образование, официальным и неофициальным, оплачиваемым и неоплачиваемым работникам здравоохранения.

Официальное определение общинных работников здравоохранения в Международной стандартной классификации профессий (МСКП) Международной организации труда (МОТ) относится к общинным работникам здравоохранения как отдельной профессиональной группе (МСКП 3253) в категории младших специалистов здравоохранения (вставка 1).

Вставка 1. Принятое МОТ определение общинных работников здравоохранения (МСКП 3253)

Общее описание

Общинные работники здравоохранения обеспечивают медико-санитарное просвещение и направляют к врачам-специалистам по широкому кругу услуг, а также оказывают поддержку и помощь общинам, семьям и отдельным лицам посредством профилактических медико-санитарных мер и предоставления доступа к надлежащим лечебным медико-санитарным и социальным услугам. Они обеспечивают связь между поставщиками медико-санитарных, социальных и общинных услуг и общинами, которые могут испытывать трудности с получением доступа к этим услугам.

Описание задач

В число задач входят: (a) обеспечение просвещения общин и семей по ряду медико-санитарных вопросов, включая планирование семьи, борьбу с инфекционными заболеваниями и их лечение, профилактику отравлений, факторы риска ВИЧ и меры по профилактике передачи, факторы риска, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, насилие в семье, грудное вскармливание и другие темы; (b) оказание семьям помощи в развитии необходимых навыков и ресурсов в целях улучшения состояния здоровья, функционирования семьи и самообеспеченности; (c) проведение информационно-разъяснительной работы среди беременных женщин, в том числе тех, которые не охвачены дородовыми, медико-санитарными или другими общинными услугами, и среди других групп населения высокого риска с целью помочь им получить доступ к дородовым и другим медико-санитарным услугам; (d) обеспечение понимания родителями необходимости иммунизации детей и регулярной медико-санитарной помощи; (e) работа с родителями в домашних условиях с целью улучшения взаимодействия между родителями и детьми и содействия пониманию ими нормального развития детей; (f) обеспечение консультаций и просвещения по вопросам санитарии и гигиены с целью ограничения распространения инфекционных заболеваний; (g) хранение и распределение медицинских принадлежностей и материалов в целях профилактики и лечения эндемических заболеваний, таких как малярия и туберкулез, и инструктирование членов общины по вопросам использования этих продуктов; (h) оказание семьям помощи в получении доступа к медицинским и другим услугам в области здравоохранения *(24)*.

Общая формулировка и размытые границы между этими работниками здравоохранения, существование частично совпадающей терминологии в литературе (например, «непрофессиональные работники здравоохранения», «медицинские работники на местах», «тесно связанные с местными сообществами поставщики»), а также большие различия в политике в отношении сферы их практики, обучения и связи с системами здравоохранения способствовали подрыву усилий по укреплению систем предоставления помощи на уровне общин *(13)*.

Классификация согласно профессиональным группам МСКП и официальные названия должностей в той или иной юрисдикции не всегда соответствуют друг другу: в некоторых контекстах термин «общинный работник здравоохранения» или аналогичный термин используется по отношению к работникам здравоохранения, которых согласно принятой МОТ классификации МСКП было бы правильнее называть младшие специалисты сестринского и акушерского дела (МСКП 3221 и 3222), практикующий младший и средний медицинский персонал (МСКП 2240), младшие специалисты народной и комплементарной медицины (МСКП 3230) и так далее. Напротив, работники здравоохранения, имеющие функции и характеристики, соответствующие категории 3253 МСКП МОТ «общинные работники здравоохранения», могут классифицироваться и называться иначе в той или иной стране или юрисдикции (например, общинный сотрудник здравоохранения, промоутер, санитар, инструктор или доброволец).

Исходя из признания неопределенности в отношении использования термина «общинный работник здравоохранения» и размытых границ определения других видов работников здравоохранения на уровне общин, настоящее руководство и соответствующая методология, выбранная для стратегий поиска информации для обзоров литературы, были разработаны с помощью стратегии широкого поиска, которая, помимо термина «общинный работник здравоохранения», включала широкий круг поисковых терминов, охватывающих как ОРЗ (согласно определению МСКП МОТ), так и другие виды работников здравоохранения на уровне общин. По этой причине настоящее руководство ориентировано главным образом на ОРЗ, однако оно относимо и применимо к другим видам работников здравоохранения на уровне общин, которые определяются в контексте настоящего документа как «работники здравоохранения, базирующиеся в общинах (т.е. ведущие информационно-разъяснительную работу вне учреждений первичной медико-санитарной помощи или базирующиеся в периферийных медицинских пунктах, в штате которых нет врачей или медсестер), которые работают либо на платной, либо на добровольной основе, которые не являются профессиональными работниками и которые проходили подготовку продолжительностью менее двух лет, однако прошли хотя бы какую-то подготовку, пусть даже и в течение нескольких часов» *(25)*. Полная стратегия поиска для предварительного оценочного обзора литературы **(глава 5** и **приложение 1)** и детальная методология, охватывающая критерии включения и исключения, обеспечивают дополнительные сведения о базе фактических данных, которая рассматривалась при разработке настоящего руководства. Дополнительные методологические сведения содержатся в посвященном методам разделе прилагаемых систематических обзоров.

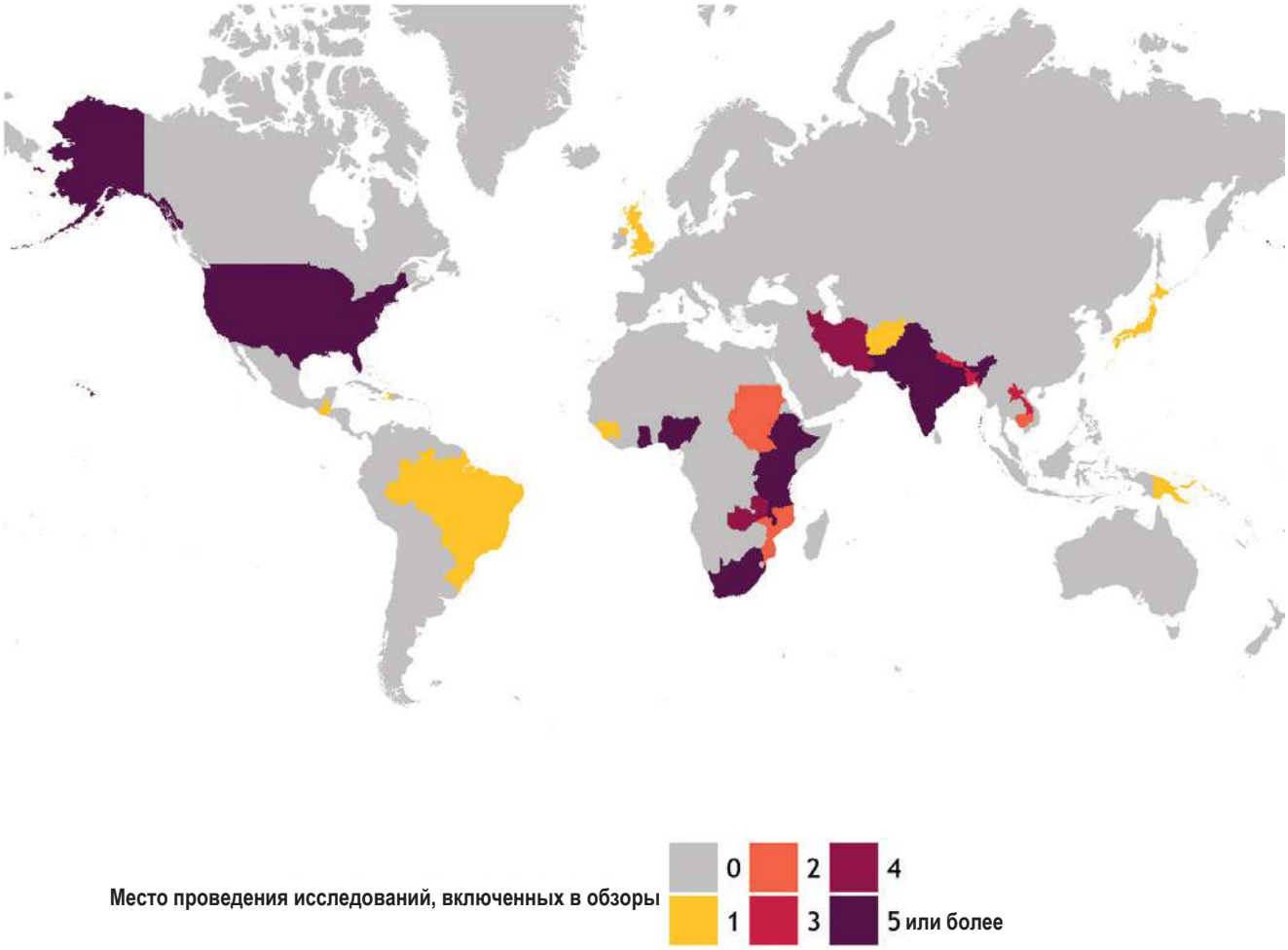
4.3 Географический охват

Настоящее руководство ВОЗ является глобальным, и в силу этого не устанавливалось никаких ограничений в отношении географической направленности рекомендаций или стратегий поиска в рамках обзоров литературы, которые было поручено подготовить.

Однако следует отметить, что большинство исследований, включенных в 15 систематических обзоров по вопросам политики, относились к опыту работы ОРЗ в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии, при этом фактические данные из других регионов были представлены в меньшей степени и имелось более ограниченное число исследований в странах с высоким уровнем доходов (за заметным исключением Соединенных Штатов Америки, в которых было проведено несколько исследований из числа включенных в обзоры) (рис. 1). Это имеет последствия для генерализуемости найденных фактических данных и их применимости к условиям, отличающимся от тех, к которым относятся первичные фактические данные. Эти аспекты более подробно обсуждаются в разделе, посвященном соображениям, связанным с толкованием и осуществлением каждой рекомендации.

Каждый обзор был построен в соответствии со стандартным методом PICO (группа населения, мера вмешательства, сравнение, результат). Вопросы относились к недостаточно обслуживаемым общинам, при этом отмечалась особенно важная роль, которую могут играть в этих условиях ОРЗ, а также признавалось, что недостаточно обслуживаемые общины могут существовать в странах, находящихся на всех уровнях социально-экономического развития. Однако многие рекомендации относятся к действиям и политике на уровне систем здравоохранения, в результате чего они приобретают более широкое значение и могут применяться ко всей стране или юрисдикции.

Рисунок 1: Географическое распределение исследований, включенных в 15 систематических обзоров по вопросам PICO



4.4 Категории рассматриваемых мер вмешательства

В настоящем руководстве используется подход с позиций систем здравоохранения. В частности, в нем определяются факторы, благоприятствующие политике и системам, которые необходимы для оптимизации разработки и достижения результатов инициатив в отношении ОРЗ; в рамках этой общей структуры особое внимание уделялось гендерному аспекту и достойным условиям труда, в особенности применительно к рекомендациям, для которых эти аспекты имели наибольшее значение. Пятнадцать вопросов политики, которые определяли направление исследований и были положены в основу рекомендаций, можно разделить на три общие категории.

1. Отбор, обучение и аттестация

1. Каким стратегиям отбора заявок на должность ОРЗ в отношении ОРЗ, проходящих отбор для вводного обучения, следует отдать предпочтение перед какими другими стратегиями?
2. Должна ли продолжительность подготовки ОРЗ, проходящих вводное обучение, быть меньше или больше?
3. Должна ли учебная программа для ОРЗ, проходящих вводное обучение, быть направлена на конкретные или неконкретные области компетенции?
4. Должны ли в учебной программе для ОРЗ, проходящих вводное обучение, использоваться конкретные механизмы реализации или нет?
5. Нужно ли проводить официальную аттестацию на основе профессиональных качеств в отношении ОРЗ, прошедших вводное обучение, или нет?

2. Управление и контроль

6. Каким стратегиям поддерживающего кураторства в контексте программ в отношении ОРЗ следует отдать предпочтение перед какими другими стратегиями?
7. Должны ли практикующие ОРЗ получать плату за свою работу в рамках программ в отношении ОРЗ или нет?
8. Должен ли у практикующих ОРЗ быть официальный контракт в рамках программ в отношении ОРЗ или нет?
9. Должны ли у практикующих ОРЗ быть возможности или механизм карьерного роста в рамках программ в отношении ОРЗ или нет?

3. Интеграция в систему здравоохранения и общины и поддержка с их стороны

10. Должен ли быть определен тот или иной размер целевой группы населения в контексте реализации программ в отношении ОРЗ или нет?
11. Должны ли практикующие ОРЗ собирать, обобщать и использовать медико-санитарные данные в контексте реализации программ в отношении ОРЗ или нет?
12. Должны ли практикующие ОРЗ работать в составе многопрофильных бригад в контексте реализации программ в отношении ОРЗ или в однопрофильной системе ОРЗ?
13. Действенны ли стратегии вовлечения общин с точки зрения повышения эффективности и расширения использования программ в отношении ОРЗ в контексте реализации программ в отношении ОРЗ?
14. Должны ли практикующие ОРЗ мобилизовать более широкие ресурсы общин на цели здравоохранения в контексте реализации программ в отношении ОРЗ или нет?
15. Каким стратегиям в контексте реализации программ в отношении ОРЗ следует отдать предпочтение в целях обеспечения наличия достаточного количества товаров и расходных материалов перед какими другими стратегиями?

Эти вопросы не рассматривались в предыдущих руководствах ВОЗ и представляют центральный элемент настоящего руководства.

В настоящем руководстве не давалось критической оценки фактических данных, относящихся к медико-санитарным услугам, которые ОРЗ могут обеспечивать с соблюдением стандартов качества, и в связи с этим в нем не содержится никаких рекомендаций в отношении этих аспектов. Опубликованные фактические данные и существующие руководства ВОЗ говорят в пользу делегирования определенных задач, связанных с профилактикой, диагностикой, лечением и уходом, например, в связи с ВИЧ, туберкулезом (ТБ), малярией, другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, рядом услуг по охране репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, гигиеной и санитарией, обеспечением соблюдения клиентом режима лечения, реабилитации и услуг для людей с инвалидностью и пропагандой и облегчением доступа недостаточно обслуживаемых групп к услугам **(рис. 2** и **приложение 2)**. Существующие (и будущие) руководства ВОЗ по конкретным заболеваниям остаются основным источником нормативных руководящих указаний в отношении того, какие конкретные услуги по профилактике, укреплению здоровья, диагностике, лечению и уходу эффективно оказывают ОРЗ **(приложение 3)**.

Помимо осуществления мероприятий на уровне отдельных лиц и семей, давно признается потенциал социальной и политической роли ОРЗ на уровне общин, связанный с мерами в отношении социальных детерминант здоровья с целью изменения условий жизни и организации общины. Этот аспект включает определение при участии общины проблем здравоохранения и реориентацию концепции и модели медико-санитарной помощи *(26, 27)*.

Рисунок 2: **Первичные медико-санитарные услуги, в отношении которых имеются некоторые фактические данные в подтверждение эффективности ОРЗ**

5

Как разрабатывалось настоящее руководство

Департамент трудовых ресурсов здравоохранения в штаб-квартире ВОЗ возглавлял разработку настоящего руководства в соответствии с процедурой и требованиями, изложенными в «Справочнике ВОЗ по разработке руководящих принципов» *(28)*.

5.1 Руководящая группа, Группа по разработке руководства и Группа внешней оценки

Руководящая группа ВОЗ (РГ) была создана для контроля процесса разработки руководства и управления им с участием представителей всех шести регионов ВОЗ и нескольких департаментов; Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) был также непосредственно представлен в РГ **(приложение 4, табл. А4.1)**. РГ возглавила формирование концепции на начальном этапе и разработала предложение по планированию руководства, определила членов Группы по разработке руководства (ГРР) и Группы внешней оценки (ГВО), способствовала проведению заседаний ГРР, разработала первый проект руководства и провела последующие раунды внесения изменений после получения материалов и замечаний от ГРР и ГВО.

ГРР, члены которой были непосредственно определены РГ на основе критериев отбора, изложенных в *«Справочнике ВОЗ по разработке руководящих принципов»*, была созвана для уточнения области охвата руководства, обзора резюме фактических данных и разработки рекомендаций. В число членов группы входили специалисты в предметных областях, исследователи из академических учреждений, потенциальные конечные пользователи, такие как специалисты по планированию и разработчики политики из правительств, ОРЗ, профсоюзы сектора здравоохранения и эксперты с опытом разработки руководств **(приложение 4, табл. А4.2)**.

ГВО была сформирована посредством открытого приглашения к выражению заинтересованности и процесса конкурсного отбора, при котором оценивались технические возможности содействия коллегиальному рецензированию руководства **(приложение 4, табл. А4.3)**. Роль ГВО заключалась в проведении коллегиального рецензирования проекта руководства, разработанного РГ и ГРР.

От членов ГРР и ГВО были получены декларации интересов, которые обрабатывались в соответствии с требованиями ВОЗ. Было сочтено, что заявленные интересы не препятствуют участию в процессе разработки или рецензирования рекомендаций (дополнительные сведения представлены в **приложении 4, табл. А4.4**). Состав всех трех органов (РГ, ГРР, ГВО) был сбалансированным с точки зрения представительства групповых интересов, географического и гендерного представительства.

ГРР провела двухдневное совещание в октябре 2016 г. в Женеве, Швейцария, с целью определения области охвата руководства посредством выявления относящихся к группе населения, мерам вмешательств, сравнению и результатам (PICO) вопросов, которые будут положены в основу отбора фактических данных и информационного обоснования методологии проведения систематических обзоров литературы.

Перед первым совещанием ГРР по области охвата руководства были проведены публичные слушания, в результате которых было представлено более 60 материалов. ГРР рассмотрела материалы, представленные на публичных слушаниях, в ходе своих обсуждений и расширила

область охвата руководства с первоначального списка из 10 вопросов PICO до окончательного полного списка из 15 вопросов. Второе совещание ГРР было проведено в течение трех дней в декабре 2017 г. в Аддис-Абебе, Эфиопия, с целью рассмотрения резюме фактических данных и формулирования рекомендаций руководства.

При разработке таблиц принятия решений на основе фактических данных ГРР проанализировала фактические данные и другие рассматриваемые элементы, включая масштаб последствий, соотношение преимуществ и недостатков, затраты и рентабельность, последствия для справедливости в области здравоохранения, приемлемость и осуществимость.

Что касается направленности и силы рекомендаций, ГРР всегда пыталась выносить решения на основе обсуждения, ведущего к консенсусу. В большинстве случаев удавалось достичь единодушного решения на основе обсуждения, и по большинству рассматриваемых рекомендаций не требовалось проводить формальное голосование. В большинстве случаев из-за низкой или очень низкой доказательности фактических данных рекомендации носили условный характер. В редких случаях ГРР выносила строгую рекомендацию, несмотря на низкую или очень низкую доказательность фактических данных, учитывая другие факторы, в том числе права работников здравоохранения и соображения справедливости и гендерные аспекты. В случаях, когда, несмотря на низкую или очень низкую доказательность фактических данных, давались строгие рекомендации, ГРР проводила формальное голосование, результат которого приводится в разделах, посвященных конкретным рекомендациям. В случаях, когда проводилось голосование, большинство определялось как 80% или более от числа присутствующих на заседании и принимающих участие в голосовании членов ГРР.

После второго совещания ГРР РГ подготовила проект руководства, который был впоследствии рассмотрен ГРР и ГВО, вносившими в проект изменения и уточнения в рамках итеративного процесса, перед официальным представлением Комитету ВОЗ по рассмотрению руководящих указаний, который утвердил руководство 20 июня 2018 года.

5.2 Источники фактических данных для руководства

Для поддержки разработки настоящего руководства использовались главным образом три основных источника фактических данных, которые рассматривались в качестве основной информационной базы.

- Был проведен обзор соответствующей литературы посредством систематического обзора опубликованных обзоров литературы *(29)*; в 11 базах данных был осуществлен поиск обзорных статей, опубликованных в период между 1 января 2005 г. и 15 июня 2017 года. Включались обзорные статьи об ОРЗ с подготовкой продолжительностью не более двух лет. Группа по проведению обзора оценила методологическое качество обзоров согласно критериям AMSTAR и представила отчет о результатах по стандартам PRISMA[2].
- Были проведены специальные систематические обзоры литературы по каждому из 15 вопросов PICO. Был осуществлен поиск соответствующих исследований в восьми электронных базах данных: Medline, Embase, Cochrane library, CINAHL, PsycINFO, LILACS, Global Index Medicus и POPLINE. Кроме того, в трех базах данных (OpenGrey, TROVE и Google Scholar) был осуществлен поиск литературы, не индексированной в медицинских базах данных. Все 15 систематических обзоров, относящихся к 15 вопросам PICO, были подкреплены первичным поиском с целью определения в общих чертах всех возможных исследований, связанных с ОРЗ, во всех странах **(табл. 1)**; затем среди результатов был осуществлен дальнейший поиск исследований, имеющих особое значение для 15 вопросов PICO. Кроме того, был проведен 16-й обзор, объединяющий общие факторы, относящиеся к осуществимости, приемлемости и соображением, связанным с реализацией. Были разработаны конкретные критерии включения и исключения, которые последовательно применялись во всех обзорах **(табл. 2)**. Методология обзоров включала попытку разделить фактические данные на категории согласно набору критериев, позволяющих дифференцировать ОРЗ в зависимости от таких характеристик, как их роль, уровень подготовки, статус и вознаграждение. В обзорах была принята единая методология, включая анализ доказательности фактических данных с использованием профилей фактических данных GRADE, инструмента Кокрановского сотрудничества для оценки систематической ошибки, шкалы Ньюкасл-Оттава для оценки качества исследований и метода GRADE-CERQual (достоверность фактических данных из обзоров качественных исследований).

[2] AMSTAR — оценка множественных систематических обзоров; PRISMA — предпочтительные элементы отчетности для систематических обзоров и метаанализов.

Для оценки относительного значения различных результатов и осуществимости и приемлемости мер вмешательства, рассматриваемых в разрабатываемом руководстве, было проведено обследование мнений заинтересованных сторон *(30)*.

Онлайновая анкета для самостоятельного заполнения была распространена на английском и французском языках среди заинтересованных лиц посредством трех основных каналов: списка контактов ВОЗ по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения; онлайновой платформы «Медицинская информация для всех» (HIFA); и участников Конференции по вопросам институционализации общинного здравоохранения 2017 г., проведенной в Южной Африке в 2017 году. Участвовать в опросе могли заинтересованные стороны, которые прямо или косвенно участвовали в осуществлении программ в отношении ОРЗ в странах. Ответы ранжировались с использованием 9-балльной шкалы Ликерта (при этом 9 означает высший уровень значимости, приемлемости или осуществимости, а 1 — низший).

Таблица 1: Общая стратегия поиска по 15 вопросам PICO

Категория PICO	Подход
Группа населения	В проект были включены исследования, посвященные определяемым с помощью конкретных критериев включения ОРЗ. Этот общий поиск применялся ко всем категориям PICO, которые входили в данный проект
Мера вмешательства	Были разработаны поисковые цепочки для конкретных категорий PICO с целью определения различных мер вмешательства, включенных в каждый из 15 систематических обзоров. Каждая из этих конкретных стратегий поиска объединялась с общим поиском с формированием окончательной стратегии поиска по теме каждого систематического обзора
Сравнение	Не использовались никакие дополнительные поисковые термины с целью ограничения выходных данных конкретными условиями сравнения. Включались все исследования независимо от сравнений, о которых сообщалось
Результат (результаты)	Не использовались никакие дополнительные поисковые термины с целью ограничения выходных данных конкретными результатами. Вместо этого отбирались все публикации независимо от результатов, о которых сообщалось
План исследования	В 15 систематических обзоров включался любой план исследования

Таблица 2: Критерии включения и исключения

Включались	Исключались
Публикации, в которых сообщается об исследовании	Публикации, в которых не сообщается об исследовании, например: авторские статьи, редакционные статьи, тезисы конференций; исследования на основе единичного случая; письма; информационно-разъяснительные материалы
Исследования, посвященные практикующим общинным работникам здравоохранения: • ОРЗ, которые осуществляют связанные со здравоохранением мероприятия в своей общине на уровне населения • эти мероприятия осуществляются в общине, с которой они непосредственно связаны (живут в этой общине, подотчетны общине) • ОРЗ, которые не прошли никакой формальной подготовки или прошли только базовую формальную подготовку; эта подготовка может признаваться медико-санитарными службами или аттестационным органом, однако не входит в программу формального высшего и среднего специального образования или не предполагает аттестации (например, присуждения степени, диплома, звания, выдачи свидетельства)	Исследования, посвященные не относящимся к ОРЗ работникам, таким как медсестры, врачи, прошедшие формальную подготовку санитарки; медицинские ассистенты, помощники врача; средние медицинские работники в спасательных и противопожарных службах; другие работники, исполняющие вспомогательные роли, например: работники среднего уровня и самоназванные специалисты здравоохранения или специалисты-практики; народные, религиозные и комплементарные целители и традиционные повитухи Исследования, посвященные непрактикующим (т.е. отошедшим от дел или безработным) ОРЗ
Исследования, проводимые в странах с высоким уровнем доходов и в странах с низким и средним уровнем доходов	
Исследования, проводимые в недостаточно обслуживаемых общинах (по определению авторов первичных исследований)	Исследования, проводимые в общинах с хорошим обслуживанием
Исследования, проводимые среди населения в целом	Исследования, проводимые среди конкретных групп населения (например, в лагерях беженцев, среди кочевников)
Исследования, опубликованные на английском языке	Исследования не на английском языке
Исследования, опубликованные в 1990 г. или позже	Исследования, опубликованные до 1990 г.

6

Результаты

6.1 Систематические обзоры обзоров

Для проведения систематического обзора обзоров посредством процедуры конкурсных торгов была отобрана международная группа, базирующаяся в Университете Джона Хопкинса.

Цель этого анализа заключалась в обобщении современных представлений о том, как лучше разрабатывать и использовать программы в отношении ОРЗ в системах здравоохранения. Группа по проведению обзора определила 122 обзора (75 систематических обзоров, из которых 34 представляли собой метаанализы, и 47 несистематических обзоров). Программы в отношении ОРЗ, включенные в эти обзоры, различались с точки зрения осуществляемых мер вмешательства, отбора и подготовки ОРЗ, контроля, вознаграждения и интеграции в систему здравоохранения. К характеристикам, которые, как представляется, способствовали достижению позитивных результатов программ в отношении ОРЗ, относились встроенность в общины (в силу чего члены общины ощущают ответственность за программу и поддерживают позитивные отношения с ОРЗ), поддерживающее кураторство, непрерывное обучение, надлежащие логистическая поддержка и снабжение и интеграция в систему здравоохранения. Группа по проведению обзора выявила пробелы в фактических данных, в том числе в отношении прав и потребностей ОРЗ, в отношении действенных подходов к обучению и кураторству, в отношении ОРЗ как проводников перемен в общинах и в отношении влияния на децентрализацию систем здравоохранения, социальную ответственность и стратегическое руководство. В то время как результаты систематического обзора обзоров, отражающие фактические данные из независимо проведенных обзоров, как правило, не относились к основному предмету вопросов PICO, в ряде случаев они обеспечили полезные дополнительные фактические данные и контекстуальную информацию по некоторым из вопросов PICO.

6.2 Систематические обзоры по 15 вопросам PICO

Для разработки систематических обзоров по каждому из 15 вопросов PICO, отобранных ГРР, был отобран Центр по вопросам фактических данных и осуществления в консорциуме с Мельбурнским университетом, организацией Campbell Collaboration (Кэмпбеллское сотрудничество), Международной инициативой по оценке воздействия (3ie), Торонтским университетом, Ньюкаслским университетом, Сиднейским университетом, Аделаидским университетом, Университетом Айовы, организацией American Institutes for Research (Американские исследовательские институты) и Университетом Ага-хана.

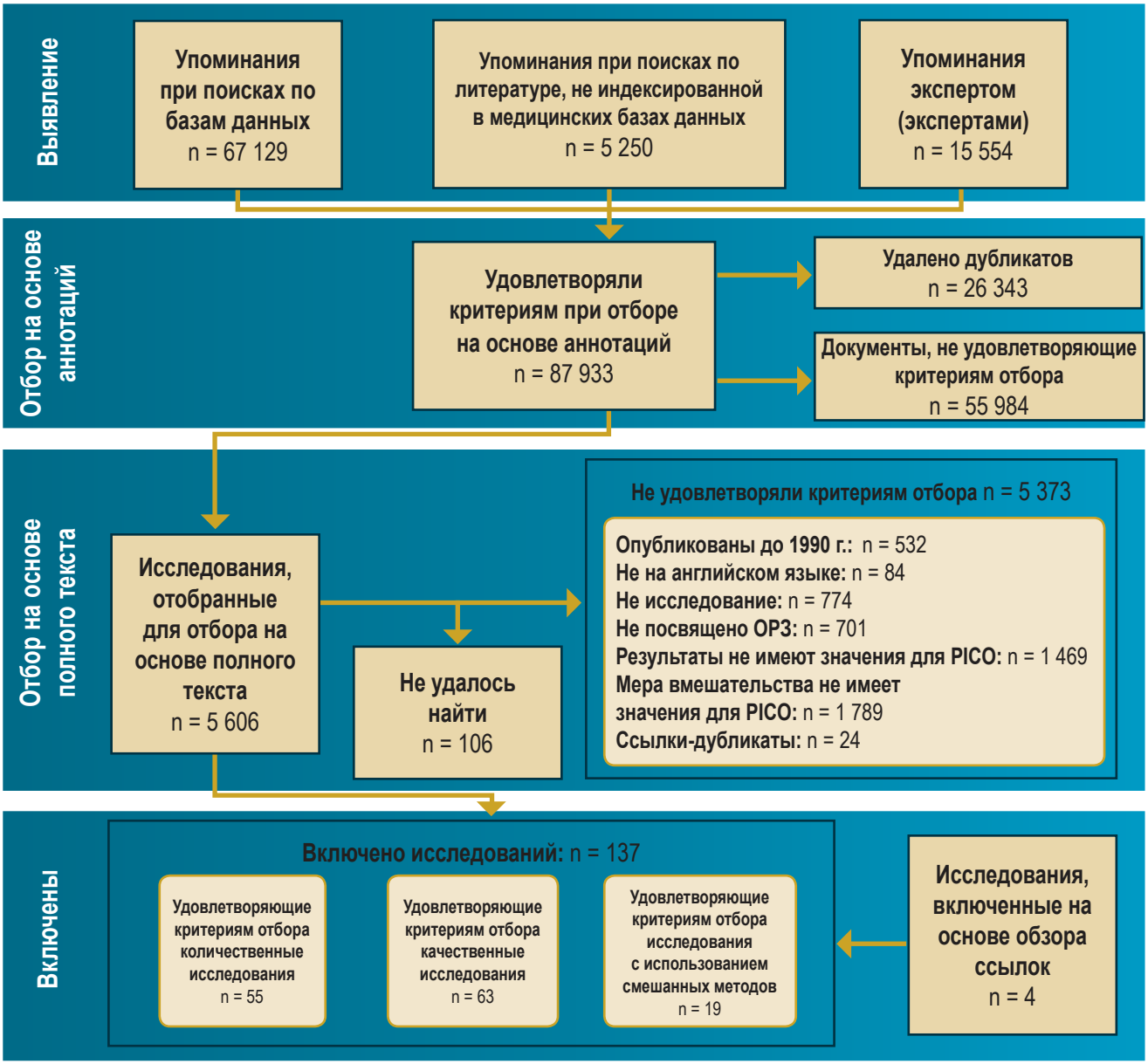
В совокупности в 15 обзоров PICO в итоге было включено 137 исследований из 87 933 аннотаций, удовлетворяющих критериям предварительного отбора (рис. 3). В результате некоторых обзоров было выявлено несколько десятков статей, соответствующих критериям для включения, а по итогам других не было включено ни одного исследования. Несмотря на осознанное стремление к этому, в большинстве из выявленных исследований не удалось найти достаточную информацию о характеристиках ОРЗ, которая позволила бы разделить результаты и вытекающие из них рекомендации на категории в зависимости от характеристик ОРЗ, таких как их роль, уровень подготовки и статус с точки зрения оплаты. Одно из важных ограничений систематических обзоров по конкретным вопросам PICO было связано с тем, что включались только обзоры на английском языке. Однако более широкие фактические данные об ОРЗ, публикуемые на других

языках, кроме английского, получили отражение в обзоре обзоров, в которых стратегия поиска не имела ограничений по языкам и в число которых были включены также четыре обзора, опубликованные на португальском языке. В обзоре обзоров получили также отражение — косвенно через выявленные обзоры — фактические данные из первичных исследований, опубликованных на нескольких языках.

Детальные результаты, касающиеся фактических данных и последствий с точки зрения политики, сведены в категории на основе вопросов PICO и обсуждаются более подробно в следующем разделе, посвященном рекомендациям руководства. Полный текст проектов обзоров литературы доступен на веб-сайте ВОЗ[3]. Кроме того, пробелы в фактических данных, выявленные посредством систематических обзоров, были подтверждены в разделе о пробелах в исследованиях.

Подтверждение и обеспечение качества систематических обзоров обеспечивались посредством коллегиального рецензирования департаментом-заказчиком (Департамент трудовых ресурсов здравоохранения ВОЗ), другими членами РГ и отдельными членами ГРР и ГВО.

Рисунок 3: Диаграмма исследований по стандартам PRISMA, оцениваемых в систематических обзорах



[3] Проекты обзоров литературы приводятся для ознакомления и для справки с целью увязки содержания настоящего руководства с контекстом. Систематические обзоры будут также представлены на рассмотрение в рецензируемые журналы, и в них могут быть внесены некоторые дополнительные изменения в результате рецензирования и редакционного процесса.

6.3 Обследование мнений заинтересованных сторон

Для оценки приемлемости и осуществимости вариантов политики, рассматриваемых в руководстве, заинтересованными сторонами с целью расширения внедрения и использования разрабатываемых рекомендаций было проведено обследование.

Было получено в общей сложности 96 материалов, в основном от разработчиков политики, специалистов по планированию, руководителей и исследователей, участвующих в разработке, осуществлении, мониторинге и оценке программ в отношении ОРЗ. Большинство респондентов представляли Африканский регион; недостатком было то, что в этой группе сами ОРЗ были представлены в недостаточной степени. Все результаты мер вмешательства ОРЗ были сочтены по меньшей мере важными, а некоторые оценивались как крайне важные. Самыми важными результатами были расширение охвата медико-санитарными услугами и повышение качества медико-санитарных услуг, оказываемых ОРЗ. Большинство мер вмешательства в области политики и систем здравоохранения, рассматриваемых в настоящем руководстве, были также сочтены приемлемыми и осуществимыми. Приемлемость и осуществимость были неопределенными в случае небольшого числа рассматриваемых мер вмешательства, таких как использование необходимых и желательных критериев отбора ОРЗ для вводного обучения; к ним относились, например, отбор ОРЗ на основе возраста и наличия оконченного как минимум среднего образования. Результаты обследования — представленные в Приложении 5 — послужили информационной базой разработки ГРР таблиц принятия решений на основе фактических данных и в конечном счете рекомендаций.

7

Рекомендации

Рекомендация 1: Отбор для вводного обучения

Рекомендация 1A
ВОЗ *предлагает* использовать следующие критерии при отборе ОРЗ для вводного обучения:
- минимальный уровень образования, который соответствует рассматриваемой задаче (задачам);
- принадлежность к целевой общине и признание ею;
- гендерное равенство с учетом контекста (рассмотрение возможности позитивного действия с преимущественным отбором женщин с целью расширения их прав и возможностей и, где это необходимо в силу культуры, с целью обеспечения приемлемости услуг для населения или целевой группы); и
- личные качества, возможности, ценности и жизненный и профессиональный опыт кандидатов (например, когнитивные способности, честность, мотивированность, навыки межличностного общения, проявленная приверженность работе в интересах общины и склонность к государственной службе).

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

Рекомендация 1B
ВОЗ *предлагает не* использовать следующий критерий при отборе ОРЗ для вводного обучения:
- возраст (за исключением требований национальной политики в области образования и труда).

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

Рекомендация 1C
ВОЗ *рекомендует не* использовать следующий критерий при отборе ОРЗ для вводного обучения:
- семейное положение.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — строгая.

7.1.1 Справочная информация о рекомендации

Действенный наем и отбор ОРЗ для вводного обучения могут повысить эффективность работы ОРЗ и качество оказываемых услуг. Критерии отбора могут быть различными в зависимости от того, какие социально-демографические характеристики имеют наибольшее значение для общины или для осуществляемой меры вмешательства. Применительно к крупномасштабным программам в отношении ОРЗ рассматриваемые критерии, как правило, включают возраст, пол, уровень грамотности, уровень образования, семейное положение и географическое местонахождение (31). Как правило, предполагается активное участие обслуживаемой общины в процессе найма ОРЗ с целью обеспечения того, что ОРЗ будет пользоваться доверием и будет принят общиной.

7.1.2 Обоснование рекомендации

ГРР рассмотрела преимущества и недостатки наличия критериев отбора для записи кандидатов на вводное обучение ОРЗ. Единодушное мнение членов ГРР заключалось в том, что отбор наиболее подходящих кандидатов на должность ОРЗ чрезвычайно важен для успеха мер медико-санитарного вмешательства на уровне общины. Однако выбор критериев, которые необходимо принять, зависит от фактических данных, подтверждающих эффективность, а также от более широких соображений политики, связанных с ценностями и предпочтениями, которые могут сильно различаться в разных условиях.

Кроме того, ГРР отметила, что данная рекомендация затрагивает правозащитный аспект — фундаментальное право на равенство возможностей и обращения в процессе трудоустройства или осуществления профессиональной деятельности *(32)*.

В целом, исходя из оценки имеющихся фактических данных, опыта ГРР и правозащитной точки зрения, ГРР пришла к заключению, что потенциальные преимущества перевешивают недостатки при отборе ОРЗ для вводного обучения на основе

личных качеств и возможностей, таких как мотивированность, честность, навыки межличностного общения, принадлежность к общине и признание ею в результате участия общины в процессе отбора и соответствующий минимальный образовательный уровень. Напротив, потенциальные риски, особенно в связи с несправедливой дискриминацией, вероятно, перевешивают потенциальные преимущества в том, что касается таких критериев, как возраст и, в особенности, семейное положение. С учетом большого числа препятствий, с которыми сталкиваются женщины на пути к участию в рабочей силе, и вытекающего из этого неравенства с точки зрения гендерной стратификации глобальных трудовых ресурсов здравоохранения рекомендуется проводить упреждающую политику в целях содействия гендерному равенству *(33)* и максимизации участия женщин в отборе и найме. А в некоторых обстоятельствах, когда этого требуют функции и культурные нормы ОРЗ, может быть целесообразным ограничить отбор женщинами, например в тех случаях, когда оказание услуг по охране репродуктивного здоровья и здоровья матерей приемлемо для общин, только если услуги оказываются женщинами.

Доказательность фактических данных была сочтена очень низкой (см. ниже). По этой причине ГРР вынесла условную рекомендацию в пользу принятия в качестве критериев отбора личных качеств, принадлежности к общине и признания ею и соответствующих минимальных уровней образования, признав при этом, что существуют примеры передовой практики помимо минимальных уровней образования, рекомендуемых в настоящем документе.

Не было выявлено никаких фактических данных относительно принятия возраста в качестве одного из критериев отбора. Признавая риск злоупотреблений в результате потенциально дискриминационной политики, ГРР решила выдать условную рекомендацию об отказе от использования этого критерия. Поскольку не было выявлено никаких фактических данных в пользу использования семейного положения в качестве одного из критериев отбора, однако было признано, что в некоторых условиях этот критерий применяется, ГРР единогласно вынесла строгую рекомендацию об отказе от использования семейного положения в качестве одного из критериев отбора во избежание риска дискриминационной практики. Использование семейного положения в качестве одного из критериев нарушало бы права человека, связанные с доступом к возможностям образования и трудоустройства, при этом существовал бы риск несправедливой и не вызванной необходимостью дискриминации. ГРР была также обеспокоена тем, что отбор на основе семейного положения мог бы увековечить и усилить существующую динамику лишения прав и возможностей по гендерному признаку.

7.1.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.1)**[4], в котором рассматривается следующий вопрос: *«Каким стратегиям отбора заявок на должность общинных работников здравоохранения в отношении ОРЗ, проходящих отбор для вводного обучения, следует отдать предпочтение перед какими другими?» (34)*, выявлены 16 удовлетворяющих критериям исследований, из которых три были количественными *(35–37)* и 13 — качественными *(38–50)*. Десять из них рассматривали программы в отношении ОРЗ в странах Африки к югу от Сахары, три — в Регионе Юго-Восточной Азии и два — в Регионе стран Америки. Все исследования касались опыта стран с низким уровнем доходов и с уровнем доходов ниже среднего, за исключением одного исследования в Соединенных Штатах Америки. В результате обзора были выявлены некоторые фактические данные, свидетельствующие о том, что более высокие уровни образования могут способствовать повышению производительности и расширению медико-санитарных знаний — двух необходимых элементов для оказания эффективных и действенных услуг. Это может быть связано с более высокими уровнями грамотности, что позволяет быстрее и более точно выполнять определенные задачи. Результаты количественных исследований подкреплялись дополнительными выводами по итогам качественных исследований, которые показали, что при выполнении потенциально трудных задач ОРЗ с более высоким уровнем образования оценивались более позитивно, чем менее образованные ОРЗ. Одним из видов практики, который, как предполагается в качественных исследованиях, вероятно, ведет к более позитивным результатам, является участие членов общины в процессе отбора ОРЗ. Результаты, по-видимому, указывают на то, что общины могут играть важную роль в определении успеха ОРЗ. В целом доказательность фактических данных была оценена как очень низкая.

Систематический обзор обзоров показал, что ОРЗ признаются общинами в тех случаях, когда члены общин доверяют им, уважают их и чувствуют ответственность за программу, что может быть достигнуто, если наделить общины ролью в отборе ОРЗ и определении деятельности ОРЗ *(51)*. Признание ОРЗ общиной и ее мнение, что программа в отношении ОРЗ целесообразна в местных условиях и что она ответственна за нее, вероятно, связаны с повышенным уровнем удержания, мотивации, эффективности, подотчетности и поддержки ОРЗ.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон была выявлена высокая степень приемлемости и осуществимости отбора ОРЗ на основе их личных качеств (например, когнитивных способностей и предшествующего соответствующего опыта) и принадлежности к целевым общинам, но при этом отмечалась различная и неопределенная

[4] В Приложении 6 обобщены основные элементы фактических данных, вытекающие из каждого из 15 обзоров, которые были рассмотрены при разработке рекомендаций руководства. Из-за своего объема оно доступно только в виде веб-приложения.

степень осуществимости и приемлемости отбора на основе уровня образования и, в особенности, возраста.

7.1.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Уровень образования. Наиболее подходящий уровень начального или среднего образования, полученного до подготовки ОРЗ, может зависеть от сложности задач, выполняемых ОРЗ. В то время как более высокий уровень ранее полученного образования может быть связан с более высоким уровнем знаний и эффективности, среди более образованных ОРЗ возможен повышенный отток кадров (вследствие более привлекательных и разнообразных возможностей трудоустройства). Требование относительно более высокого уровня образования может чрезмерно ограничивать число потенциальных кандидатов, во многих условиях связано с риском исключения в особенности женщин и было бы трудноосуществимым в условиях низкого уровня образования. Минимальный уровень образования, который считается приемлемым, будет зависеть от выполняемых задач, условий предоставления услуг и доступного обеспечения подготовки. Проверка с целью выявления определенных профессиональных качеств при отборе (например, грамотности и умения считать) может считаться одним из альтернативных подходов в условиях, когда установление жестких требований к уровню образования означало бы чрезмерное ограничение числа кандидатов, особенно женщин.

Принадлежность к целевой общине. ГРР сочла, что принадлежность к целевой общине (определяемой по географическому признаку или как группа населения, такая как кочевые общины, люди, живущие с ВИЧ, люди, объединяемые кастовой, религиозной принадлежностью или культурными представлениями) и признание ею может быть важным критерием в процессе отбора.

Возраст. Не было выявлено никаких фактических данных, которые оправдывали бы использование возраста в качестве одного из критериев отбора (помимо соблюдения минимального установленного законом трудоспособного возраста). Возраст может быть важным фактором в некоторых условиях, однако не всегда ясно, каким образом он может или должен использоваться: теоретически обучение более молодых ОРЗ может способствовать увеличению продолжительности периода трудовой деятельности, но в то же время имеются сообщения о повышенной текучести кадров среди более молодых ОРЗ. Личные ценности и способности, приобретенные благодаря ранее накопленному жизненному опыту, могут быть важнее возраста. ГРР сочла, что с точки зрения справедливости или прав человека в большинстве обстоятельств потенциальный вред от дискриминации по признаку возраста, вероятно, перевесил бы потенциальные выгоды. Поэтому возраст не должен быть ограничивающим фактором; сотрудники, отвечающие за отбор, должны отдавать приоритет другим критериям, таким как соответствующий жизненный опыт, приемлемость, заботливое отношение, ответственность и другие значимые личные качества.

Гендерная принадлежность. Не было выявлено никаких фактических данных, оправдывающих использование гендерной принадлежности в качестве одного из критериев отбора. ГРР сочла, что с точки зрения справедливости и прав человека необходимо избегать несправедливой дискриминации по признаку гендерной принадлежности. Учитывая существующее гендерное неравенство, особенно в условиях ограниченности ресурсов, ГРР отметила важность применения в процессе отбора критериев, способствующих повышению гендерного равенства. Следует поощрять процедуры найма и отбора, которые максимизируют участие женщин и способствуют расширению их прав и возможностей. ГРР также признала, что в некоторых культурных контекстах необходимо, чтобы определенные услуги — особенно связанные с охраной репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей — оказывались женщинами. Выбор гендерной принадлежности для использования в качестве одного из критериев отбора в определенных обстоятельствах и применительно к определенным услугам должен производиться с учетом местного социально-культурного контекста и конкретной функции, которую должны выполнять ОРЗ.

Семейное положение. В некоторых условиях в качестве одного из критериев отбора используется семейное положение. Однако не было выявлено никаких фактических данных, поддерживающих использование семейного положения в качестве критерия отбора. В отличие от других критериев отбора, по мнению ГРР, не существует никаких обстоятельств, при которых какие-либо теоретические (и недоказанные) преимущества использования семейного положения, вероятно, могут перевесить его негативные последствия. Поэтому использование этого критерия может ограничивать возможности найма эффективных ОРЗ и могло бы означать необоснованную дискриминацию и нарушать права человека и трудовые права. В силу этого для повышения справедливости и увеличения потенциального числа эффективных ОРЗ ГРР приняла строгую рекомендацию об отказе от использования семейного положения в качестве одного из критериев отбора.

7.1.5 Соображения, связанные с осуществлением

Успешный предварительный отбор, по всей видимости, предполагает не только проверку формальных характеристик кандидатов, таких как уровень образования. К личным качествам и ценностям, которые необходимо учитывать в процессе отбора, могут относиться соответствующие когнитивные навыки, ранее приобретенный опыт соответствующей работы, проявленные приверженность и отношение к работе в интересах общины, лидерские навыки, дальновидность, умение сотрудничать и адаптироваться к обстоятельствам и способность и желание последовательно

развивать понимание местных условий и общины. Участие общины в отборе может оказаться важным фактором в дополнение к проверке; отбор удовлетворяющего требованиям ОРЗ из числа представителей общины может также способствовать оказанию услуг, в большей степени отвечающих лингвистическим и культурным потребностям. В тех случаях, когда необходимо выбрать ОРЗ за пределами общины (например, из-за того, что ни один из членов общины не хочет выполнять эту задачу или не удовлетворяет минимальным требованиям для работы в данном качестве), обеспечение наличия у членов общины права голоса может повысить шансы на то, что ОРЗ будут интегрированы в общину и что они смогут более осмысленно помогать медицинской организации оказывать услуги с учетом местных нужд. Кроме того, участие общины в найме и отборе ОРЗ создает условия для диалога между членами общин и организациями здравоохранения, помогая им понять местные проблемы. В процессе отбора должны учитываться ценности специфических общинных структур. Следует избегать возможных предрассудков и дискриминации. В некоторых условиях в целях обеспечения приемлемости для общин может оказаться необходимым отдавать предпочтение женщинам при отборе ОРЗ для оказания услуг, связанных с охраной репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей. Общине и конечным пользователям может потребоваться учитывать в качестве критериев отбора основные ценности и качества кандидатов.

В критериях отбора должны учитываться приемлемость и осуществимость, а также уместность в местном контексте и в том, что касается нужд конечных пользователей услуг.

Рекомендация 2: Продолжительность вводного обучения

Рекомендация 2

ВОЗ *предлагает* использовать следующие критерии при определении продолжительности вводного обучения ОРЗ:

- объем работы и предполагаемые обязанности и функции;
- профессиональные качества, необходимые для обеспечения высокого качества предоставляемых услуг;
- уже имеющиеся знания и навыки (приобретенные либо в ходе ранее пройденной подготовки, либо в результате соответствующего опыта);
- социальные, экономические и географические обстоятельства лиц, проходящих подготовку;
- институциональные возможности обеспечения подготовки; и
- предполагаемые условия практики.

Доказательность фактических данных — низкая. Сила рекомендации — условная.

7.2.1 Справочная информация о рекомендации

На эффективность ОРЗ может влиять проходимое ими вводное обучение *(52)*. Некачественное обучение может не обеспечить достаточного уровня квалификации ОРЗ, необходимого для решения проблем здравоохранения, и может отрицательно повлиять на их мотивацию и приверженность делу *(53)*. В настоящее время продолжительность обучения ОРЗ не стандартизирована и составляет от нескольких часов до нескольких лет *(54, 55)*. Как правило, предполагается, что более продолжительное обучение позволяет уделить больше времени изучению учебного материала, призванного повысить уровень знаний, навыков и компетентности; однако более всесторонняя подготовка может быть нерентабельной, практически неосуществимой и в некоторых случаях излишней *(56)*.

7.2.2 Обоснование рекомендации

ГРР подошла к этому вопросу с точки зрения изучения возможности определения идеальной или желательной продолжительности вводного обучения ОРЗ. Фактические данные, собранные с помощью процесса систематических обзоров, были ограниченными и касались главным образом сравнения моделей с относительно короткими периодами обучения (несколько часов и несколько дней), в то время как программы, в которых ОРЗ играют поливалентную роль в различных областях первичной медико-санитарной помощи, предусматривают вводное обучение в течение нескольких месяцев. ГРР также отметила разнородность функций и обязанностей ОРЗ и исходного потенциала и условий, а также большие различия с точки зрения продолжительности обучения в разных странах. В свете этих факторов в ГРР возобладало мнение, согласно которому, хотя продолжительность обучения является важным фактором, определяющим опыт и потенциал ОРЗ в плане предоставления услуг, необходимая продолжительность обучения должна определяться на национальном уровне или в конкретной юрисдикции с учетом местных условий и потребностей. Поэтому ГРР сосредоточила внимание на выявлении критериев, которые должны лежать в основе внутриполитического диалога по вопросу об определении необходимой продолжительности вводного обучения.

7.2.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.2)**, проведенного по вопросу: *«Должна ли продолжительность подготовки общинных работников здравоохранения (ОРЗ), проходящих вводное обучение, быть меньше или больше?» (57)*, выявлены восемь удовлетворяющих критериям исследований (шесть количественных, два качественных). Четыре из включенных исследований были проведены в трех странах Африки (Уганде, Объединенной Республике Танзания, Замбии), два в Соединенных Штатах Америки и по одному в Гаити и Лаосской Народно-Демократической Республике. Все исследования, в которых проводилось сравнение подготовки

разной продолжительности, касались групп, в которых осуществлялись меры вмешательства, и контрольных групп при короткой продолжительности обучения (несколько дней или часов). Два исследования, в которых проводилось сравнение продолжительности подготовки, дали основание предположить, что подготовка большей продолжительности или частоты (например, полдня против получаса или три часа против отсутствия подготовки) может быть положительным образом связана с улучшенными показателями компетентности ОРЗ при проведении скрининга и диагностических тестов *(58, 59)*. Однако результаты трех межсекторальных исследований, касающихся связи между показателями компетентности ОРЗ и продолжительностью вводного обучения, были неоднозначными, при этом одно исследование свидетельствовало о наличии связи более высокого уровня компетентности с более продолжительной первоначальной подготовкой *(60)*, одно исследование свидетельствовало о различных последствиях более продолжительной подготовки *(61)*, а еще одно показало наличие обратной зависимости между продолжительностью подготовки и компетентностью *(62)*. В результате одного кластерного рандомизированного контролируемого исследования (РКИ) не было выявлено различия с точки зрения совершенствования навыков ОРЗ в зависимости от числа попыток, необходимых для сдачи экзамена по окончании курса, между группами ОРЗ, проходящими вводное обучение разной продолжительности *(63)*. В рамках двух качественных исследований сообщалось о том, что ОРЗ отдают предпочтение более продолжительной подготовке (*64, 65)*. Группа по проведению систематического обзора расценила общую доказательность фактических данных как низкую.

Систематический обзор обзоров показал, что обучения ОРЗ приводило к повышению уровня знаний или навыков ОРЗ, однако продолжительность подготовки не имела каких-либо единых последствий для действенности меры вмешательства *(16, 66)*. Оптимальный объем и вид подготовки, необходимой для ОРЗ, должны обосновываться с учетом контекста системы здравоохранения, ранее приобретенных ОРЗ навыков и опыта, статуса ОРЗ и функции, которую, как предполагается, они должны выполнять *(17)*.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон было установлено, что базовая подготовка большей продолжительности приемлема и осуществима (при этом не упоминалась какая-либо конкретная точка отсечения, определяющая более продолжительную подготовку).

7.2.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Сфера практики и функции ОРЗ различны, поэтому нецелесообразно определять в количественном выражении на глобальном уровне минимальную продолжительность вводного обучения. Продолжительность подготовки может быть связана с необходимыми профессиональными качествами, которые могут быть базовыми или более сложными в зависимости от предполагаемых функций (укрепление здоровья и профилактика или также лечение), а также ранее приобретенных грамотности и умения считать. Такие факторы, как объем работы, предполагаемая роль, общий состав трудовых ресурсов и модель оказания услуг, могут определять содержание подготовки и, как следствие, также продолжительность подготовки.

Факторы, влияющие на наиболее целесообразную продолжительность подготовки, могут включать статус после подготовки (например, работающий по контракту или найму сотрудник, занятый полный рабочий день, в отличие от добровольца, занятого неполный рабочий день); сферу практики, обязанности и функции; минимальные необходимые знания и навыки (например, в некоторых условиях может оказаться необходимым обеспечить некоторую первоначальную подготовку для устранения нехватки начальных навыков грамотности и умения считать, чтобы компенсировать ограниченный уровень ранее полученного образования); ранее приобретенный соответствующий профессиональный и жизненный опыт (например, проходящие обучение лица могут обладать реальным уже существующим потенциалом в результате членства в группах поддержки пациентов или аналогичных группах); институциональные возможности для обеспечения подготовки (включая наличие учебной инфраструктуры, преподавателей и кураторов на рабочем месте); социальные и географические обстоятельства лиц, проходящих обучение (например, для ОРЗ, происходящих из изолированных географических местоположений или работающих в таких условиях, ограниченный доступ к поддерживающему кураторству может вызывать необходимость в большей продолжительности первоначального обучения).

7.2.5 Соображения, связанные с осуществлением

Наиболее приемлемая продолжительность подготовки должна определяться в национальном или субнациональном контексте на основе местных нужд и обстоятельств, включая необходимость сохранения четкого разграничения ролей и ответственности с другими видами работников здравоохранения, работающих в составе комплексных бригад первичной медико-санитарной помощи. Продолжительность подготовки должна соответствовать критериям осуществимости, приемлемости и доступности по стоимости в контексте той или иной конкретной юрисдикции, при этом она должна быть достаточной для достижения желаемого уровня компетентности и опыта. Поскольку они существенным образом различаются в зависимости от функции, которую должны выполнять ОРЗ, предполагается, что для ОРЗ, играющих поливалентную роль и работающих на постоянной или регулярной основе (т.е. занимающихся осуществлением более сложных мер вмешательства или широкого круга первичных медико-санитарных услуг), потребовалось бы более продолжительное обучение по сравнению с ОРЗ, оказывающими единственную специализированную услугу на более нерегулярной

основе. В таблице 3 представлены отдельные примеры продолжительности вводного обучения, которая, по мнению лиц, определяющих политику на национальном уровне, необходима (как правило, несколько месяцев) с учетом целей обучения ОРЗ, играющих поливалентную роль. ОРЗ, исполняющие более ограниченный круг обязанностей, проходят менее продолжительное вводное обучение (например, 23 дня в случае аккредитованных общественных активистов в сфере здравоохранения в Индии) *(67)*.

При определении наиболее приемлемой продолжительности обучения следует учитывать роль и значение универсальных навыков (например, общение с пациентами, вовлечение общин), избегая чрезмерной сосредоточенности на передаче только диагностических и клинических навыков.

Продолжительность обучения, возможно, должна также отражать необходимость и целесообразность поэтапной подготовки на основе различных модулей, изучение которых организуется после нескольких периодов практической работы. Помимо продолжительности подготовки, для определения действенности вводного обучения не менее или даже более важными могут быть использование соответствующих методов обучения взрослых и надлежащий формат учебной программы. Метод обучения следует рассматривать комплексно в рамках более широкого набора стратегий, которые включают также поддерживающее кураторство надлежащего качества, периодичности и актуальности и возможности для периодической переподготовки и непрерывного профессионального развития.

Таблица 3: Продолжительность подготовки ОРЗ, играющих поливалентную роль

Страна	Местное название ОРЗ	Функции	Продолжительность вводного обучения
Мозамбик	Agentes polivalentes elementares (многофункциональные работники начального уровня)	Мероприятия по профилактике заболеваний и укреплению здоровья; эпиднадзор в области питания и вакцинации; диагностика, лечение и направление к специалистам в связи с широко распространенными заболеваниями; планирование семьи, ведение беременности и новорожденных; соблюдение схем лечения при ВИЧ и ТБ; представление медико санитарных данных	4 месяца (примерно 50% — теория, 50% — практика)
Пакистан	Lady health workers (работники в области охраны здоровья женщин)	Оказание первичных медико-санитарных услуг, с особым упором на охрану репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков, и организация общины посредством развития женских групп и комитетов по вопросам здоровья в обслуживаемом районе	15 месяцев (20% — теория, 80% — практика)
Эфиопия	Community health extension workers (общинные работники службы медико-санитарного просвещения)	Мероприятия по укреплению здоровья и профилактические мероприятия; диагностика, основные виды лечения и направление к специалистам при наиболее распространенных заболеваниях; основные виды информационной работы в целях изменения моделей поведения; административные обязанности, включая ведение медицинской документации, организацию обслуживания на уровне общины, управление запасами основных предметов медицинского назначения	12 месяцев (30% — теория, 70% — практика)

Источник: по материалам Bhutta et al. *(13)*.

Рекомендация 3: Профессиональные области в учебной программе вводного обучения

Рекомендация 3
ВОЗ *предлагает* включать следующие области профессиональных знаний в учебную программу вводного обучения ОРЗ, если их предполагаемая должность включает такие функции.

Основные
- услуги по укреплению здоровья и профилактике, выявление медико-санитарных и социальных потребностей семей и риска;
- интеграция в более широкую систему медико-санитарной помощи применительно к кругу задач, которые должны выполняться в соответствии с функцией ОРЗ, включая направление к врачам-специалистам, отношения сотрудничества с другими работниками здравоохранения в составе бригад первичной помощи, отслеживание пациентов, эпиднадзор за заболеваниями на уровне общин, мониторинг, сбор, анализ и использование данных;
- социальные и экологические детерминанты здоровья;
- обеспечение психосоциальной поддержки;
- навыки межличностного общения, связанные с конфиденциальностью, передачей информации, привлечением и мобилизацией общин; и
- личная безопасность.

Дополнительные:
- диагностика, лечение и уход в соответствии с предполагаемой функцией (функциями) и применимыми правилами относительно сферы практики.

Доказательность фактических данных — умеренная. Сила рекомендации — условная.

7.3.1 Справочная информация о рекомендации

Обеспечение наличия у ОРЗ необходимых навыков, чтобы они могли выполнять свою функцию в общине, чрезвычайно важно для их гарантированного позитивного воздействия на результаты в отношении здоровья населения. Однако в настоящее время не существует никаких стандартов относительно того, как следует обучать ОРЗ и как оценивать качество их навыков *(54)*. Вследствие этого существуют большие различия с точки зрения содержания учебных программ и оценки ОРЗ *(52)*.

Несмотря на важность компетентности ОРЗ, нет ясности в отношении относительного преимущества включения в программу подготовки ОРЗ более широких или более узких профессиональных навыков. Широкий спектр основных компетенций может обеспечить наличие у всех ОРЗ базовых навыков, необходимых для надлежащего выполнения своей функции. Однако обеспечение гибкости в отношении подготовки и оценки при учете конкретных нужд целевой общины может способствовать формированию навыков ОРЗ в соответствии с условиями их работы *(68)*.

7.3.2 Обоснование рекомендации

ГРР признала, что разнородность функций, которые выполняют ОРЗ, требует значительной гибкости при определении содержания программ вводного обучения и выигрывает от этого. Логика, положенная в основу рекомендации, заключалась в том, что, в то время как функции — а следовательно, и необходимые профессиональные навыки — могут быть различными, общий принцип, подтверждаемый некоторыми ограниченными фактическими данными, состоит в том, что включение конкретных компетенций и навыков в учебную программу улучшает потенциал и эффективность ОРЗ для выполнения соответствующей задачи (задач). Рекомендация была принята как условная, исходя из признания и важности ее адаптации к национальным и местным условиям и умеренной доказательности и чрезвычайно ограниченного объема лежащих в ее основе фактических данных.

7.3.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.3)**, проведенного по вопросу: *«Должна ли учебная программа для общинных работников здравоохранения (ОРЗ), проходящих вводное обучение, быть направлена на конкретные или неконкретные области компетенции?» (69)*, выявлены два удовлетворяющих критериям исследования, а именно пилотное квазиэкспериментальное (нерандомизированное) исследование *(70)* и более масштабное кластерное РКИ *(71)*, проведенные в сельских поселениях в Пакистане в 2008 (пилотное исследование) и 2011 (полномасштабное исследование) годах. Исследование включало работников в области охраны здоровья женщин (пилотное N = 96, полномасштабное N = 288), оказывающих основные услуги дородового ухода. В рамках обоих исследований подготовка в общинах, в которых осуществлялись меры вмешательства, проходила по стандартной учебной программе, а также по дополнительным конкретным темам учебной программы, касающимся мобилизации общины, основных видов ухода за новорожденными и группового консультирования. Все включенные исследования дали сходные результаты: включение в программу подготовки элементов специальных учебных курсов приводило к улучшению качества оказания ОРЗ нескольких услуг по постнатальному уходу (доля деторождений) в соответствии с основанными на фактических данных рекомендациями и снижению показателей мертворождаемости и неонатальной смертности. Результаты обеспечивают некоторые фактические данные в пользу включения дополнительных специальных учебных курсов в программу подготовки ОРЗ, по меньшей мере в условиях общин, в которых проводились эти исследования. Общая доказательность фактических данных оценивалась как умеренная.

Систематический обзор обзоров показал, что подготовка должна быть направлена на формирование как технических знаний и умений, так и социально ориентированных возможностей, таких как навыки передачи информации и консультирования, а также осведомленность о важности конфиденциальности *(5, 17, 53)*. Осведомленность о социальных и политических детерминантах здоровья *(72)* и навыки решения проблем также признавались важными *(51)*.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон были выявлены высокие уровни приемлемости и осуществимости различных компонентов подготовки ОРЗ, таких как модели поведения, способствующего профилактике заболеваемости и укреплению здоровья, вовлечение общин и интеграция в системы здравоохранения, но при этом различные и неопределенные уровни приемлемости и осуществимости придания медицинской направленности некоторым элементам учебной программы посредством включения диагностических и лечебных областей компетенции.

7.3.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Сфера практической деятельности и функции ОРЗ значительно различаются в разных странах и у разных ОРЗ, поэтому объем вводного обучения и содержание учебных программ невозможно стандартизировать. Это уже получило отражение в значительных различиях в содержании учебных программ в разных странах **(табл. 4)**, при этом в некоторых странах акцент делается преимущественно на компетенциях, связанных с охраной репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, а другие используют более широкий подход. Некоторые учебные программы, например, посвящены почти исключительно профилактическим мерам вмешательства и укреплению здоровья, а другие включают также диагностические и лечебные компетенции. Фактические данные, выявленные посредством систематического обзора, при их умеренной доказательности, относятся к одному виду

ОРЗ в одной стране, поэтому они характеризуются ограниченной генерализуемостью и применимостью. В силу этого включение специальных компетенций в учебные программы должно основываться на требованиях в национальном контексте, отражая при этом также международную передовую практику, как в других руководствах ВОЗ.

7.3.5 Соображения, связанные с осуществлением

Наиболее целесообразное содержание подготовки ОРЗ должно определяться на страновом уровне (в национальном либо субнациональном контексте) на основе местных потребностей и обстоятельств. Помимо конкретных технических навыков, перечисленных в рекомендации, в результате пройденной подготовки ОРЗ должны также приобрести понимание важности работы в пределах сферы своей функции и компетенции. Конкретные обстоятельства, такие как чрезвычайные ситуации, могут вызвать необходимость включения дополнительных специальных компетенций наряду с основными. Помимо определения наиболее приемлемого содержания программы подготовки, следует уделять должное внимание таким факторам, как наличие квалифицированных преподавателей, учебных материалов и надлежащей учебной инфраструктуры.

Таблица 4: Различия в содержании учебных программ вводного обучения ОРЗ

	Клинические, диагностические и лечебные услуги	Профилактика заболеваний, укрепление здоровья и реабилитация	Навыки консультирования, мотивирования и направления к специалистам	Мобилизация общины	Управление и административные обязанности
Бангладеш	Лечение 10 основных заболеваний: анемии, простуды, диареи, дизентерии, лихорадки, разрастания щитовидной железы, кишечного гельминтоза, дерматомикоза, чесотки и стоматита. Лечение туберкулеза под непосредственным наблюдением (DOT). Акушерская помощь и реанимация новорожденных. Сбор акушерского анамнеза, наблюдение за родами, осмотр новорожденных и запись результатов. Обучение визуальному наблюдению за симптомами новорожденных. Ведение случаев заболевания пневмонией у детей, включая новорожденных	Планирование семьи и профилактика отравления мышьяком, иммунизация женщин столбнячным анатоксином (СА), мониторинг роста детей, планирование семьи, грудное вскармливание, обеспечение ухода, личная гигиена и использование йодированной соли	Консультирование матерей и лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода за новорожденными. Навыки консультирования с целью поощрения грудного вскармливания. Дородовое и послеродовое консультирование. Навыки устного направления к специалистам	Поощрение людей к обращению за помощью, посещению на дому	
Бразилия	Использование пероральных регидратационных солей при диарее, ведение пневмонии и мониторинг роста. Дородовая помощь, включая лабораторные анализы, клинические осмотры, консультирование по вопросам грудного вскармливания и добавки железа	Поощрение грудного вскармливания, методы обеспечения здоровья семьи		Посещения на дому, социальная мобилизация, обеспечение связи семей с медико-санитарными службами	Сбор данных, включая демографическую, эпидемиологическую и социально-экономическую информацию о семьях
Буркина-Фасо	Роды, асептика и простые акушерские манипуляции				
Бутан	Оказание первой помощи при чрезвычайных обстоятельствах и незначительных заболеваниях	Оповещение о вспышках, медико санитарное просвещение для целей планирования семьи	Услуги по направлению к специалистам	Информационно-разъяснительная работа по вопросам иммунизации, деятельность по общинному развитию	
Гамбия	Роды на дому, дородовая и послеродовая помощь	Химиопрофилактика малярии	Направление в медицинское учреждение		
Гана	Уход во время беременности, родов и в послеродовой период				
Гватемала	Выявление акушерских осложнений	Обучение женщин распознаванию опасных симптомов во время беременности	Направление к специалистам в случае акушерских осложнений, поощрение женщин к обращению за дородовой помощью		

(продолжение следует)

Таблица 4: Различия в содержании учебных программ вводного обучения ОРЗ *(продолжение)*

	Клинические, диагностические и лечебные услуги	Профилактика заболеваний, укрепление здоровья и реабилитация	Навыки консультирования, мотивирования и направления к специалистам	Мобилизация общины	Управление и административные обязанности
Западный берег, сектор Газа и Палестина	Мазки по Папаниколау и обследование молочной железы	Укрепление здоровья, пропаганда контрацепции и повышение осведомленности и профилактика рака молочной железы и шейки матки	Консультирование и услуги с учетом потребностей женщин с небольшим числом детей	Посещения на дому в послеродовой период	
Индия	Обеспечение ухода во время беременности, родов и в послеродовой период, предоставление материнских наборов. Обеспечение иммунизации СА, оказание первичных медико-санитарных услуг	Услуги по планированию семьи	Консультирование по вопросам питания, оценка и направление заболевших новорожденных в больницу, выявление случаев беременности с высоким риском	Мобилизация общины, посещения на дому и регистрация домохозяйств	Регистрация и последующее наблюдение беременных женщин
Исламская Республика Иран	Охрана здоровья матери и ребенка	Планирование семьи, выявление случаев заболеваний, санитарное состояние окружающей среды и гигиена труда	Последующее наблюдение за больными		
Кения	Использование упрощенных рекомендаций по комплексному ведению детских заболеваний для одновременной классификации и лечения малярии, пневмонии и диареи/обезвоживания и использование карт лечения для содействия в применении этих алгоритмов	Поощрение планирования семьи, иммунизации и профилактики ВИЧ			
Китай	Дородовые услуги по охране здоровья матерей на низовом уровне, назначение антибиотиков и незначительные хирургические вмешательства				
Малайзия		Простые гигиенические процедуры, стерильность и основы знаний по вопросам питания			
Мали	Противомалярийное лечение для пациентов любого возраста, препараты цинка и пероральная регидратация при диарее (дети), амоксициллин для лечения пневмонии (дети), лечение острой недостаточности питания без осложнений, предоставление средств контрацепции	Консультирование по вопросам профилактики заболеваний, укрепления здоровья и планирования семьи	Услуги по направлению к специалистам в случае острых серьезных симптомов, таких как затрудненное дыхание и конвульсии, а также мониторинг и направление к специалистам в дородовой, послеродовой и неонатальный период	Мобилизация общины, поддержание связи с общинными добровольцами, поддержка кампаний массового распространения (противомоскитные сетки, противогельминтные таблетки)	,
Непал	Меры вмешательства, включая добавки железа и солей фолиевой кислоты, противогельминтные таблетки и вакцинация СА, распознавание опасных симптомов, квалифицированная акушерская помощь, экстренная акушерская помощь и основная медицинская помощь новорожденным	Медико-санитарное просвещение			
Пакистан		Безопасное материнство, просвещение по вопросам опасных симптомов во время беременности		Повышение осведомленности о первичной медико-санитарной помощи, включая охрану репродуктивного здоровья	

(продолжение следует)

Таблица 4: Различия в содержании учебных программ вводного обучения ОРЗ *(продолжение)*

	Клинические, диагностические и лечебные услуги	Профилактика заболеваний, укрепление здоровья и реабилитация	Навыки консультирования, мотивирования и направления к специалистам	Мобилизация общины	Управление и административные обязанности
Перу	Ведение больных диареей и пневмонией		Направление больных, нуждающихся в помощи, в вышестоящие учреждения	Картирование населения, выявление и отслеживание домохозяйств с детьми раннего возраста и беременными женщинами	
Уганда	Противомалярийное лечение при заболевании малярией, препараты цинка и пероральная регидратация при диарее, амоксициллин для лечения пневмонии, скрининг новорожденных и скрининг для выявления острой недостаточности питания	Консультирование по вопросам профилактики заболеваний, укрепления здоровья и планирования семьи	Услуги по направлению к специалистам в случае острых серьезных симптомов, таких как затрудненное дыхание и конвульсии, а также мониторинг и направление к специалистам в дородовой, послеродовой и неонатальный период	Мобилизация общины, поддержка кампаний массового распространения (противомоскитные сетки, противогельминтные таблетки)	Регистрация домохозяйств в обслуживаемом районе. Поддержка и взаимодействие с деревенскими комитетами по здоровью

Источник: по материалам Bhutta et al. *(13).*

Рекомендация 4: Условия вводного обучения

Рекомендация 4

ВОЗ *предлагает* использовать следующие условия проведения вводного обучения ОРЗ:

- сочетание теоретических знаний и практических навыков, при этом первоочередное внимание должно уделяться приобретению практического опыта под контролем;
- сочетание очного и электронного обучения, при этом первоочередное внимание должно уделяться очному обучению, дополняемому электронным обучением в тех случаях, когда оно необходимо;
- приоритизация подготовки в общине или вблизи нее при наличии возможности;
- проведение подготовки и предоставление учебных материалов на языке, на котором возможно оптимальное приобретение профессиональных знаний и навыков лицами, проходящими подготовку;
- обеспечение позитивной среды обучения; и
- рассмотрение возможности применения межпрофессиональных подходов к обучению, если это необходимо и возможно.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

7.4.1 Справочная информация о рекомендации

Для удовлетворения различных потребностей общины ОРЗ должны обладать основными компетенциями, связанными с выполнением ими своих функций *(73).* Такие компетенции и профессиональные качества могут формироваться и совершенствоваться посредством надлежащего и достаточного обучения (74). В некоторых случаях доступ к обучению является одним из важных факторов удержания ОРЗ *(75).*

Существует несколько подходов к подготовке ОРЗ, включая краткосрочные курсы, долгосрочные аттестационные программы и заочное обучение, и все они предполагают различные условия проведения обучения — от дидактического очного преподавания в учебном классе до онлайновых курсов в Интернете для самостоятельного изучения.

В то время как до начала 1990-х годов доминирующей формой подготовки было очное дидактическое преподавание в аудитории, в настоящее время в этих целях все активнее используется обучение на основе интернет-технологий (76). Хотя электронное обучение все еще ограничено в географическом отношении районами с более широкими возможностями подключения к веб-порталам, расширение доступа к Интернету и быстрый рост технологий обеспечивают повышенные возможности для разработки программ подготовки медико-санитарных работников, модернизации медико-санитарных услуг и укрепления систем здравоохранения *(77).*

В рамках более широкого обсуждения политики в области обучения других работников здравоохранения выявлен ряд вопросов, позволяющих получить косвенные фактические данные, которые могут учитываться также в связи с

обучением ОРЗ, включая потенциал расширения тематики медико-санитарного просвещения, с тем чтобы работники здравоохранения могли выступать в качестве проводников перемен в обслуживаемых ими общинах *(78)*; возможности, обеспечиваемые межпрофессиональными подходами к обучению *(79)*; и связь между размещением учебных заведений и проведением обучения в недостаточно обслуживаемых районах и удержанием работников здравоохранения в этих условиях *(80)*.

7.4.2 Обоснование рекомендации

ГРР намеревалась предоставить руководящие указания в обоснование решений о надлежащих условиях проведения вводного обучения. Результаты систематического обзора были ограниченными по охвату и не позволяли провести прямое сравнение с альтернативными формами проведения вводного обучения. В связи с этим ГРР рассмотрела в качестве основы для рекомендации также более широкие фактические данные, вытекающие из обзора обзоров, и косвенные фактические данные об обучении работников здравоохранения, признавая также ограничения и оговорки, связанные с их применением к ОРЗ.

7.4.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.4)**, в котором рассматривается вопрос: *«Должны ли в учебной программе для ОРЗ, проходящих вводное обучение, использоваться конкретные механизмы реализации или нет?» (81)*, выявлены пять удовлетворяющих критериям исследований (одно количественное, четыре качественных). Два исследования были проведены в Южной Африке, два в Соединенных Штатах и одно в Исламской Республике Иран. Количественное исследование представляло собой РКИ, в ходе которого сравнивались преимущества очной подготовки ОРЗ и обучения на основе веб-технологий с использованием метода подготовки с помощью почтовой рассылки учебных материалов ОРЗ, при этом никаких различий в результатах выявлено не было *(82)*.

Остальные четыре включенных исследования *(75, 83–85)* были качественными, в ходе них использовалась оценка до и после подготовки с целью изучения того, могло ли конкретное учебное мероприятие повысить уровень знаний и профессиональных навыков общинных работников здравоохранения.

В исследованиях рассматривались различные формы проведения подготовки. К ним относились:

- очное и дистанционное обучение для методов краткосрочного вмешательства;
- очное дидактическое преподавание в условиях аудитории;
- элементы интерактивного преподавания, такие как практическая демонстрация и ролевые игры;
- элементы эмпирического преподавания, такие как подготовка на рабочем месте, обратная связь с экспертом и кураторство.

Эти исследования указывают на то, что подготовка приводит к получению косвенных результатов и результатов в плане развития для ОРЗ в виде повышения уровня знаний, продвижения по службе, веры в собственные силы и самоуважения, уверенности и морального духа. Однако материал не содержит никаких ясных указаний на то, что какие-то конкретные формы обучения действеннее других.

Кроме того, ОРЗ придерживаются разных мнений относительно ценности и актуальности различных форм обучения. В то время как ОРЗ высоко оценивали гибкость подготовки на основе веб-технологий, они также называли полезной и содержательной очную и аудиторную подготовку. Группа по проведению систематического обзора оценила общую доказательность фактических данных как очень низкую.

Систематический обзор обзоров показал, что при подготовке ОРЗ следует использовать сочетание различных подходов (на основе знаний и навыков) *(17, 86, 87)*.

7.4.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Более широкая литература по вопросу о действенных подходах к обучению, опубликованная в других секторах, указывает лишь на умеренную полезность разовой теоретической подготовки с обсуждением для повышения уровня знаний практических работников, и она обычно бесполезна с точки зрения формирования практических навыков, польза которых может быть измерена в реальных условиях практической работы *(88)*. Существенные изменения в практической деятельности можно было наблюдать лишь тогда, когда для поддержки практических работников использовались наставничество на рабочем месте и постоянная обратная связь. Эта более широкая литература может быть ценной при рассмотрении возможности разработки практического руководства для ОРЗ в этой области *(89, 90)*. По мнению ГРР, можно предположить, что база фактических данных по другим группам профессий здравоохранения, показывающая связь между сочетанием теоретической и практической подготовки и положительными результатами, применима также к ОРЗ. Аналогичные соображения применимы к фактическим данным, свидетельствующим о целесообразности подхода по принципу «сельских каналов», при котором учреждения медико-санитарного просвещения создаются преимущественно в сельских районах и обеспечиваются возможности практической подготовки в сельских районах *(91)*. Необходимы также усилия для обеспечения того, чтобы цифровые методы медико-санитарного просвещения дополняли, а не заменяли традиционные формы очного обучения *(92)*.

7.4.5 Соображения, связанные с осуществлением

Странам потребуется определить соответствующее их условиям соотношение между теоретической и практической подготовкой с учетом ряда факторов, в том числе уже существующего уровня грамотности и образования лиц, проходящих подготовку. Использование методов динамичного преподавания, а также мультимедийных ресурсов может сделать подготовку более привлекательной и действенной. Может быть рассмотрен вариант использования метода имитации практики для развития навыков и в областях, в которых проведение практической подготовки в общинах или медико-санитарных учреждениях может быть связано с логистическими или операционными трудностями.

Вместо предписания той или иной конкретной формулы распределения времени при вводном обучении важно, чтобы учащиеся продемонстрировали в процессе тестирования или аттестации, что они приобрели практические навыки, необходимые для выполнения их функции, и могут заниматься практической деятельностью. Также важно укреплять навыки, приобретенные в ходе вводного обучения и посредством необходимых связей с последующим наставничеством и поддерживающим кураторством.

Чаще всего первоначальное основное вводное обучение ОРЗ проводится в очной форме. Возможность использования онлайновой подготовки все активнее рассматривается для дальнейшей подготовки и повышения квалификации в зависимости от наличия необходимой технической инфраструктуры. Методики электронного обучения должны сочетаться с последующей практической подготовкой, чтобы обеспечить усвоение теоретических знаний и возможность их успешного применения на рабочем месте.

Что касается места обучения, вероятно, во многих случаях первоначальную теоретическую подготовку удобнее всего организовывать в каком-либо центральном пункте, который в то же время находится как можно ближе к предполагаемому району обслуживания. Что касается практических элементов учебной программы, при наличии логистических возможностей нужно стремиться проводить подготовку в общинах и учреждениях, в которых ОРЗ, предположительно, будут в конечном счете работать.

В идеале в число преподавателей для обучения ОРЗ должны входить другие работники здравоохранения, с тем чтобы облегчить последующую интеграцию ОРЗ в качестве членов многопрофильных бригад первичной медико-санитарной помощи. В их число должны входить также работники здравоохранения, отвечающие за кураторство ОРЗ.

Важность позитивной и благоприятной учебной среды невозможно переоценить. Некоторые из ее элементов включают безопасность обучающихся и уважительное отношение к ним; позитивное и участливое отношение преподавателей; внимательное отношение к особым потребностям женщин и обучающихся из числа меньшинств или уязвимых групп; наличие необходимой инфраструктуры и инструкторов; разработка учебных материалов; и проведение подготовки с учетом языковых способностей и возможностей обучающихся.

Рекомендация 5: Аттестация на основе профессиональных качеств

Рекомендация 5
ВОЗ *предлагает* проводить официальную аттестацию на основе профессиональных качеств для ОРЗ, успешно прошедших вводное обучение.[5]

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

7.5.1 Справочная информация о рекомендации

Одним из ключевых компонентов оказания качественной медико-санитарной помощи являются стандарты трудовых ресурсов. Это предполагает определение профессиональных функций, объема работы, обязанностей и задач наряду с образовательными стандартами и минимальными требованиями к профессиональным качествам для различных должностей в составе медико-санитарной службы. Аттестация дает официальное признание соответствия заранее определенным стандартам *(93)*. Возможность аттестации ОРЗ и требования к ней различны в разных странах. Во многих случаях ОРЗ определяются как «общинные добровольцы» и проходят неформальную подготовку для оказания услуг в общине в отсутствие какого-либо четкого механизма аттестации. Однако в некоторых странах существуют стандарты и процедуры аттестации ОРЗ.

Для ОРЗ программы аттестации могут обеспечивать некоторые теоретические выгоды: аттестация может повысить их мотивацию, чувство собственного достоинства и уважение со стороны других работников здравоохранения. Аттестация, характеризующая уровень приобретенных знаний,

[5] Аттестация определяется в данном контексте как официальная выдача компетентными органами свидетельства работникам здравоохранения, которые успешно прошли вводное обучение и подтвердили соответствие заранее определенным профессиональными стандартам.

обеспечивает возможность для перемещения в другие условия, в результате чего уменьшается необходимость повторной подготовки в случае переезда работника в другое место, или же может использоваться в качестве доказательства как один из критериев допуска к дальнейшему обучению. В некоторых странах аттестация может служить законным основанием для работы ОРЗ и обеспечивать возможности для вознаграждения услуг ОРЗ *(94)*. С точки зрения граждан и общин, официальная аттестация может защищать население от вреда в результате оказания помощи ненадлежащего качества лицами, не прошедшими никакой подготовки, но заявляющими о наличии у них необходимой квалификации *(95)*.

Чтобы снизить показатели отсева ОРЗ и обеспечить приверженность делу, в одном из ранее проведенных обзоров предполагалось, что в программах в отношении ОРЗ должны определяться четкие стратегии назначения и размещения ОРЗ, которые сдают заключительный экзамен в конце подготовки и получают аттестат об окончании курса *(13)*. Однако почти отсутствуют официальные фактические данные, свидетельствующие о том, что аттестация улучшает результаты. В настоящем разделе руководства рассматриваются фактические данные и даются политические рекомендации в отношении основанной на профессиональных качествах официальной аттестации ОРЗ, которые успешно прошли вводное обучение.

7.5.2 Обоснование рекомендации

ГРР отметила, что очень ограниченные фактические данные указывают на позитивный, хотя в основном неопробованный потенциал официальной аттестации ОРЗ. Хотя теоретически аттестация может оказать отрицательное воздействие в плане справедливости (ограничивая число ОРЗ, уполномоченных заниматься практикой, лицами, получившими официальную лицензию, тем самым сокращая доступ к услугам), во многих условиях она может служить одним из средств повышения компетентности ОРЗ (а следовательно, повышения безопасности пациентов в результате улучшения качества медицинского обслуживания). Кроме того, она может усиливать доверие, признание и возможности трудоустройства ОРЗ. Исходя из этого, ГРР поддержала условную рекомендацию в пользу официальной аттестации.

7.5.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.5)**, в котором рассматривается вопрос: *«Нужно ли проводить официальную аттестацию на основе профессиональных качеств в отношении общинных работников здравоохранения, прошедших вводное обучение, или нет?» (96)*, выявлены четыре удовлетворяющих критериям качественных исследования, в которых сообщается о том, как процессы аттестации воспринимаются небольшими, нерепрезентативными выборками ОРЗ. Два исследования были проведены в Соединенных Штатах, в одном из них сообщалось об аттестации ОРЗ на уровне штата в четырех штатах *(68)*, а в другом обобщался опыт аттестации в Нью-Йорке *(97)*. Национальная точка зрения на аттестацию была также представлена в исследовании из Исламской Республики Иран, где аттестация является нормой и требуется для трудоустройства в качестве ОРЗ *(75)*. В четвертом исследовании, проведенном в Эфиопии, аттестация была одной из многих тем, обсуждавшихся с респондентами, представлявшими изучаемый проект мобилизации общин *(98)*.

Фактические данные, включенные в эти исследования, указывают на потенциальные, однако неопробованные выгоды процессов аттестации, связанные с мотивацией, моральным духом и чувством собственного достоинства ОРЗ, а также их удержанием, профессиональным развитием и продвижением по службе. Процесс аттестации, по мнению ОРЗ, обеспечивает возможности для повышения уровня знаний, доверия и признания, потенциально улучшая взаимодействие между ОРЗ и их общинами.

Литература также указывает на возможные препятствия на пути осуществления аттестации в том плане, что требования аттестации могут приводить к прямым и косвенным издержкам и потребности в ресурсах в связи с ОРЗ, а также к возникновению правовых и административных барьеров, что ограничивает доступность должностей в составе общинных медико-санитарных служб для добровольцев, заинтересованных в работе в секторе, но не удовлетворяющих критериям или не подходящих для аттестации. Столь малое количество качественных исследований, увязывающих аттестацию с результатами, согласуется с предыдущим обзором, в котором рассматривались такие связи на основе широкого круга литературных источников по вопросам общественного здравоохранения, медико-санитарной помощи и подготовки преподавателей *(99)*. Группа по проведению систематического обзора оценила общую доказательность фактических данных как очень низкую.

Систематический обзор обзоров показал отсутствие фактических данных, имеющих непосредственное отношение к аккредитации и аттестации.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон было установлено, что аттестация ОРЗ является и приемлемой, и осуществимой.

7.5.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Несмотря на малый объем фактических данных, по мнению ГРР, та или иная форма аттестации ОРЗ может быть важным элементом постепенного официального признания этих работников здравоохранения. В некоторых странах это может быть также необходимым условием разрешения заниматься практикой и путем к заключению официального контракта,

получению вознаграждения и возможностям карьерного роста, которые являются предметом некоторых из рекомендаций в последующих разделах данного руководства. В связи с этим рекомендация по аттестации имеет важные последствия для более широкого аспекта социальной мобильности ОРЗ.

ГРР признала, что в разных контекстах могут использоваться альтернативные термины, в том числе сертификация, лицензирование, аттестация и признание, предполагающие разный уровень юридического признания и разные институциональные механизмы сертификационных органов. В контексте данной рекомендации ГРР рекомендовала официальную аттестацию на основе достижения конкретных заранее определенных профессиональных качеств после успешного прохождения вводного обучения.

7.5.5 Соображения, связанные с осуществлением

Аттестация имеет особое значение для ОРЗ, проходящих более длительное вводное обучение. Необходимы усилия для стандартизации качества и содержания подготовки в рамках той или иной юрисдикции посредством официальной аккредитации образовательных учреждений и учебных курсов для повышения качества и согласованности профессиональных характеристик ОРЗ, что может способствовать повышению качества медико-санитарной помощи населению, а также содействовать карьерной мобильности ОРЗ и возможностям их продвижения по службе.

В зависимости от условий, аттестация может осуществляться различными способами — от свидетельства, выдаваемого учебным заведением, до аттестации на уровне юрисдикции независимой третьей стороной.

Процесс аттестации должен включать в себя проверку и удостоверение того, что ОРЗ не только успешно прошли вводное обучение, но и продемонстрировали наличие технических навыков и навыков межличностного общения, необходимых для практики в соответствии с выполняемой ими функцией. Необходимо уделить внимание обеспечению того, чтобы внедрение процесса официальной аттестации не приводило к непредвиденным отрицательным последствиям в плане справедливости. Аттестационные требования, процесс аттестации и институциональные механизмы должны быть явным и осознанным образом направлены, в частности, на снижение возможных отрицательных последствий в плане справедливости.

Необходимо выделить достаточные ресурсы на обеспечение надлежащего потенциала для процессов аттестации качества, в том числе достаточные людские ресурсы и материалы для проверки основных навыков и профессиональных качеств ОРЗ на практике.

Рекомендация 6: Поддерживающее кураторство

Рекомендация 6

ВОЗ *предлагает* использовать следующие стратегии поддерживающего кураторства в контексте программ по ОРЗ:

- оптимальное соотношение кураторов и курируемых, создающее условия для полноценной и регулярной поддержки;
- обеспечение надлежащей подготовки кураторов;
- инструктирование и обучение ОРЗ;
- наблюдение за предоставлением услуг, использование данных о качестве работы и обратной связи с общинами; и
- приоритизация повышения качества кураторства.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

7.6.1 Справочная информация о рекомендации

Важность надлежащего кураторства по отношению к ОРЗ хорошо известна. Международные фактические данные показывают, что регулярное и систематическое кураторство, с четко определенными целями, может повысить эффективность ОРЗ, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи *(100–102)*. Поддерживающее кураторство, ориентированное на знания, навыки, мотивацию и соблюдение правильных методов практической работы и позволяющее их измерять, обеспечивает стимулы, которые позитивно влияют на эффективность *(103)*. Появляются также фактические данные, показывающие, что использование мобильных телефонов, в том числе для улучшения кураторства, может повысить качество оказания медико-санитарной помощи в условиях ограниченности ресурсов *(104)*.

Однако типичная проблема заключается в отсутствии ресурсов для обеспечения поддерживающего кураторства и условий для оптимизации потенциала ОРЗ *(21, 105, 106)*. Необходимо упорядочить процесс кураторства, определив действенные стратегии и включив их в осуществление мер вмешательства.

7.6.2 Обоснование рекомендации

Фактические данные, отобранные и проанализированные для цели настоящего руководства, подтвердили важность поддерживающего кураторства и выявили ряд стратегий кураторства в контексте различных программ и инициатив. Однако в рамках исследований, как правило, не проводилось сравнение одних конкретных стратегий кураторства с другими с точки зрения действенности, затрат, приемлемости, осуществимости или других результатов. В связи с этим

ГРР высказала мнение в отношении основных подходов (отраженных в рекомендациях) и дополнительных стратегий (упоминаемых в разделе о соображениях, связанных с осуществлением) на основе своей компетенции и с учетом моделей, выявленных при обзоре фактических данных. В силу очень низкой доказательности фактических данных и необходимости адаптации стратегий кураторства к различным условиям данная рекомендация была условной.

7.6.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора (приложение 6.6) по вопросу: *«Каким стратегиям поддерживающего кураторства в контексте программ в отношении общинных работников здравоохранения следует отдать предпочтение перед какими другими стратегиями?» (107)* выявлены 13 удовлетворяющих критериям исследований: девять количественных, из которых пять были РКИ, и четыре качественных. Исследования проводились в Индии (три исследования), Эфиопии, Кении и Уганде (по два исследования в каждой стране) и Лаосской Народно-Демократической Республике, Малави, Пакистане и Объединенной Республике Танзании (по одному исследованию в каждой стране). Было установлено, что различные подходы и механизмы кураторства действенны с точки зрения улучшения различных аспектов эффективности программы в отношении ОРЗ *(108–114)*, в некоторых случаях также наблюдался эффект в виде градиента дозы *(115)*, а в ограниченном числе случаев не было никаких поддающихся измерению различий в отношении некоторых результатов между группой, в которой кураторство осуществлялось, и группой, в которой кураторства не было *(116, 117)*. В рамках качественных исследований получены фактические данные о том, что различные стратегии поддерживающего кураторства были расценены как полезные и усиливающие мотивацию самими ОРЗ *(116, 118–120)*.

Группа по проведению систематического обзора оценила общую доказательность фактических данных как очень низкую.

В результате систематического обзора обзоров выявлено несколько исследований, подтверждающих важнейшее значение поддерживающего кураторства для повышения качества, мотивации и эффективности работы ОРЗ *(13, 51, 121–125)*. Однако в его результате также выявлены очень ограниченные фактические данные о том, какие подходы к кураторству наиболее эффективны. Кураторство, ориентированное на поддерживающие подходы, обеспечение качества и решение проблем, может быть наиболее действенным с точки зрения повышения эффективности работы ОРЗ (в отличие от более бюрократических и карательных подходов) *(17, 105, 126)*.

Повышение качества кураторства оказывает большее воздействие, чем только повышение частоты кураторства *(105)*.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон установлено, что большинство стратегий поддерживающего кураторства (включая наставничество, наблюдение в общине и учреждении, обратную связь с общиной и кураторство со стороны подготовленных работников здравоохранения) являются приемлемыми и осуществимыми, однако более низкие уровни приемлемости и особенно осуществимости были выявлены в связи с прямым надзором за оказанием услуг и кураторством, осуществляемым другими ОРЗ.

7.6.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Поддерживающее кураторство неизменно признавалось действенным с точки зрения повышения эффективности программ в отношении ОРЗ и высоко оценивалось ОРЗ. В то же время имелась очень ограниченная информация для сравнения конкретных стратегий кураторства. В силу нехватки конкретных фактических данных и низкой доказательности имеющихся фактических данных ГРР отдала предпочтение условной рекомендации в пользу различных стратегий кураторства.

Кураторство должно быть поддерживающим, обеспечивая правильное соотношение между его функцией по обеспечению мониторинга и подотчетности и целью сопровождения ОРЗ на пути поступательного профессионального роста и развития на основе наставничества. Кураторство должно осуществляться как специально назначенными кураторами, так и другими работниками здравоохранения в рамках более широкого круга обязанностей. Применение различных подходов будет зависеть от ситуации.

7.6.5 Соображения, связанные с осуществлением

Помимо методов поддерживающего кураторства, упомянутых в рекомендации, в число дополнительных вариантов, которые следует считать актуальными в местных условиях, можно включить:

- использование таких инструментов кураторства, как контрольные списки заданий в рамках процесса наставничества, при обеспечении того, что они также допускают качественный мониторинг и межличностное взаимодействие;
- поддержка со стороны коллег и кураторство со стороны старших, опытных ОРЗ; или
- поддержка и кураторство со стороны экспертов, осуществляемые многофункциональной группой и включающие при необходимости механизмы обратной связи с общинами.

Содержание и метод кураторства связаны со сложностью функций и задач; оптимальные механизмы кураторства будут также различаться в зависимости от того, являются ли ОРЗ штатными и официальными работниками системы

здравоохранения или, напротив, работающими неполное время добровольцами. Кураторство следует рассматривать в комплексе с другими функциями, включая более широкую поддержку со стороны коллег, подготовку на рабочем месте и непрерывное повышение квалификации, при этом необходимо учитывать стандарты и ожидания других работников здравоохранения и специалистов здравоохранения в отношении их обязанностей по кураторству. Интеграция на уровне оказания услуг будет способствовать обеспечению систематического привлечения как сотрудников учреждения, так и ОРЗ. При разработке и практическом применении соответствующих стратегий кураторства необходимо обеспечить достаточные инвестиции и внимание для создания потенциала кураторов. Кураторство может осуществляться как специально назначенными кураторами, так и другими работниками здравоохранения в рамках более широкого круга обязанностей; независимо от установленного порядка, кураторы должны быть знакомы как с техническим содержанием оказания медицинской помощи, так и с более общими аспектами, касающимися повышения качества помощи и методов обеспечения положительного воздействия на поведение практикующих ОРЗ. При выборе кураторов следует учитывать гендерные факторы: например, назначение преимущественно кураторов-мужчин для курирования преимущественно ОРЗ-женщин может быть нецелесообразным, может усиливать гендерные барьеры и ограничивать приемлемость и действенность кураторства. Качество и результаты кураторства должны сами регулярно оцениваться..

Рекомендация 7: Вознаграждение

Рекомендация 7A
ВОЗ *рекомендует* использовать для вознаграждения практикующих ОРЗ за выполняемую ими работу финансовые средства, соответствующие должностным обязанностям, сложности работы, числу отрабатываемых часов, подготовке и выполняемым ими функциям.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — строгая.

Рекомендация 7B
ВОЗ *предлагает* не оплачивать работу ОРЗ исключительно или преимущественно с использованием системы вознаграждения в зависимости от результатов работы.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

7.7.1 Справочная информация о рекомендации

В качестве одного из средств улучшения результатов в отношении здоровья предлагается использовать стимулы для ОРЗ, и в различных условиях с различной степенью успеха изучались разные сочетания денежных и неденежных стимулов *(127)*.

Обеспечение стимулов оказывает непосредственное воздействие на действенность и устойчивость той или иной программы в области здравоохранения. Обычно предполагается, что это улучшает оказание услуг в результате повышения мотивации работников и уменьшения оттока кадров *(127)*. Выбор действенных стимулов для ОРЗ является одной из давних проблем политики в области первичной медико-санитарной помощи; стимулы могут быть различными: от обеспечения зарплаты или иного финансового вознаграждения, такого как стимулы по результатам работы, до обеспечения нефинансовых стимулов *(87)*. Для определения наилучшего подхода важно понимать точку зрения как ОРЗ, так и куратора относительно финансовых или иных факторов, которые наилучшим образом мотивируют ОРЗ, а также более широкие аспекты, включая продолжительность и объем подготовки ОРЗ и уровень усилий, затрачиваемых ими при выполнении своей функции. Решения об обеспечении стимулов должны согласовываться с более широкими законодательными актами и принципами, относящимися к занятости и труду. Однако, как представляется, нет четкого согласия в отношении того, какие стратегии лучше всего поддерживали бы оплату ОРЗ таким образом, который будет полезным *(128)*, и политика и практика в этом отношении в разных странах и внутри стран значительно различаются.

7.7.2 Обоснование рекомендации

ГРР подошла к этому вопросу с позиций выяснения, следует ли предлагать практикующим ОРЗ финансовые средства и если да, то в каком виде.

Несмотря на очень низкую общую оценку доказательности фактических данных, в большинстве включенных в обзор исследований предоставление ОРЗ финансовых средств оценивалось положительно. ГРР учла в своем процессе принятия решения также более широкие критерии, включая передовую практику в отношении трудовых прав и законодательства. Крайне важно согласовать политику в области здравоохранения с более широкой международной повесткой дня в области обеспечения достойных условий труда, что предполагает появление благоприятных возможностей для труда, который является производительным и обеспечивает справедливый доход; безопасность на рабочем месте и

социальную защиту для членов семьи; улучшение перспектив личного развития и социальной интеграции; свободу выражения людьми своей обеспокоенности, организации и участия в решениях, влияющих на их жизнь; и равенство возможностей и обращения для всех женщин и мужчин *(129)*. ГРР была особенно обеспокоена тем, что модели, основанные на добровольном труде ОРЗ, не соответствуют международной повестке дня в области обеспечения достойных условий труда и, в частности, Цели 8 в области устойчивого развития (ЦУР) — содействие достойной работе и экономическому росту. Поскольку большинство ОРЗ в мире составляют женщины, ГРР была также обеспокоена тем, что дальнейшее использование добровольного труда могло бы увековечить гендерные диспропорции в плане доступа к трудоустройству и возможностям получения дохода и не соответствовать также ЦУР 5 — «Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек» *(130)*. Исходя из этого, ГРР высказалась подавляющим большинством голосов (18 против 1) в пользу строгой рекомендации об обеспечении финансовых средств для практикующих ОРЗ, несмотря на признание очень низкой доказательности фактических данных.

ГРР не рекомендовала какую-либо конкретную форму вознаграждения (см. разделы ниже), однако, поскольку фактические данные, касающиеся одной из конкретных форм финансового вознаграждения (стимулы по результатам работы), содержали также некоторые свидетельства о потенциальном вреде, она также вынесла условную рекомендацию против выделения финансовых средств на основе исключительно или преимущественно этой конкретной формы стимулирования.

7.7.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора (**приложение 6.7**), в котором рассматривается вопрос: *«Должны ли практикующие ОРЗ получать плату за свою работу в рамках программ в отношении ОРЗ или нет?» (131)*, выявлены 14 удовлетворяющих критериям исследований (пять количественных, девять качественных), проведенных в Индии (пять исследований), Кении, Непале и Эфиопии (по два исследования в каждой стране), Бангладеш, Гане, Исламской Республике Иран, Мозамбике, Нигерии, Пакистане, Руанде и Уганде (некоторые исследования содержали фактические данные из более чем одной страны). Количественные исследования содержали некоторые фактические данные о том, что финансовые стимулы могут вести к улучшению работы ОРЗ *(117, 132–134)*, хотя в случае стимулирования по результатам работы была высказана обеспокоенность в связи с игнорированием задач, за которые не предусматриваются стимулы *(135)*.

Качественные исследования были включены, с тем чтобы обеспечить информацию о субъективно воспринимаемых последствиях различных подходов к оплате и вознаграждению. В большинстве качественных исследований описывается позитивное отношение к финансовым выплатам *(136–142)*. Финансовые стимулы в целом, как представляется, воспринимаются хорошо, обеспечивают мотивацию и признание и могут сформировать у ОРЗ чувство финансовой независимости и уверенности в своих силах. ОРЗ могут нести покрываемые из собственных средств расходы на связь и транспорт; сообщалось, что важнее всего обеспечить своевременную и полную выплату стимулов для компенсации этих расходов. Репутация ОРЗ, основанная на доверии и уважении со стороны общины, может пострадать от систем стимулирования по результатам работы, которые, согласно описаниям, иногда слишком сосредоточены на заранее определенных показателях, в результате чего мероприятия и усилия, не связанные с этими показателями, игнорируются и не признаются. Стимулирование по результатам работы способствовало чрезмерному акценту на определенных видах деятельности из-за их связи с более значительными стимулами, особенно в тех случаях, когда у ОРЗ не было никакого базового вознаграждения, что вело к игнорированию других важных видов деятельности или обязанностей. Другие ОРЗ высказывали недовольство моделями стимулирования по результатам работы в связи с выплачиваемыми суммами и непоследовательной и неполной выплатой стимулов *(45, 143)*. Группа по проведению систематического обзора оценила общую доказательность фактических данных как очень низкую.

В результате систематического обзора обзоров установлено, что денежное вознаграждение (такое как зарплата, финансовые стимулы или доход от продажи товаров) и неденежные стимулы (такие как уважение, доверие, признание и возможности для личного роста, обучения и продвижения по службе) являются важными факторами мотивации ОРЗ и могут уменьшать отток кадров *(17, 51, 121, 123, 144, 145)*. Права ОРЗ и потребность ОРЗ в надежном финансовом вознаграждении обсуждались только в одном обзоре, в котором отмечался устойчивый (и неудовлетворенный) спрос ОРЗ на оплачиваемые должности (146).

Обследование мнений заинтересованных сторон выявило высокий уровень осуществимости и приемлемости обеспечения ОРЗ как финансовыми, так и нефинансовыми стимулами, однако оценка осуществимости выплаты ОРЗ минимальной заработной платы находится на грани между осуществимостью и неопределенностью.

7.7.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

ОРЗ являются в некоторых условиях поставщиками основных услуг, которые находятся на переднем крае системы здравоохранения. Их интеграция в официальную систему здравоохранения может означать, что они должны признаваться и оплачиваться. Механизмы оплаты и меры компенсации могут различаться в зависимости от того, работают они полное или неполное время, выполняют несколько функций или одну.

ГРР отметила, что рекомендация о предоставлении финансовых средств для практикующих ОРЗ относится к ОРЗ различных видов, располагающих различными возможностями, однако это не должно исключать априори дальнейшее существование убежденных добровольцев, которые по своей воле выполняют свои функции на общественных началах, при этом как частные лица имеют другой, основной источник средств к существованию. Иногда бывает трудно провести четкую границу между добровольцами, которые хотят остаться добровольцами (например, потому что у них есть другая работа на полную ставку и они уделяют добровольной службе общине лишь несколько часов в месяц), и ОРЗ, не имеющими альтернативного источника средств к существованию, которые в настоящее время не получают никаких финансовых средств за свою работу. Признавая иногда размытые границы между этими различными ситуациями, ГРР сформулировала рекомендацию в виде финансового пакета, соизмеримого с их функцией, возможностями, уровнем усилий и часами работы ОРЗ. Более конкретное определение этого различия должно оставаться прерогативой органов власти конкретных юрисдикций.

ГРР отметила, что, несмотря на непосредственное предоставление финансовых средств за выполняемую работу, все ОРЗ и добровольцы должны получать компенсацию расходов, понесенных при оказании услуг в соответствии с выполняемой ими функцией.

ГРР указала на важность неденежных стимулов, однако отметила, что они не должны рассматриваться как замена предоставления финансовых средств и, наоборот, что предоставление финансовых средств не должно рассматриваться как замена нефинансовых стимулов, таких как благоприятные и основанные на уважении условия труда и возможности профессионального роста и продвижения по службе.

Поскольку большинство опасений, вытекающих из литературы в связи с оплатой ОРЗ, относились в действительности к одной конкретной форме оплаты (стимулы на основе результатов работы), ГРР предпочла отделить эту конкретную форму оплаты от общей рекомендации и посвятить ей отдельную рекомендацию.

7.7.5 Соображения, связанные с осуществлением

Предоставление ОРЗ финансовых средств могло бы принимать разные формы (зарплата, стипендия, гонорар, денежные стимулы) в зависимости от статуса занятости и применимых законов и нормативных актов в юрисдикции.

Странам следует рассматривать финансовый пакет для вознаграждения ОРЗ в рамках общего планирования системы здравоохранения и выделять достаточные ресурсы для осуществления этой рекомендации посредством мобилизации и приоритизации необходимых ресурсов.

Помимо финансового пакета, для повышения эффективности программ в отношении ОРЗ следует также рассмотреть возможность обеспечения неденежных стимулов.

В то время как ГРР предостерегла от принятия стимулов на основе результатов работы в качестве единственного или преимущественного механизма оплаты ОРЗ, его дальнейшее применение в условиях, в которых он хорошо отработан и показал свою действенность, могло бы сопровождаться целенаправленными усилиями по компенсации известных и потенциальных недостатков этих механизмов.

Рекомендация 8: Заключение соглашений

Рекомендация 8
ВОЗ *рекомендует* заключать с работающими за плату ОРЗ письменное соглашение, в котором определяются функции и обязанности, условия труда, вознаграждение и права работников.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — строгая.

7.8.1 Справочная информация о рекомендации

Поскольку ОРЗ работают на стыке общины и официальной системы здравоохранения, их роль и отличительные функции в структуре медико-санитарной помощи изначально были неясны *(21)*. Значение и влияние ОРЗ с точки зрения оказания медико-санитарной помощи, как правило, хорошо известны и признаны в секторе. Однако контракты и соглашения дают возможность в прямой форме и официально определить обязанности, которые должны выполнять ОРЗ, а также их права и полагающиеся им льготы, и они могли бы стать инструментом более официальной интеграции ОРЗ в систему здравоохранения. Официальные контракты в данном контексте определяются как письменные соглашения, прописывающие условия труда и права ОРЗ, их должностные обязанности, продолжительность работы по найму и условия вознаграждения.

Предполагается, что контракты могут служить стимулом и способствовать стабильности и гарантированности работы и повышать охрану и безопасность труда. Кроме того, официальные контракты закладывают основу для профессионального развития, поскольку они, как правило, обязывают или поощряют работодателей

поддерживать возможности профессионального развития и контролировать работников *(147)*. Преимуществом с точки зрения системы здравоохранения является обеспечение основы для подотчетности ОРЗ.

7.8.2 Обоснование рекомендации

ГРР отметила ограниченные фактические данные, подтверждающие действенность официальных контрактов для повышения эффективности программ в отношении ОРЗ. Притом что фактические данные были очень низкого качества, ГРР сочла, что письменное соглашение в том или ином виде необходимо для защиты прав работников и является одним из основных компонентов Концепции достойного труда. Исходя из этого, ГРР высказалась подавляющим большинством голосов (17 против 1; один член ГРР не участвовал в голосовании) за принятие строгой рекомендации, несмотря на очень низкое качество фактических данных.

ГРР отнесла эту рекомендацию только к оплачиваемым ОРЗ, поскольку применение ее к добровольцам придало бы обязательный характер (в силу контракта) отношениям между системой здравоохранения и добровольцем. Это могло бы нарушить основные трудовые права и противоречило бы принципу добровольной работы, которая по определению носит необязательный характер *(148)*.

7.8.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.8)** по вопросу: *«Должен ли у практикующих общинных работников здравоохранения (ОРЗ) быть официальный контракт в рамках программ в отношении ОРЗ или нет?» (149)* были выявлены два количественных удовлетворяющих критериям исследования: поперечное исследование, в рамках которого изучались факторы, влияющие на эффективность ОРЗ, осуществляющих программу борьбы с малярией в Уганде *(150)*, и РКИ, в рамках которого оценивалось влияние различных видов контрактов с ОРЗ на обеспечение услуг по иммунизации в Пакистане *(135)*. Наличие контракта или получение приказа о назначении входили в число факторов, которые ассоциировались с более высокой эффективностью (измеряемой результатами оказания услуг). Группа по проведению систематического обзора оценила доказательность фактических данных как низкую.

Систематический обзор обзоров не выявил никаких фактических данных, имеющих прямое отношение к варианту политики, рассматриваемому в рамках данного вопроса.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон установлено, что заключение официальных контрактов с ОРЗ со стороны системы здравоохранения является как приемлемым, так и осуществимым.

7.8.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

ГРР рассмотрела ограниченные фактические данные, подтверждающие действенность контрактных отношений в плане придания официального статуса должности практикующих оплачиваемых ОРЗ, в более широком контексте значения и последствий официальных соглашений для трудовых отношений и прав работников. ГРР также пришла к выводу, что официальные контракты с оплачиваемыми ОРЗ могли бы способствовать повышению мотивированности и удержанию кадров.

ГРР также отметила важность непротиворечивости руководства во внешнем плане по отношению к более широким системам трудовых прав и во внутреннем плане по отношению к различным рекомендациям; в частности, официальное закрепление прав, обязанностей и условий труда, рассматриваемое в данной рекомендации, укрепляет и дополняет рекомендации об аттестации (рекомендация 5), вознаграждении (рекомендация 7) и возможностях карьерного роста (рекомендация 9).

7.8.5 Соображения, связанные с осуществлением

Данная рекомендация относится только к оплачиваемым практикующим ОРЗ. Официальные контракты или любые виды обязывающих соглашений не следует применять в случае ОРЗ-добровольцев.

Контрактные отношения, которые могут относиться как к государственному сектору, так и к частным работодателям, должны отражать применимые нормативно-правовые базы в юрисдикции. В частности, может потребоваться адаптация точной терминологии с учетом того, что в некоторых контекстах термин «контракт» влечет конкретные обязательства, которые могли бы непреднамеренно замедлить институционализацию ОРЗ или воспрепятствовать ей. В конечном счете применение рекомендации будет эффективным при условии, что в обязательном письменном соглашении будут прописаны функции, обязанности, права и условия труда ОРЗ, включая вознаграждение.

Рекомендация 9: Возможности карьерного роста

Рекомендация 9
ВОЗ *предлагает* предоставлять практикующим ОРЗ возможности карьерного роста с учетом того, что дальнейшее обучение и карьерный рост связаны с критериями отбора, продолжительностью и содержанием вводного обучения, аттестацией на основе профессиональных качеств, продолжительностью работы и оценкой эффективности работы.

Доказательность фактических данных — низкая. Сила рекомендации — условная.

7.9.1 Справочная информация о рекомендации

Предоставление работникам здравоохранения возможностей карьерного роста (т.е. возможностей постепенного продвижения по службе на должности более высокого уровня в системе здравоохранения или повышения квалификации и расширения функций) повсеместно рассматривается как хороший способ как усиления мотивированности, так и удержания кадров. Этот политический вопрос имеет особое значение для ОРЗ *(151)*, поскольку удержание таких работников в силу целого ряда факторов связано с проблемами *(152, 153)*. Суть этого политического вопроса состоит в том, может ли предоставление ОРЗ возможностей карьерного роста с целью переподготовки или повышения квалификации позволить им более действенно удовлетворять медико-санитарные потребности общины, а также может ли это позитивно влиять на удовлетворенность работой и удержание кадров.

7.9.2 Обоснование рекомендации

Несмотря на минимальный объем фактических данных, непосредственно относящихся к данному вопросу, ГРР вынесла рекомендацию, основанную главным образом на знаниях и опыте своих членов и более широкой передовой практике управления людскими ресурсами и трудовыми ресурсами здравоохранения.

ГРР полагала, что выгоды от предоставления ОРЗ возможностей карьерного роста после нескольких лет удовлетворительной работы потенциально могут включать повышение мотивированности и удовлетворенности работой, способствуя лучшему удержанию и снижению оттока кадров. ГРР пришла к выводу, что эти выгоды перевешивают потенциальные недостатки, связанные с сокращением числа практикующих ОРЗ, и что системы и механизмы, обеспечивающие возможности карьерного роста, напротив, могут благотворно сказываться на вертикальной социальной мобильности в соответствии с Концепцией достойного труда.

Исходя из этого, учитывая минимальный объем подтверждающих фактических данных, ГРР приняла условную рекомендацию в пользу предоставления ОРЗ механизма карьерного роста.

7.9.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.9)**, в котором рассматривается вопрос: *«Должны ли у практикующих общинных работников здравоохранения (ОРЗ) быть возможности или механизм карьерного роста в рамках программ в отношении ОРЗ или нет?» (154)*, было выявлено одно удовлетворяющее критериям исследование — РКИ, проведенное в Замбии, в котором сравнивался эффект демонстрации различных плакатов с объявлениями о приеме на работу с упором на возможности карьерного роста и плакатов, в которых в качестве стимулов использовались гражданская служба и социальная идентичность *(151)*. Результаты показали, что обеспечение продвижения по службе в качестве стимула при приеме на работу ОРЗ вело к увеличению набора более квалифицированных и целеустремленных ОРЗ, что статистически значимо повышало эффективность работы с точки зрения использования клиник, посещений на дому, поведения домохозяйств и результатов в отношении здоровья детей. Через 18 месяцев между двумя группами не было никаких различий в плане удержания кадров.

В результате систематического обзора обзоров установлено, что возможности продвижения по службе являются одним из нескольких важных нефинансовых стимулов, которые могут повысить мотивированность ОРЗ, хотя это чаще всего было выводом авторов обзоров, а не утверждением, основанным на фактических данных, подтверждающих действенность *(17, 51, 121, 123, 144, 145)*.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон установлено, что предоставление ОРЗ возможностей карьерного роста является приемлемым, однако осуществимость в разных условиях может быть различной.

7.9.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

ГРР расценила недостаток фактических данных по данному аспекту как отражение ограниченных возможностей для карьерного роста ОРЗ в большинстве ситуаций, что, соответственно, приводит к отсутствию официальных оценок таких (несуществующих) систем. Более обширные фактические данные по итогам систематического обзора обзоров и высокий уровень приемлемости согласно обследованию мнений заинтересованных сторон следует рассматривать как следствие сильной заинтересованности директивных органов и ОРЗ в большем согласовании политики в отношении ОРЗ с передовой практикой управления людскими ресурсами, в том числе посредством предоставления возможностей продвижения по службе.

Однако различия с точки зрения уровня образования, квалификации, аттестационного статуса и функций ОРЗ предполагают различные уровни осуществимости принятия данного варианта политики.

7.9.5 Соображения, связанные с осуществлением

Наличие и определение возможностей карьерного роста должны изначально быть включены в программы в отношении ОРЗ при их разработке. Предварительные условия получения права на продолжение образования и карьерный рост, возможно, необходимо увязать с критериями отбора для прохождения вводного обучения (см. рекомендацию 1), продолжительностью и содержанием вводного обучения (рекомендации 2 и 3) и официальной аттестацией на основе профессиональных качеств (рекомендация 5).

Если это допустимо при существующем уровне образования, предоставление ОРЗ возможностей карьерного роста могло бы открыть путь к приобретению других медицинских специальностей при условии прохождения необходимой дополнительной подготовки. Если уровень образования ниже минимума, необходимого для обучения другим медицинским специальностям, альтернативные возможности карьерного роста могли бы открыть путь к продвижению ОРЗ на руководящие должности (например, перевод старших и хорошо работающих ОРЗ на должности, предполагающие содействие обучению и курирование менее опытных ОРЗ и управление их деятельностью).

Нормативно-правовые барьеры на пути карьерного роста ОРЗ должны учитываться при разработке соответствующей системы, которая должна быть совместимой с применимой нормативной средой в конкретной юрисдикции.

Рекомендация 10: Размер целевой группы населения

Рекомендация 10
ВОЗ *предлагает* использовать следующие критерии при определении размера целевой группы населения в контексте программ в отношении ОРЗ.
Критерии, которые должны быть приняты в большинстве обстоятельств:
- ожидаемый объем работы с учетом эпидемиологической обстановки и предполагаемой потребности в услугах;
- необходимая частота контактов;
- характер предоставляемых услуг и необходимые затраты времени;
- предполагаемая продолжительность работы ОРЗ в неделю (с учетом времени, не связанного с предоставлением услуг и затрачиваемого на обучение, выполнение административных обязанностей и иные цели); и
- местная география (включая близость домохозяйств, расстояние до клиники и плотность населения).

Критерии, которые могли бы иметь значение в некоторых обстоятельствах:
- погода и климат;
- доступность и стоимость транспорта;
- безопасность работника здравоохранения;
- мобильность населения; и
- имеющиеся людские и финансовые ресурсы.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

7.10.1 Справочная информация о рекомендации

Среди многих проблем, которые могут привести к низкой эффективности работы ОРЗ, важное место занимает чрезмерная рабочая нагрузка, часто косвенно связанная с увеличением размера группы населения, обслуживаемой каждым ОРЗ (155, 156). Факторы, о которых идет речь, включают оптимальный размер группы населения или количество пациентов, максимально повышающие эффективность общинных работников здравоохранения. Притом что отмечалось, что на эффективность работы ОРЗ влияет много факторов, очень мало исследований действительно проверяли, какие меры вмешательства лучше позволяют управлять рабочей нагрузкой ОРЗ и повышать эффективность работы ОРЗ и как такие меры вмешательства должны осуществляться. С этой заинтересованностью в понимании того, как сбалансировать рабочую нагрузку персонала общинной службы здравоохранения, тесно связана заинтересованность в определении того, следует ли устанавливать для ОРЗ размер целевой группы населения и как этот размер группы населения мог бы повлиять на производительность ОРЗ, охват и результаты в отношении здоровья.

7.10.2 Обоснование рекомендации

ГРР признала важность определения соответствующего размера целевой группы населения с целью поддержания реалистичной рабочей нагрузки и оптимизации эффективности работы ОРЗ. С учетом больших различий в функциях ОРЗ ГРР сочла, что рекомендация должна быть сосредоточена на факторах, которые необходимо учитывать на национальном уровне при установлении оптимального размера целевой группы населения. Доказательность фактических данных была очень низкой, отсюда условный характер рекомендации.

7.10.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.10)** по вопросу: *«Должен ли быть определен тот или иной размер целевой группы населения в контексте реализации программ в отношении практикующих общинных работников здравоохранения (ОРЗ) или нет?» (157)* были выявлены пять удовлетворяющих критериям количественных исследований, проведенных в Бангладеш, Индии, Южной Африке и Уганде (два исследования). Включенные исследования позволяют предположить, что на эффективность работы ОРЗ влияет размер группы населения или возложенная на них рабочая нагрузка. Однако фактические данные об оптимальном размере группы населения для ОРЗ были неоднозначными. С одной стороны, чрезмерная рабочая нагрузка могла приводить к снижению мотивированности и в конечном счете к более низкой эффективности работы ОРЗ *(158)*, причем было установлено, что численность населения, обслуживаемого одним ОРЗ, влияет на эффективность работы ОРЗ, а некоторые фактические данные позволяли предположить, что предпочтителен небольшой размер обслуживаемых групп населения *(159, 160)*; с другой стороны, другие фактические данные говорят о том, что дополнительная рабочая нагрузка могла бы быть добавлена к существующим обязанностям ОРЗ без существенного влияния на эффективность работы, а иногда может улучшать результаты в отношении здоровья *(161)*. Кроме того, было установлено, что повышение рабочей нагрузки ОРЗ рентабельно, если оно сопровождается достаточной поддержкой и кураторством *(162)*. Ограниченные фактические данные во включенных исследованиях указывали на приемлемость и осуществимость установления размера целевой группы населения для практикующих ОРЗ. Группа по проведению систематического обзора оценила общую доказательность фактических данных как очень низкую.

В результате систематического обзора обзоров установлено, что решения о численности населения обслуживаемого района должны основываться на ряде соображений: необходимой частоте контактов; характере предоставляемых услуг; предполагаемой продолжительности рабочей недели ОРЗ; и географии местности (включая близость домохозяйств), погоде и доступности транспорта *(16, 17, 124)*. В рамках одного обзора было установлено, что в случае мер вмешательства, состоящих только из посещений на дому, не было никакого устойчивого влияния размера обслуживаемого населения на неонатальную смертность. Однако в тех случаях, когда меры вмешательства предполагали также мобилизацию общины, снижение неонатальной смертности было более значительным при меньшей численности обслуживаемого ОРЗ населения *(66)*. Еще один соответствующий результат заключался в том, что высокая рабочая нагрузка могла привести к потере мотивации у ОРЗ *(121)*.

7.10.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Разнородность фактических данных указывает на большие различия в практике определения размера целевой группы населения и рабочей нагрузки ОРЗ, в результате чего в некоторых программах возможности ОРЗ уже используются в максимальной степени, а в других условиях возможна дополнительная рабочая нагрузка без ущерба для качества и, наоборот, при повышении рентабельности. Эта разнородность исходных ситуаций, а также функций, обязанностей и уровней усилий ОРЗ не позволяет установить глобальные контрольные показатели рабочей нагрузки или соответствующие целевые показатели численности населения. Фактические данные, скорее, указывают на необходимость определения реалистичных и зависящих от контекста контрольных показателей.

При этом некоторые критерии (такие как предполагаемое количество пациентов с учетом местной эпидемиологической обстановки, необходимая частота контактов, уровень затрат времени ОРЗ) будут иметь значение повсеместно *(163)*, а другие (такие как факторы, относящиеся к географической доступности обслуживаемого района, наличию транспорта, удаленности клиники и плотности населения) будут иметь особое значение исключительно или преимущественно в определенных условиях.

7.10.5 Соображения, связанные с осуществлением

Планирование обслуживаемых ОРЗ районов, включая оптимальный размер и географическое распределение их целевой группы населения, должно осуществляться в рамках подхода, при котором учитываются трудовые ресурсы здравоохранения в целом и в соответствии с общими национальными стратегиями здравоохранения *(1)*. Адаптация к общепринятым стандартам и структуре кадров может потребоваться в условиях или контексте внезапно возникающих или затяжных чрезвычайных ситуаций, поскольку они могут влиять как на спрос со стороны населения, так и на потребность в услугах, а также на возможности других работников здравоохранения их оказывать.

Рекомендация 11: Сбор и использование данных

Рекомендация 11
ВОЗ *предлагает*, чтобы практикующие ОРЗ документировали предоставляемые ими услуги и собирали, обобщали и использовали медико-санитарные данные о плановых мероприятиях, в том числе посредством соответствующих средств мобильного здравоохранения. В число факторов, способствующих успеху, входят минимизация бремени отчетности и унификация требований к данным; обеспечение конфиденциальности и защищенности данных; обеспечение наличия у ОРЗ необходимых профессиональных качеств посредством подготовки; и ознакомление их с оценкой эффективности их работы на основе собранных данных.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

7.11.1 Справочная информация о рекомендации

В то время как сбор данных ОРЗ может служить целому ряду целей — например, осуществлению эпиднадзора или проведению научных исследований, — одной из главных целей планового сбора данных является улучшение оказания услуг. Сбор и использование данных являются неотъемлемой частью подходов к непрерывному повышению качества, которые оказались действенными с точки зрения улучшения результатов в целом ряде условий *(164–167)*. В рамках совершенствования практики данные, формируемые в результате практики ОРЗ, собираются для нескольких целей, в том числе:

- для мониторинга оказания услуг, с тем чтобы создать условия для корректировки и определить потребности программы (например, истощение запасов, эпидемиологические тенденции, потребности в людских ресурсах) в целях обеспечения соответствия услуги потребностям получателей;
- для вовлечения общин в поиски местных решений выявленных проблем; и
- в целях кураторства и поддержки ОРЗ для формирования их знаний, профессиональных качеств и навыков в интересах получателей услуг.

Что касается последней цели, изначально предполагается, что совершенствование знаний и навыков приведет к повышению качества оказания услуг, улучшая тем самым результаты медико-санитарных мероприятий на уровне общин. Сбор данных ОРЗ является потенциально ценным, но все еще недостаточно исследованным способом повышения качества медико-санитарных услуг на уровне общин *(14)*. Этот потенциал должен быть сбалансирован с учетом права собственности на данные, доступа к ним и вопросов конфиденциальности отдельных пациентов.

7.11.2 Обоснование рекомендации

ГРР отметила, что в большинстве своем опубликованные фактические данные говорят в пользу участия ОРЗ в сборе и использовании данных, и этот результат согласуется с более широкой литературой по вопросу о системах и повышении качества медико-санитарной информации. Поскольку база фактических данных характеризуется низким уровнем доказательности, а наиболее подходящие стратегии могут различаться в зависимости от конкретных условий, ГРР приняла условную рекомендацию в пользу рассматриваемого варианта политики. Признавая потенциальные опасности перегруженности ОРЗ задачами по сбору данных, ГРР сосредоточила внимание на выявлении факторов, благоприятствующих успешному вкладу ОРЗ в сбор, обобщение и использование данных.

7.11.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора (приложение 6.11) по вопросу: *«Должны ли практикующие общинные работники здравоохранения (ОРЗ) собирать, обобщать и использовать медико-санитарные данные в контексте реализации программ в отношении ОРЗ или нет?» (168)* были выявлены в качестве удовлетворяющих критериям для включения восемь количественных, четыре качественных исследования и два исследования с использованием смешанных методов, проведенных в семи странах Африки к югу от Сахары и Бразилии, Камбодже и Соединенных Штатах.

Результаты всех этих исследований, связанные с участием ОРЗ в процессах сбора данных, свидетельствовали о вкладе в повышение эффективности программ в отношении ОРЗ по ряду итоговых показателей: уменьшению числа прогулов *(169)* и оттока кадров *(170)*, улучшению качества оказания услуг *(150, 171–173)*, изменениям в функционировании системы здравоохранения, изменениям в знаниях, вере в собственные силы и самооценке ОРЗ и повышению производительности *(173, 174)*. В некоторых исследованиях отмечалось бремя сбора данных с точки зрения увеличения рабочей нагрузки ОРЗ.

Кроме того, изучались изменения в состоянии здоровья в общине *(175)* и уровне доверия наряду с процессами сбора данных, которые потенциально влияли на снижение смертности *(172)* и заболеваемости *(176)*.

В рамках многих из включенных исследований изучалась роль сбора данных с использованием приложения мобильного здравоохранения (mHealth). В ходе этих исследований, как правило, было установлено, что технологии мобильной связи способствуют улучшению программ в отношении ОРЗ *(169, 171–174, 177)*, за некоторым исключением: например,

не удалось измерить какие-либо различия между группами в плане удовлетворенности ОРЗ работой в рамках РКИ, проведенного в Сьерра-Леоне с целью оценки воздействия программы сбора данных на базе mHealth *(178)*.

Было представлено мало информации о том, как процессы сбора данных интегрировались с кураторством, наставничеством и другими видами деятельности, направленными на поддержку ОРЗ в их работе.

Согласно опросам международных экспертов и заинтересованных сторон, показатели удержания и оттока ОРЗ потенциально могли бы улучшиться, если бы они более осмысленно работали с собираемыми ими данными. Исследователи высказывают мнение, что это могло бы предполагать сбор, анализ и применение данных ОРЗ в условиях их работы, оказание кураторами большей поддержки ОРЗ, с тем чтобы данные, собранные ОРЗ, активно использовались в целях профессионального развития, и создание возможностей для включения собранных данных в инструменты, предназначенные для общины *(170)*.

Группа по проведению систематического обзора оценила общую доказательность фактических данных как очень низкую.

В результате систематического обзора обзоров выявлен один обзор, позволяющий предположить, что в тех случаях, когда ОРЗ собирали данные с использованием карманных персональных компьютеров, затраты удалось снизить на 24% по сравнению с теми случаями, когда они использовали традиционные ручные методы сбора и передачи данных *(104)*.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон было установлено, что участие ОРЗ в сборе и использовании данных является как приемлемым, так и осуществимым.

7.11.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Вместе взятые, результаты этих исследований указывают на потенциальные выгоды с точки зрения медико-санитарных услуг на уровне общины — по широкому кругу промежуточных и конечных результатов — в связи со сбором данных силами ОРЗ.

ГРР сознавала потенциальные недостатки, которые не освещались в литературе, включая отвлечение ОРЗ от их задач по оказанию услуг, профилактике болезней и укреплению здоровья; формирование безразличного отношения к сбору данных, если собираемые данные не используются и непонятны; риски для конфиденциальности и защищенности данных; и риск недобросовестности и представления неточных или завышенных сведений в тех случаях, когда формирование и представление данных увязываются со стимулами на основе результатов работы и другими приносящими доход видами деятельности.

В целом ГРР пришла к выводу, что укрепление и систематизация участия ОРЗ в сборе данных может принести больше выгод, чем вреда, и политика должна быть ориентирована на создание необходимых условий и факторов, благоприятствующих успеху таких инициатив, включая приоритизацию стандартного набора требований к данным и показателей, на которые должны ориентироваться ОРЗ в рамках той или иной программы или юрисдикции, и обеспечение соответствующих механизмов использования данных и обратной связи. С учетом очень низкой доказательности фактических данных и необходимости адаптации к разным условиям, ГРР приняла рекомендацию в качестве условной.

7.11.5 Соображения, связанные с осуществлением

Системы управленческой информации в области здравоохранения в большинстве стран включают очень мало или не включают никакой информации, собираемой ОРЗ, хотя их потенциал для внесения значительного вклада в сбор данных уже доказан: например, в ходе раунда ВОЗ 2017 г. по сбору глобальных данных о ТБ 53 страны представили данные о вкладе ОРЗ в уведомления о случаях ТБ или поддержку лечения. Это означает увеличение представления сведений более чем втрое с 2013 г., когда данные собирались впервые *(179)*. Однако для поддержки расширения процесса сбора данных не всегда могут быть в наличии системы обеспечения качества. Факторы, которые следует учитывать при разработке и введении в действие политики в отношении вклада ОРЗ в сбор и использование медико-санитарных данных, включают обеспечение соответствующих механизмов контроля качества, каналов обработки информации на начальном этапе, возможности взаимодействия механизмов данных, предоставляемых ОРЗ, с более широкой системой управленческой информации в области здравоохранения и механизмов для обеспечения обратной связи, с тем чтобы ОРЗ также могли получать пользу от данных, которые они собирают и обобщают.

В то же время важно признать, что для сбора достоверных данных необходимы как конкретные навыки, так и время. В основе разработки программы вводного обучения ОРЗ и последующих учебных мероприятий по месту работы должны лежать необходимые для этого профессиональные качества. Кроме того, требования к сбору данных должны быть стандартизированы и унифицированы для различных видов поставщиков одних и тех же услуг и сводиться к минимуму, с тем чтобы рабочая нагрузка ОРЗ не выходила за разумные пределы и поддерживала надлежащий баланс между оказанием услуг и мероприятиями по профилактике болезней и укреплению здоровья, с одной стороны, и административными и канцелярскими обязанностями (включая ведение учетной документации), с другой стороны. Сбор данных об удовлетворенности граждан услугами, оказываемыми самими ОРЗ, может потребовать участия нейтральной, объективной третьей стороны, такой как кураторы ОРЗ.

Для использования многообещающего потенциала приложений mHealth требуется учитывать такие факторы, как устойчивый доступ к мобильным телефонам и зона покрытия мобильной сетью, разработка программного обеспечения с учетом местных условий, непрерывное обучение ОРЗ и учет соображений конфиденциальности и безопасности пациентов.

Рекомендация 12: Виды ОРЗ

Рекомендация 12
ВОЗ *предлагает* принять модели предоставления услуг с участием ОРЗ, выполняющими задачи общего характера в рамках комплексных бригад первичной медико-санитарной помощи. ОРЗ, выполняющие более узкие и конкретные задачи, при необходимости могут играть дополнительную роль с учетом медико-санитарных потребностей населения, культурного контекста и состава кадровых ресурсов.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

7.12.1 Справочная информация о рекомендации

Для действенного оказания первичных медико-санитарных услуг может быть полезным многодисциплинарное и междисциплинарное взаимодействие, что обусловливает необходимость работы специалистов здравоохранения в составе эффективно функционирующих бригад и при оптимальном распределении функций и задач в зависимости от квалификации *(1, 180)*.

Обучение ОРЗ зачастую предусматривает специализацию на оказании помощи при одном виде заболевания, например диабете или ВИЧ *(181, 182)*. Есть случаи включения ОРЗ, посредством различных подходов и с различной степенью успеха, в состав бригад первичной помощи для оказания более широкого спектра услуг, хотя часто внимание уделяется преимущественно услугам по охране репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков *(183–186)*.

7.12.2 Обоснование рекомендации

Данный политический вопрос занимал особое место в связи с отсутствием удовлетворяющих критериям фактических данных как в конкретном посвященном ему систематическом обзоре, так и в систематическом обзоре обзоров. В связи с этим ГРР полагалась исключительно на косвенные фактические данные, встречающиеся в других обзорах и в более широкой литературе, и на знания и возможности ГРР.

ГРР отметила наличие фактических данных, демонстрирующих действенность обеих моделей — одной, в которой многофункциональные ОРЗ выполняют относительно широкий круг обязанностей, и другой, в которой ОРЗ проходят обучение для оказания одной услуги или комплекса услуг по профилактике, укреплению здоровья, лечению или уходу в связи с одной болезнью или группой болезней.

Однако для принятия комплексного и ориентированного на человека подхода к первичной медико-санитарной помощи *(187)* необходим состав трудовых ресурсов здравоохранения, при котором медицинские работники, работающие на первом рубеже взаимодействия с системой здравоохранения, обладают относительно широким набором навыков, позволяющих им лучше откликаться на нужды населения и потребности в услугах или направлять пациентов на соответствующий уровень системы здравоохранения в тех случаях, когда они не могут оказать помощь сами. Исходя из этого, ГРР рекомендовала, чтобы в условиях, когда работниками здравоохранения, работающими на первом рубеже оказания помощи, являются ОРЗ, они обладали многопрофильной специализацией, позволяющей им оказывать ряд первоочередных услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи. Поскольку в некоторых обстоятельствах возможны особые эпидемиологические ситуации, культурные контексты или требования к системе здравоохранения, в случаях, когда это согласуется с целями государственной политики и способствует достижению целей в области здоровья населения, следует рассмотреть возможность добавления более специализированных ОРЗ при четком разделении обязанностей с многопрофильными ОРЗ.

Отсутствие исходных фактических данных о видах ОРЗ и необходимость адаптации соответствующих мер с учетом страновых контекстов побудили ГРР принять условную рекомендацию.

7.12.3 Резюме фактических данных

В результате конкретного систематического обзора **(приложение 6.12)**, в котором рассматривается вопрос: *«Должны ли практикующие общинные работники здравоохранения (ОРЗ) работать в составе многопрофильных бригад в контексте реализации программ в отношении ОРЗ или в однопрофильной системе ОРЗ?» (188)*, и систематического обзора обзоров не было выявлено никаких удовлетворяющих критериям для включения исследований, имеющих прямое отношение к данному вопросу.

7.12.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

ГРР отметила, что отсутствие фактических данных по этому политическому вопросу можно объяснить тем, что исследования обычно посвящаются анализу опыта осуществления той или иной программы или инициативы в отношении ОРЗ (будь то в общенациональном масштабе или в виде небольшого пилотного проекта), однако в их рамках редко проводится сравнение различных инициатив как альтернативных моделей по отношению друг к другу.

Доказательства эффективности существуют как в отношении узкоспециализированных ОРЗ, так и в отношении многопрофильных ОРЗ, оказывающих более широкий спектр первичных медико-санитарных услуг. ГРР также сознавала, что обременение ОРЗ чрезмерным нереалистичным набором ожидаемых результатов может привести к снижению качества услуг и оттоку кадров из-за эмоционального истощения.

С целью поддержания комплексной модели оказания услуг, учитывающей ожидания населения, ГРР приняла точку зрения, согласно которой в условиях, когда ОРЗ, предположительно, должны играть значительную роль в оказании услуг, директивным органам следует по умолчанию принять модель многопрофильных ОРЗ, способных понимать нужды общины и оказывать услуги на комплексной основе и с учетом четко определенного набора функций и задач. Напротив, модель, основанная исключительно на специализированных ОРЗ, может быть связана с рисками раздробленности помощи, что ведет к недостаткам в оказании услуг и их неэффективности.

ОРЗ, специализирующиеся на выполнении единственной задачи или более узкого круга функций, должны рассматриваться как дополнение к бригаде первичной медико-санитарной помощи, состоящей из многопрофильных ОРЗ, в условиях, когда эпидемиологическая обстановка и местная система оказания помощи и состав трудовых ресурсов оправдывают такой выбор политики. В качестве ОРЗ, специализирующихся на одной или нескольких областях услуг, чаще могут выступать ОРЗ, работающие на добровольной основе, или ОРЗ, привлеченные из групп пациентов для оказания услуг лицам с таким же заболеванием.

7.12.5 Соображения, связанные с осуществлением

Определение функций и видов ОРЗ должно осуществляться в рамках более широкой концепции государственной политики с учетом планирования системы здравоохранения и трудовых ресурсов здравоохранения в целом. Отправной точкой изучения вариантов политики в отношении того, какие виды ОРЗ могут быть более подходящими в конкретных условиях, должна быть оценка населения и потребностей в трудовых ресурсах здравоохранения. В процессе определения необходимости и возможности включения ОРЗ в состав бригады первичной медико-санитарной помощи необходимо также учитывать приемлемость для общин, которые будут обслуживаться, а также для других работников здравоохранения категории специалистов и младших специалистов.

Определение функций и видов ОРЗ является одной из важнейших задач планирования, которая должна, в свою очередь, лежать в основе других элементов, охватываемых рекомендациями в настоящем руководстве, включая размер целевой группы населения, критерии отбора, требования к образованию и аккредитации.

Рекомендация 13: Вовлечение общин

Рекомендация 13

ВОЗ *рекомендует* принять следующие стратегии вовлечения общин в контексте программ в отношении практикующих ОРЗ:

- консультации с руководителями общин перед началом осуществления программ;
- участие общин в отборе ОРЗ;
- мониторинг ОРЗ;
- отбор и установление приоритетов деятельности ОРЗ;
- поддержка структур на уровне общин; и
- привлечение представителей общин к процессам принятия решений, решения проблем, планирования и составления бюджета.

Доказательность фактических данных — умеренная. Сила рекомендации — строгая.

7.13.1 Справочная информация о рекомендации

Вовлечение общин во все большей степени признается и поддерживается как ценный компонент программ здравоохранения. Термин «община» может относиться как к населению в целом, проживающему в определенном географическом районе (будь то сельском или городском), так и к конкретной подгруппе населения, требующей целевой поддержки (например, лица с определенными нарушениями здоровья или кормящие матери). Меры по вовлечению общин были признаны действенными для достижения ряда связанных со здоровьем целей при позитивном воздействии на поведение в отношении здоровья, медико-санитарную грамотность, уверенность в собственных силах и восприятие социальной поддержки уязвимых групп населения *(189–191)*.

Однако отсутствие стандарта и согласованного определения (включая то, что является общиной в городских условиях) и обширный спектр видов деятельности, представляющих собой вовлечение общин, порождают проблемы для более широкого практического достижения и оценки действенности вовлечения общин *(189, 192, 193)*. Это, в свою очередь, создает значительные проблемы для сравнения вовлечения общин и его действенности применительно к разным результатам в отношении здоровья и условиям; конкретные формы и механизмы вовлечения общин могут быть более или менее действенными в зависимости от итогового результата, который должен быть достигнут, численности населения и социально-структурного контекста. Кроме того, существуют известные риски, что голос той или иной

общины, как бы она ни определялась, может быть перехвачен некоторыми группами, действующими в собственных интересах, или лицами, преследующими личные интересы.

7.13.2 Обоснование рекомендации

ГРР рассмотрела преимущества и недостатки включения мероприятий, связанных с вовлечением общин, в программы в отношении ОРЗ. Единое мнение ГРР, основанное на имеющихся фактических данных и знаниях ее членов, состояло в том, что вовлечение общин является одной из основных мер по охране здоровья на уровне общин, которая должна быть частью практики и деятельности ОРЗ.

Доказательность фактических данных, по мнению группы по проведению систематического обзора, была умеренной, однако потенциальное воздействие, в том числе на сокращение неравенства, было расценено как очень важное. Кроме того, ГРР не смогла выявить какой-либо реальный риск или недостаток деятельности по вовлечению общин. В связи с этим ГРР единогласно приняла строгую рекомендацию в пользу включения вовлечения общин в программы в отношении ОРЗ.

7.13.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.13)** по вопросу: *«Действенны ли стратегии вовлечения общин с точки зрения повышения эффективности и расширения использования программ в отношении практикующих общинных работников здравоохранения (ОРЗ) в контексте реализации программ в отношении ОРЗ?» (194)* были выявлены 43 удовлетворяющих критериям исследования (12 количественных, 25 качественных и шесть с использованием смешанных методов), проведенные во всех шести регионах ВОЗ, однако преобладали исследования, проведенные в Африканском регионе и регионе Юго-Восточной Азии, и лишь по одному исследованию было проведено в регионе стран Америки и Европейском регионе.

В рамках исследований использовался ряд стратегий вовлечения общин, при этом во многих исследованиях использовалось более одной стратегии. В таблице 5 представлены категории стратегий, выявленных в литературе.

Таблица 5: Категории стратегий вовлечения общин

Стратегии вовлечения общин
Консультации до осуществления меры вмешательства
Консультации с руководителями общин до осуществления меры вмешательства
Собрания с целью информирования общин о готовящейся мере вмешательства, проводимые руководителями или членами общин
Отбор ОРЗ
Вовлечение общин в разработку критериев найма ОРЗ
Вовлечение общин в назначение членов общин на должности ОРЗ
Участие руководителей общин в отборе и найме ОРЗ
Подготовка ОРЗ
Участие отдельных членов общин или организаций в разработке подготовки ОРЗ
Осуществление программ в отношении ОРЗ
Привлечение общин в качестве членов в организацию/совместную деятельность, связанную с осуществлением меры вмешательства в отношении ОРЗ
Вовлечение членов общин в удержание ОРЗ
Участие руководителей общин в деятельности ОРЗ
Вовлечение членов общин в осуществление меры вмешательства
Оценка и надзор за осуществлением проектов ОРЗ
Участие членов общин в принятии решений, повышении качества и оценке, например, в форме совещаний по оценке с общественным участием
Создание сельского комитета по вопросам здравоохранения для надзора за осуществлением проекта и деятельностью ОРЗ

Фактические данные показывают, что стратегии вовлечения общин могут быть действенными с точки зрения улучшения работы и использования ОРЗ. Большинство количественных, качественных и проведенных с использованием смешанных методов исследований показали, что ряд стратегий вовлечения общин оказывают благоприятное влияние на результаты работы ОРЗ, включая мотивацию, приверженность делу, удовлетворенность и удержание ОРЗ *(39, 134, 195–206)*. Было также установлено, что стратегии вовлечения общин оказывают благоприятное влияние на результаты работы ОРЗ, включая доверие общин к ОРЗ и информированность общин, поддержку и чувство ответственности за программы в отношении ОРЗ. Три РКИ показали, что стратегии вовлечения общин действенны с точки зрения усиления воздействия программ в отношении ОРЗ на уровне населения в плане результатов в отношении здоровья матери и ребенка среди сельских общин в странах с низким и средним уровнем доходов *(70, 71, 207)*.

Некоторые применяемые стратегии вовлечения общин были реализованы до разработки и внедрения программы, в том числе консультации с руководителями общин до осуществления меры вмешательства *(43, 208–212)* и собрания с целью информирования общин о готовящейся мере вмешательства, проводимые руководителями или членами общин *(213–215)*. Другие стратегии осуществлялись на всем протяжении реализации программы при вовлечении членов общин в осуществление *(216–221)* или представляли собой постоянную оценку и надзор за осуществлением программы в отношении ОРЗ *(222–225)*.

Единственной наиболее распространенной стратегией вовлечения общин, описываемой в рамках всех исследований, было участие общин в назначении или отборе ОРЗ (см. также рекомендацию 1), определенное во многих исследований как один из факторов улучшения работы и использования ОРЗ *(46, 133, 226–230)*.

Было также установлено, что стратегии вовлечения общин отражают различные уровни полномочий, которыми обладают члены общин, хотя было трудно оценить этот аспект на основании описаний, содержащихся в большинстве исследований. Ограниченные фактические данные позволяют предположить, что внимательное отношение к существующим социальным и гендерным иерархиям и учет недостатков системы медико-санитарной помощи могут способствовать действенности стратегий вовлечения общин в рамках программ в отношении ОРЗ. Социальные и структурные препятствия, которые могут ограничивать или подрывать действенность вовлечения общин в повышение эффективности программ в отношении ОРЗ, включают стигматизацию, нищету, маргинализацию женщин, отсутствие доступа к медико-санитарной помощи и недостаточное финансирование программ. Несколько качественных исследований непосредственно выявили отрицательное воздействие препятствий на пути процессов честного и справедливого отбора ОРЗ на эффективность их работы и использования; по-видимому, они оказывают и внутреннее воздействие, подрывая приверженность делу и удовлетворенность ОРЗ, и внешнее — подрывая доверие общин к ОРЗ и программам в отношении ОРЗ. Так, хотя в рамках 10 исследований в отборе и найме ОРЗ участвовали руководители общин, вероятно, это следует истолковывать как меру вмешательства, отличную от участия членов общины в процессе отбора ОРЗ (11 исследований) — хотя в некоторых исследованиях сообщается об обеих мерах. Были получены фактические данные, предупреждающие о том, что этот механизм вовлечения общин может создавать напряженность в отношениях с местными властями и другими заинтересованными сторонами и внутри них.

Наконец, в результате систематического обзора были выявлены свидетельства того, что стратегии вовлечения общин способствуют повышению справедливости в области здравоохранения, при этом улучшаются результаты в области охраны здоровья ребенка и матери среди уязвимых групп населения при низком уровне доходов и достигаются положительные результаты стратегий вовлечения общин в рамках программ в отношении ОРЗ, специально разработанных для уязвимых групп населения (например, этнических меньшинств, иммигрантов, бедняков и сельских общин), которые сталкиваются с неравенством в отношении здоровья.

Систематический обзор обзоров показал, что встроенность в общины является одним из важных факторов, благоприятствующих удержанию, мотивированности, эффективности, подотчетности и поддержке ОРЗ и в конечном счете приемлемости и восприятию связанной со здравоохранением работы ОРЗ. Он выявил четыре обзора, документально подтверждающих конкретные подходы к содействию встроенности в общины *(17, 51, 87, 124)*:

- участие членов общин в отборе ОРЗ и выбор ими человека, пользующегося уважением и доверием на местном уровне;
- наличие у общин четкого понимания и разумных ожиданий в отношении своих ОРЗ;
- мониторинг ОРЗ общинами;
- ответственность общин за программу в отношении ОРЗ;
- участие общин в отборе видов деятельности и установлении приоритетов в работе ОРЗ; и
- помощь ОРЗ со стороны системы здравоохранения посредством кураторства, предоставления предметов снабжения и поддержки, что, в свою очередь, способствует поддержанию доверия общин к ОРЗ.

В результате систематического обзора обзоров был также выявлен один обзор, позволяющий предположить, что встроенность ОРЗ может привести к тому, что ОРЗ будут втянуты в напряженные отношения между общиной и системой здравоохранения *(231)*.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон установлено, что стратегии вовлечения общин были в высокой степени и приемлемыми, и осуществимыми.

7.13.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

ГРР придерживалась мнения, что вовлечение общин является одним из приоритетов программ в отношении ОРЗ. Однако ГРР сочла, что разнообразие стратегий вовлечения общин означает, что разработчики программ и политики должны с особым вниманием рассматривать различные имеющиеся варианты. Разработчики программ и политики должны выбирать варианты, наиболее подходящие с точки зрения масштаба и характера рассматриваемой программы в отношении ОРЗ. Различные стратегии вовлечения общин, имеющие подтверждающие доказательные базы, были обсуждены ГРР и включены в окончательную рекомендацию.

7.13.5 Соображения, связанные с осуществлением

В результате систематического обзора был выявлен широкий спектр стратегий вовлечения общин с точки зрения вида, интенсивности и масштаба, что позволяет предположить, что эти меры вмешательства осуществимы. Однако в результате обзора также были выявлены качественные исследования, указывающие на возможные проблемы, служащие основанием для применения конкретных стратегий смягчения последствий.

- Попытки осуществления стратегий вовлечения общин могут быть подорваны местными заинтересованными сторонами в процессе назначения и отбора ОРЗ, что ведет к усилению несправедливых властных отношений и отчуждению местных общин. В связи с этим следует рассмотреть возможность упреждающего обеспечения широкого участия, включающего все компоненты общины, при организации конкретных видов деятельности, ориентированных на неблагополучные группы населения.
- В случае болезней, связанных с сильной стигматизацией (таких как ВИЧ), меры по вовлечению общин могут создавать предполагаемые угрозы неумышленного раскрытия статуса в местных общинах (например, привлечения внимания к ВИЧ в домохозяйстве). Стратегии вовлечения общин необходимо адаптировать в целях обеспечения отсутствия дискриминации по отношению к целевой группе в результате осуществления деятельности. Во избежание дискриминации в некоторых ситуациях может потребоваться учет основных стратегий вовлечения общин в рамках обычной работы ОРЗ.
- Стратегии вовлечения общин могут повысить интенсивность использования программ в отношении ОРЗ и увеличить предполагаемые выгоды в масштабах, превышающих возможности имеющихся объектов инфраструктуры системы здравоохранения. Инвестиции в программы в отношении ОРЗ, содержащие стратегии вовлечения общин, необходимо планировать в рамках всеобъемлющего и основанного на участии подхода к укреплению системы здравоохранения на общинном уровне.

Эти проблемы подчеркивают важность адаптации политики вовлечения общин в программы в отношении ОРЗ в качестве особой формы мероприятий здравоохранения и, во-вторых, важность оценки возможных различий с точки зрения действенности вовлечения общин в программы в отношении ОРЗ в зависимости от основных заболеваний, размера групп населения и условий, в которых осуществляются эти программы.

Рекомендация 14: Мобилизация ресурсов общин

Рекомендация 14
ВОЗ *предлагает*, чтобы ОРЗ способствовали мобилизации более широких ресурсов общин на цели здравоохранения посредством:

- выявления приоритетных медико-санитарных и социальных проблем и разработки и осуществления соответствующих планов действий с общинами;
- мобилизации и содействия координации необходимых местных ресурсов, представляющих различные заинтересованные стороны, секторы и организации гражданского общества, для решения приоритетных медико-санитарных проблем;
- содействия участию общин в транспарентной оценке и распространении регулярно собираемых данных об общинах и результатов осуществления мер вмешательства; и
- укрепления связей между общиной и учреждениями здравоохранения.

Доказательность фактических данных — очень низкая. Сила рекомендации — условная.

7.14.1 Справочная информация о рекомендации

ОРЗ чаще всего являются членами общин, которые они обслуживают, и поэтому обладают глубокими знаниями культур и языков своих общин и соответствующим опытом *(232)*. Благодаря своим углубленным знаниям местных систем ОРЗ занимают уникальное положение, позволяющее им действовать в качестве проводников перемен, мобилизуя общины и дополнительные ресурсы для решения медико-санитарных проблем. Прежние авторы представляли себе роль ОРЗ как «проводников перемен, расширяющих права и возможности отдельных лиц, своих общин и свои собственные права и возможности» *(233)*.

Мобилизация общин представляет собой процесс повышения информированности общины о той или иной проблеме и участие в выявлении и приведении в действие ресурсов и руководства для ее решения. Мобилизация общин давно признается как крайне важная стратегия улучшения результатов в отношении здоровья, и существует большой объем литературы, свидетельствующей об успешной мобилизации по ряду медико-санитарных проблем *(234–237)*. ОРЗ обладают уникальными возможностями для вовлечения общин и руководства действиями по мобилизации общин посредством выявления и привлечения дополнительных ресурсов для целей здравоохранения, работы с общинами для выявления медико-санитарных проблем и мобилизации основных заинтересованных сторон. Однако в прежних обзорах литературы, изучающей выполняемые ОРЗ задачи, содержится мало фактических данных о том, что ОРЗ позиционируются как проводники мобилизации общин *(17)*.

7.14.2 Обоснование рекомендации

ГРР отметила, что выявленные по этому вопросу фактические данные позволяют предположить (но не дают убедительных доказательств) наличие положительного потенциала для участия ОРЗ в мобилизации ресурсов общин в целях здравоохранения. В результате обзора фактических данных и обсуждений в ГРР не было выявлено никаких известных или теоретических рисков, вытекающих из такой деятельности. Поскольку фактические данные были крайне ограниченными по объему и содержанию и характеризовались очень низким уровнем доказательности в отношении последствий, ГРР приняла условную рекомендацию в пользу рассматриваемого варианта политики.

7.14.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора **(приложение 6.14)** по вопросу: *«Должны ли практикующие общинные работники здравоохранения (ОРЗ) мобилизовывать более широкие ресурсы общин на цели здравоохранения в контексте реализации программ в отношении ОРЗ или нет?» (238)* были выявлены два удовлетворяющих критериям для включения исследования (одно количественное, одно качественное), проведенные в Индии и Соединенных Штатах.

В одном исследовании *(239)* сообщалось о количестве мероприятий по мобилизации, проводившихся среди ОРЗ, прошедших подготовку по вопросам лидерства в области охраны здоровья, и было выявлено, что ОРЗ, участвовавшие в подготовке, самостоятельно сообщили, что они играли «роль проводников перемен» на гораздо более высоком уровне в ходе многочисленных мобилизационных мероприятий, чем не прошедшие подготовку ОРЗ в национальной выборке. Например, прошедшие подготовку ОРЗ с большей вероятностью, чем не прошедшие подготовку ОРЗ, сообщали, что:

- ОРЗ привлекали членов общин для выявления лиц, влияющих на перемены;
- меры вмешательства с вовлечением общин оказывали воздействие на местные медико-санитарные и социальные показатели; и
- ОРЗ и община вовлекались в усилия по обеспечению устойчивости.

Однако среди прошедших подготовку ОРЗ вероятность сообщений о том, что они вовлекали общину в деятельность по выявлению первичной проблемы, была не выше, чем среди не прошедших подготовку ОРЗ.

В другом исследовании *(240)* с использованием этнографических данных проводилось сравнение программы в отношении ОРЗ в два момента времени: первый, когда она изначально осуществлялась неправительственной организацией через ОРЗ, которые участвовали в мобилизации общины; и второй, после того, как руководство мерами вмешательства было передано правительству, а на ОРЗ была возложена функция наставников. Утрата функции мобилизации общин привела к снижению уровня доверия со стороны общины и потере мотивации ОРЗ.

Группа по проведению систематического обзора оценила общую доказательность фактических данных как очень низкую.

В результате систематического обзора обзоров не было выявлено никаких обзоров, имеющих прямое отношение к этому вопросу политики.

В ходе обследования мнений заинтересованных сторон было установлено, что деятельность ОРЗ по мобилизации ресурсов общин является как приемлемой, так и осуществимой.

7.14.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

Общее отсутствие конкретности относительно роли ОРЗ в мобилизации общин создает трудности при определении того, какая деятельность считается мобилизацией. Для целей настоящего руководства «мобилизация» истолковывается как двусторонний процесс расширения прав и возможностей общин для осуществления действий в области охраны здоровья, и поэтому участие общин рассматривается как

один из ключевых критериев (241, 242). Возникающий в результате этого недостаток конкретных фактических данных ограничивал выводы, которые могли быть сделаны. В связи с этим данная рекомендация в большой степени основана на мнении ГРР относительно потенциальных выгод участия ОРЗ в усилиях по мобилизации общин.

7.14.5 Соображения, связанные с осуществлением

Фактические данные из двух исследований показывают, что деятельность по мобилизации общин требует уникального набора навыков, который существенно отличается от навыков, необходимых для оказания услуг по укреплению здоровья и лечению. Для участия в проактивной разработке и выполнении задач по мобилизации общин ОРЗ должны доказать наличие лидерских качеств и способности стратегически поддерживать сотрудничество между общинами и заинтересованными сторонами. Чаще всего ОРЗ выполняли бы эти функции, содействуя более широким усилиям многопрофильных бригад первичной помощи.

Для успешного осуществления деятельности по мобилизации общин необходимы налаживание отношений сотрудничества с местными лидерами и властями и признание другими работниками здравоохранения роли ОРЗ в выполнении этих задач.

Рекомендация 15: Наличие материалов

Рекомендация 15

ВОЗ *предлагает* использовать следующие стратегии обеспечения наличия достаточного количества товаров и расходных материалов, гарантии качества и надлежащего управления хранением, созданием запасов и удалением отходов в контексте программ в отношении ОРЗ:

- интеграция в общую цепь поставок в сфере здравоохранения;
- надлежащая отчетность, кураторство, оплата, обеспечение условий труда, надлежащая подготовка и обратная связь и совещания по вопросам повышения качества работы бригады;
- наличие мобильного здравоохранения для поддержки различных функций цепи поставок.

Доказательность фактических данных — низкая. Сила рекомендации — условная.

7.15.1 Справочная информация о рекомендации

Узкие места в цепи поставок влияют на доступ ОРЗ к необходимым предметам снабжения и лекарственным препаратам, в результате чего уязвимые группы пациентов подвергаются дополнительному риску. Неэффективное управление цепочкой поставок, включая ограниченные или отсутствующие контроль и прогнозирование запасов, означает, что, даже при наличии лекарственных средств на центральном уровне, на уровне общин возможны частые случаи истощения запасов. Приняты различные стратегии улучшения подготовки и снабжения ОРЗ с целью обеспечения наличия материалов. Однако, несмотря на различные стратегии улучшения поставок предметов снабжения, существует много проблем, таких как удаленность общин и неправильное управление данными.

7.15.2 Обоснование рекомендации

ГРР отметила, что в результате включенных исследований выявлен ряд стратегий, которые могут быть связаны с улучшением процессов и результатов управления цепочкой поставок. Поскольку доказательность фактических данных была низкой, ГРР приняла условную рекомендацию в пользу этих стратегий.

7.15.3 Резюме фактических данных

В результате систематического обзора (приложение 6.15) по вопросу: *«Каким стратегиям в контексте реализации программ в отношении практикующих общинных работников здравоохранения (ОРЗ) следует отдать предпочтение в целях обеспечения наличия достаточного количества товаров и расходных материалов перед какими другими стратегиями?» (243)* были выявлены в качестве удовлетворяющих критериям для включения два количественных исследования и семь исследований с использованием смешанных методов, которые все были проведены в шести странах Африки к югу от Сахары.

Факторами, связанными с улучшением систем поставок, согласно включенным исследованиям были следующие.

- **Кураторство надлежащего качества.** Было отмечено, что на кураторов возложены дополнительные обязанности, связанные с проверкой учетных журналов ОРЗ и перекрестной проверкой запасов лекарственных средств с целью обеспечения регулярного и достаточного пополнения запасов. Это способствует укреплению профессиональных навыков ОРЗ в отношении использования лекарственных средств *(244)*.

- **Правильное оформление рецептов.** Наличие правильно оформленных рецептов приводит к более точному и надежному пополнению запасов ОРЗ *(244)*.
- **Регулярная отчетность.** Запасы лекарственных средств у ОРЗ пополнялись более регулярно в тех случаях, когда они своевременно представляли ежемесячные отчеты о лекарственных средствах, в отличие от ОРЗ, которые не представляли отчеты в срок или совсем не представляли их *(245, 246)*.
- **Наличие средств диагностики.** Наличие средств диагностики у ОРЗ также улучшало пополнение запасов лекарственных средств *(247)*.

В число более широких стратегий, выявленных в рамках всех этих исследований в качестве факторов, способствующих улучшению наличия товаров и предметов снабжения, входили достаточное вознаграждение, надлежащая подготовка и обратная связь, совещания по вопросам повышения качества работы бригады и благоприятные условия труда.

Фактические данные из ряда исследований с использованием смешанных методов показали, что mHealth (мобильное здравоохранение) хорошо поддерживалось и эффективно использовалось ОРЗ *(248, 249)*. Было также выявлено, что mHealth способствовало более своевременной и полной отчетности и кураторству ОРЗ *(155, 177, 250)*. Группа по проведению систематического обзора оценила общую доказательность фактических данных как низкую.

В результате систематического обзора обзоров были выявлены фактические данные, позволяющие предположить, что регулярное обеспечение логистической поддержки и предметов снабжения (таких как лекарственные средства и учебные материалы) необходимо для поддержания действенности программ в отношении ОРЗ, их продуктивности и уважения к ОРЗ со стороны общины. Кроме того, было установлено, что mHealth является потенциально ценным средством помощи в работе для учета побочного воздействия лекарственных средств, подтверждения дозировок и улучшения медицинских знаний *(13, 17, 124, 251–253)*.

В результате обследования мнений заинтересованных сторон было установлено, что различные стратегии укрепления цепи поставок для ОРЗ являются как приемлемыми, так и осуществимыми, за исключением использования каналов распространения через социальные сети, в отношении которых приемлемость и осуществимость оценивались как более неопределенные.

7.15.4 Толкование фактических данных и другие соображения, высказанные ГРР

ГРР признала, что эффективно функционирующая цепочка поставок для ОРЗ является одним из важнейших факторов, представляющих собой предварительное условие действенного оказания услуг. Она также отметила отсутствие в найденной литературе данных об удалении отходов. По мнению ГРР, распространение на программы в отношении ОРЗ национальной цепочки поставок (вместо создания отдельной независимой цепи поставок) является одним из основных элементов обеспечения интеграции и устойчивости системы здравоохранения.

7.15.5 Соображения, связанные с осуществлением

Для обеспечения надлежащего осуществления определенных стратегий и во избежание фрагментации на параллельные конкурирующие цепи поставок соответствующие товары, предназначенные для ОРЗ, следует включить в национальный план поставок фармацевтической продукции или эквивалентный национальный план цепочки поставок. Механизмы пополнения и замены оборудования и предметов снабжения, предназначенных для ОРЗ, различны, однако любые национальные системы распределения товаров должны учитывать потребности ОРЗ на местах на основе достоверных данных и прогнозов.

Упрощенные средства управления запасами и визуальные средства помощи в работе для ОРЗ, в которых с учетом низкого уровня грамотности используется минимальное число точек данных, могут быть полезными для облегчения учета данных, надлежащего хранения (в том числе хранения скоропортящихся предметов снабжения при нужной температуре), картирования и мониторинга в целях заблаговременного предупреждения и пополнения запасов.

Программа вводного обучения ОРЗ должна включать, помимо диагностических и клинических навыков для правильного оформления рецептов, возможности для основного хранения, создания запасов, обеспечения качества и удаления отходов применительно к основным лекарственным средствам и предметам снабжения, включая основные элементы личной безопасности при обращении с опасными предметами снабжения (например, для предотвращения травмы от укола иглой).

8

Приоритеты исследований и обновление руководства

Были приложены все усилия к тому, чтобы содержащиеся в настоящем руководстве рекомендации в отношении политики основывались на самой свежей оценке опубликованных фактических данных, дополненной оценками осуществимости и приемлемости. В целом были выявлены фактические данные для вынесения рекомендаций в отношении политики для большинства областей. Однако в ряде случаев систематические обзоры показали наличие серьезных пробелов как в плане охвата, так и с точки зрения доказательности фактических данных, что дает возможность в общих чертах определить приоритеты для повестки дня дальнейших исследований в отношении ОРЗ.

Приоритеты исследований, изложенные в общих чертах в настоящем документе, вытекают в основном из систематических обзоров и обзора систематических обзоров, выполненных для областей вмешательства, рассматриваемых в руководстве по ОРЗ. Приоритеты проведения необходимых исследований в отношении ОРЗ установлены таким образом, чтобы в максимально возможной степени соответствовать по тематике областям вмешательства, рассматриваемым в руководстве по ОРЗ, с учетом целесообразности и условий. Как и руководство, выявленные приоритеты исследований относятся только к межсекторальным стимулирующим политическим и системным мерам, нацеленным на оптимизацию разработки и эффективности программ в отношении ОРЗ, и они не относятся к базе фактических данных о действенности ОРЗ с точки зрения осуществления конкретных мер вмешательства в целях профилактики, укрепления здоровья, лечения или ухода.

В общих чертах, в некоторых областях поиск информации для настоящего руководства выявил почти полное отсутствие фактических данных (например, об аттестации или заключении соглашений и возможностях карьерного роста для ОРЗ, их видах и размере целевых групп населения); однако в большинстве рассматриваемых областей политики имеются некоторые фактические данные (в некоторых случаях значительные) о том, что широкие стратегии (такие как обучение в соответствии с уровнем подготовки, поддерживающее кураторство и оплата) являются действенными. Однако эти фактические данные, как правило, недостаточно детальны, чтобы позволить рекомендовать конкретные формы этих мер вмешательства, например: какие подходы к обучению, какие стратегии кураторства или какой набор финансовых и нефинансовых стимулов наиболее действенны или более действенны, чем другие. Другие межсекторальные соображения включают отсутствие экономических оценок различных рассматриваемых мер вмешательства и недостаток фактических данных, характеризующих изменение действенности политики во времени на основе более долгосрочных лонгитюдных исследований.

8.1 Отбор, обучение и аттестация

В целях улучшения стратегий отбора ОРЗ необходимы дополнительные исследования для конкретной оценки того, какие критерии набора наиболее действенны с точки зрения обеспечения улучшенных промежуточных и конечных результатов. Необходима также тщательная проверка того, улучшает ли — и каким образом — отбор общинами промежуточные и конечные результаты.

С учетом различий в количестве, качестве и продолжительности обучения ОРЗ в разных условиях необходимы дальнейшие исследования для оценки оптимальных уровней подготовки, необходимых для эффективного выполнения задач ОРЗ. Существует необходимость в исследованиях с использованием смешанных методов, включая факторный анализ, который позволяет проверить относительное

воздействие обучения разного объема и продолжительности. Конечные результаты должны оцениваться на основе профессиональных качеств и эффективности ОРЗ.

Что касается программы вводного обучения ОРЗ, необходимо провести исследования для оценки воздействия различных уровней (специальное или общее) и методов обучения в соответствии с уровнем подготовки на знания и эффективность работы ОРЗ, а также на конечные результаты на уровне группы населения и пациентов. Существует потребность в качественных исследованиях, позволяющих непосредственно измерить сравнительные знания ОРЗ, проходящих специальное и общее обучение в соответствии с уровнем подготовки. Следует также провести исследования по вопросу о действенности недидактической подготовки на рабочем месте, при которой практическая демонстрация сочетается с экспертным наблюдением, обратной связью и кураторством.

Необходимы дальнейшие исследования для оценки влияния официальной аттестации при подготовке ОРЗ до начала работы на важнейшие конечные результаты. Такие исследования должны включать качественный компонент, который призван выявить потенциальные недостатки официальной аттестации, такие как затраты и административная нагрузка. Необходимы также исследования, позволяющие сравнить действенность узкоспециализированных и многофункциональных ОРЗ..

8.2 Управление и кураторство

Необходимы дальнейшие исследования, касающиеся различных сочетаний стратегий поддерживающего кураторства ОРЗ. Такие исследования должны включать выявление оптимальных механизмов мониторинга для отслеживания эффективности работы ОРЗ. В рамках исследований должно также изучаться влияние размера группы населения на эффективность работы ОРЗ и оцениваться оптимальная частота кураторства ОРЗ.

Что касается оплаты ОРЗ, необходимы исследования высокого качества для сравнения различных моделей стимулирования в разных условиях и при разных видах деятельности и для определения того, какие сочетания финансовых и нефинансовых стимулов оптимизируют эффективность работы ОРЗ и использование ресурсов. Исследования, касающиеся официальных контрактов с ОРЗ, должны охватывать вклад официальных соглашений и контрактов в оптимальные условия труда и эффективность работы общинных работников здравоохранения. Что касается возможностей карьерного роста ОРЗ, необходимо больше концептуальных исследований для содействия формированию общего представления в рамках подготовки к углубленным исследованиям и усилиям по поиску данных.

8.3 Интеграция в системы здравоохранения и общины и поддержка с их стороны

Необходимы предварительные обзоры литературы по вопросам ОРЗ, описывающей усилия по мобилизации общин и изучающей задачи ОРЗ в контексте мобилизации. Следует также разработать концептуальные модели ролей ОРЗ как проводников мобилизации общин. Сравнительный анализ или другие схемы исследований, которые позволяют устанавливать причинно-следственную связь различных стратегий сбора и использования данных, были бы полезными для расширения и укрепления существующей базы фактических данных. В этом контексте необходимы дальнейшие исследования по вопросу о рабочем процессе ОРЗ при вовлечении общин и обеспечении ухода, в частности, с целью измерения влияния посещений на дому и ухода на дому силами ОРЗ на доступ к уходу и смертность. Межсекторальный аспект заключается в изучении в рамках различных приоритетов исследований роли гендерных факторов, стигматизации, нищеты и учета особых групп населения с целью изучения последствий различных вариантов политики для справедливости в области здравоохранения.

Наконец, в рамках исследований по политическим и системным вопросам должны оцениваться стратегии в отношении масштабируемости, устойчивости и рентабельности различных компонентов интеграции ОРЗ в системы здравоохранения.

8.4 Последствия для не относящихся к здравоохранению конечных результатов в области развития

Выявленные исследования были полностью ориентированы на различные конечные результаты, связанные со здравоохранением. Однако, как отмечается в некоторых из рекомендаций, связанные с политикой и инвестициями решения в отношении работников здравоохранения имеют более широкие последствия для ряда других задач ЦУР, включая создание рабочих мест, экономический рост, реализацию гендерных прав и образование. Существуют неиспользуемые возможности будущих исследований для расширения базы фактических данных по некоторым из этих аспектов, в том числе: удовлетворяются ли посредством программ в отношении ОРЗ ожидания в отношении трудоустройства и социальной защиты; к каким неожиданным последствиям с гендерной точки зрения, если таковые будут, могла бы привести политика отбора, обучения, лицензирования и трудоустройства; и как законы о труде, касающиеся неофициального труда и официальных объединений и союзов ОРЗ, могут способствовать формированию более благоприятных условий осуществления политики для интеграции программ в отношении ОРЗ.

8.5 Дальнейшие исследования и обновление руководства

Учитывая возможность проведения дополнительных исследований для изменения и укрепления базы фактических знаний, лежащей в основе настоящего руководства, через пять лет после публикации будет рассмотрена необходимость и возможность предполагаемого обновления.

Предусматривая дополнительные исследования по этой тематике, важно признать, что, несмотря на необходимость более методологически выверенных фактических данных, вероятно, нереалистично ожидать проведения крупномасштабных РКИ с целью рассмотрения всех сохраняющихся пробелов в фактических данных исключительно с точки зрения действенности. Кроме того, схема РКИ относительно бесполезна для получения сведений о динамике сложных программ. Более полезными были бы всеобъемлющие предметные исследования по важнейшим программам.

Необходимо избегать слишком узкой ориентированности на действенность ОРЗ применительно к конкретным мерам вмешательства. Существует необходимость изучать не только то, что дает результаты, но и контекстуальные факторы и стимулы (как, для кого, при каких обстоятельствах) и более широкие требования к системе здравоохранения и последствия поддержки одновременного осуществления нескольких мер вмешательства. Для получения ответа на такие политические вопросы необходимы методики исследований в области политики и систем здравоохранения *(254)*, такие как исследования осуществления, инструменты системного мышления, агентное моделирование, сложные адаптивные системы, эвристические методические правила, мониторинг процессов и быстрое обобщение имеющихся исследований.

Поскольку большинство фактических данных, полученных для целей настоящего руководства, происходит из стран с низким и средним уровнем доходов, следует рассмотреть возможность проведения дополнительных исследований в развитых странах для выявления любых различий с точки зрения контекстуальных факторов и действенности подходов, которые повлияли бы на варианты политики и рекомендации.

9

Использование руководства

9.1 Планы распространения руководства

ВОЗ будет координировать ряд видов деятельности, направленных на поддержку распространения, внедрения и осуществления руководства. Признавая важную роль, которую играют другие заинтересованные стороны, ВОЗ организовала центр, посвященный ОРЗ, Глобальной сети кадровых ресурсов в области здравоохранения — механизм взаимодействия при содействии Секретариата ВОЗ в лице его Департамента трудовых ресурсов здравоохранения. Центр, посвященный ОРЗ, включает в свой состав активистов, финансовых доноров и исполнителей программ в отношении ОРЗ, из развитых стран, стран с формирующейся рыночной экономикой и развивающихся стран и будет взаимодействовать с ВОЗ при введении руководства в действие.

ВОЗ начала разработку, при консультации с центром, посвященным ОРЗ, и с использованием материалов центра, стратегии коммуникационной, информационно-пропагандистской деятельности и взаимодействия, главная цель которой заключается в поддержке внедрения и осуществления руководства на страновом уровне. Стратегия информационно-пропагандистской деятельности и взаимодействия строится на комплексном подходе, основанном на модели внедрения, состоящей из четырех этапов.

- Этап 1. Обеспечение осведомленности и понимания
- Этап 2. Содействие приверженности
- Этап 3. Обеспечение внедрения и преобразований
- Этап 4. Мониторинг и оценка информационно-пропагандистской деятельности и внедрения

В целях обеспечения выявления наиболее актуальных и подходящих отправных точек и действенности руководящих положений в отношении внедрения и осуществления руководства распространение информации будет осуществляться в расчете на следующие группы стран:

- страны, у которых уже есть политика в отношении ОРЗ, согласующаяся с новым руководством;
- страны, у которых уже есть политика в отношении ОРЗ, которая необязательно согласуется с новым руководством;
- страны, у которых нет политики в отношении ОРЗ.

Информационно-пропагандистская, коммуникационная деятельность и взаимодействие будут ориентированы на три группы заинтересованных сторон.

- **Первичная целевая аудитория.** К первичной целевой аудитории этой стратегии относятся (a) национальные директивные органы (министерство здравоохранения, министерство финансов); (b) специалисты по планированию и управлению, отвечающие за политику, планирование и управление трудовыми ресурсами здравоохранения на национальном и районном или провинциальном уровне, которые включают ОРЗ в процесс оказания медико-санитарных услуг; и (c) специалисты по обучению трудовых ресурсов здравоохранения.
- **Вторичная целевая аудитория.** Ко вторичной целевой аудитории этой стратегии относятся партнеры по вопросам развития, финансирующие учреждения, глобальные инициативы в области здравоохранения, подрядчики-доноры, неправительственные организации и активисты (на глобальном, региональном и национальном уровнях), которые финансируют, поддерживают, осуществляют или пропагандируют более широкое и более эффективное участие ОРЗ в оказании медико-санитарных услуг.
- **Источники влияния.** В стратегии взаимодействия будут также использоваться соответствующие источники влияния и активисты на глобальном, региональном и национальном уровнях в целях информационно-пропагандистской деятельности и вовлечения первичной и вторичной аудиторий.

Главные принципы стратегии коммуникационной и информационно-пропагандистской деятельности включают следующее.

- Ответственность страны является важнейшим условием успешного осуществления руководства; в связи с этим посредством ряда видов деятельности будет обеспечиваться участие министерств здравоохранения, министерств финансов и других соответствующих заинтересованных сторон и структур на различных уровнях национальных систем здравоохранения.

- Следует унифицировать партнерскую поддержку на глобальном, региональном и страновом уровнях, с тем чтобы обеспечить согласованность всей информации, продуктов и деятельности по поддержке.
- Необходимы четкое разъяснение и информирование о выгодах принятия рекомендаций и окупаемости инвестиций, а также акцент на налаживании прочных отношений с основными заинтересованными сторонами вместо разовых мероприятий и акций.
- Следует использовать существующие возможности организации акций в целях максимального повышения эффективности и усиления узнаваемости и осведомленности на всех уровнях (глобальном, региональном, национальном). В то время как глобальная осведомленность важна для сохранения темпа после начала осуществления, необходима более интенсивная популяризация руководства и поддержка внедрения в странах, в которых оно оказало бы наибольшее воздействие.
- Следует разработать конкретные предложения по картированию в отношении того, как наиболее действенно осуществить рекомендации руководства на страновом уровне в соответствии с сегментацией стран, включая типовые планы действий.

9.2 Планы адаптации, осуществления и оценки руководства

В целях максимального расширения возможностей осуществления руководства его потребуется адаптировать и увязать с местными условиями, в том числе посредством ряда производных продуктов, предоставляемых на соответствующих языках с целью содействия внедрению на страновом уровне.

Помимо адаптации, упрощения и разработки удобных для пользователей резюме информационных материалов, будет рассмотрен и осуществлен ряд сопутствующих мероприятий при условии наличия ресурсов. Некоторые из этих мероприятий могли бы непосредственно осуществляться и поддерживаться ВОЗ, другие — другими учреждениями и партнерами, участвующими в деятельности центра, посвященного ОРЗ, Глобальной сети кадровых ресурсов в области здравоохранения, либо другими учреждениями или в сотрудничестве с ними. Неисчерпывающий и рекомендательный список мероприятий, которые будут рассмотрены, включает следующее:

- разработка специализированного онлайнового портала;
- универсальный набор производных продуктов, включая инструментарий для обеспечения того, чтобы руководство было понятным для заинтересованных сторон и было внедрено ими (включая перевод руководства на официальные языки ВОЗ), при этом содержание материалов должно зависеть от аудитории (такой как финансовые доноры, исполнители);
- широко освещаемое в мире презентационное мероприятие (потенциальные кандидаты: мероприятия по случаю 40-й годовщины Алма-Атинской конференции, региональные комитеты ВОЗ);
- серия вебинаров;
- региональные семинары с участием региональных и страновых активистов и заинтересованных сторон, связанных с ОРЗ, с целью оценки того, какие страны получили бы наибольшую выгоду от осуществления руководства и имеют возможность внедрить некоторые из рекомендаций;
- выбор нескольких стран, в которых будет отдано предпочтение политическому диалогу и мероприятиям по созданию потенциала, подкрепленным составлением региональной и страновой карты осуществления руководства;
- совещания со страновыми заинтересованными сторонами, связанными с ОРЗ, с целью презентации руководства и разработки плана партнерской поддержки (согласование функций, обязанностей и вкладов);
- семинар с правительственными заинтересованными сторонами (министерство здравоохранения, министерство финансов, партнеры по вопросам развития) с целью повышения осведомленности и картирования существующих в стране ситуации и политики в отношении ОРЗ, с тем чтобы определить исходный уровень и, возможно, дорожную карту внедрения рекомендаций, а также поддержать министерство здравоохранения в информационно-разъяснительной работе с министерством финансов; и
- инструмент самооценки, основанный на рекомендациях руководства, который поддерживает страны в разработке исходной информации, относящейся к ОРЗ, и который может использоваться для мониторинга и оценки осуществления мер политики и программ, согласующихся с рекомендациями.

Возможные компоненты инструментария включают:

- техническое резюме руководства и последствия с учетом аудитории (например, что означает руководство для исполнителей, финансовых доноров или других заинтересованных сторон);
- документы по вопросам политики, посвященные конкретным подтемам (таким как управление и контроль, подготовка и образование, заключение соглашений, вознаграждение и продвижение по службе);

- основные идеи, концепция;
- производные продукты в виде инфографики или видеоматериалов;
- окупаемость инвестиций — экономическое обоснование осуществления руководства;
- практические указания в отношении того, как картировать осуществление руководства в зависимости от исходных условий стран по отношению к политическим условиям ОРЗ; и
- база данных о партнерах и как они могут помочь.

При оценке действенности внедрения и осуществления руководства акцент будет сделан на отслеживании во времени показателей процесса формирования политики, таких как самостоятельно представленная оценка внедрения в национальную политику и механизмы рекомендаций руководства в отношении политики. Со временем отслеживание относящихся к ОРЗ показателей посредством соответствующих механизмов сбора данных о трудовых ресурсах здравоохранения, таких как регулярное составление национальных счетов кадровых ресурсов здравоохранения и получаемая от них отчетность *(255)*, обеспечит условия для определения исходных данных и отслеживания прогресса в отношении возможностей обучения, наличия, распределения и других характеристик ОРЗ.

Будут приложены все усилия, с тем чтобы избежать необходимости в специализированных обследованиях и специальных процессах сбора данных, при этом приоритет будет отдан формированию фактических данных с использованием существующих механизмов, таких как национальные счета кадровых ресурсов здравоохранения, или посредством совмещения с другими существующими обследованиям или совещаниями, которые могли бы предоставить возможность для сбора соответствующих фактических данных и информации.

Через несколько лет после осуществления и при условии наличия ресурсов проведение специальных страновых тематических исследований опыта конкретных стран в осуществлении руководства позволит лучше прояснить конкретный опыт выполнения рекомендаций руководства, включая благоприятствующие и препятствующие факторы. Это послужит основой как для последующих усилий по поддержке осуществления руководства, так и для возможных обновлений и пересмотра самого документа, содержащего руководство.

10

Общие соображения, связанные с осуществлением

Помимо подробных рекомендаций, специально разработанных для решения вопросов политики, рассмотренных в предыдущих разделах, специалисты по планированию, директивные органы, руководители и их международные партнеры должны учитывать следующие основные принципы и межсекторальные аспекты разработки и успешного осуществления политики в отношении ОРЗ.

10.1 Основные принципы

- Странам следует использовать то или иное сочетание мер политики в отношении ОРЗ, отобранных на основе целей, контекста и архитектуры каждой системы здравоохранения. Настоящее руководство не является готовой схемой, которая может быть безапелляционно принята; его следует, скорее, рассматривать как критический обзор фактических данных и набор взаимосвязанных вариантов политики и рекомендаций, которые нуждаются тем не менее в адаптации и увязке с реальностью конкретной системы здравоохранения.
- Программы и политика в отношении ОРЗ будут нуждаться в мониторинге и оценке в динамике по времени, а также адаптации и корректировке посредством динамического процесса, в основе которого лежат фактические данные, относящиеся к конкретным условиям. В целях поощрения приобретения знаний и внедрения инноваций важно, чтобы директивные органы и руководители были готовы открыто делиться данными о характеристиках ОРЗ и эффективности их работы, а также информацией об осуществлении и действенности программ.
- ОРЗ должны рассматриваться не как один из способов экономии расходов и не как замена специалистов здравоохранения, а как один из элементов комплексных бригад первичной медико-санитарной помощи. Функция ОРЗ должна определяться и поддерживаться в соответствии с главной целью постоянного повышения справедливости, качества помощи и безопасности пациентов.
- При разработке концепции и организации медико-санитарной помощи ОРЗ должны вносить вклад в обеспечение комплексных, ориентированных на людей медико-санитарных услуг.
- При рассмотрении и установлении мер политики, влияющих на ОРЗ, их мнения и позиции должны быть представлены в политическом диалоге.
- Медико-санитарные услуги не нацелены естественным образом на достижение справедливых результатов. Поскольку ОРЗ работают на переднем крае оказания услуг в недостаточно обслуживаемых общинах, они обладают потенциалом для того, чтобы внести вклад в снижение уровня несправедливости с точки зрения доступа к медико-санитарным услугам и результатов в отношении здоровья; однако для полной реализации этого потенциала соображения справедливости должны учитываться с самого начала разработки программ, а также при мониторинге и оценке осуществления и действенности.
- При определении оптимальных характеристик той или иной программы в отношении ОРЗ следует учитывать не только традиционные показатели эффективности работы, отражающие промежуточные результаты, конечные результаты и влияние медико-санитарных услуг, но и трудовые права самих ОРЗ, включая безопасные и достойные условия труда и свободу от всех видов дискриминации, принуждения и насилия. Некоторые из этих аспектов вызывают особую обеспокоенность и имеют особое значение в условиях конфликтов и в хронических сложных чрезвычайных ситуациях.

10.2 Операционные аспекты разработки и осуществления программ в отношении ОРЗ

Отправной точкой успешной разработки инициатив и программ в отношении ОРЗ является тщательный ситуационный анализ нужд населения и потребностей системы здравоохранения. Специалистам по планированию следует принять общесистемный подход, учитывая возможности системы здравоохранения и нужды населения и соотнося функцию ОРЗ с функциями других работников здравоохранения, с тем чтобы надлежащим образом интегрировать программы в отношении ОРЗ в общую систему здравоохранения.

10.2.1 Разработка программ

- При разработке программы в отношении ОРЗ следует учитывать ее осуществимость с социальной, культурной, политической и финансовой точек зрения.
- Цели программы в отношении ОРЗ и функции ОРЗ должны определяться в рамках целостного подхода, при котором учитываются оптимальные формы оказания услуг в той или иной стране или юрисдикции и соответствующие последствия с точки зрения трудовых ресурсов. В их рамках функции и цели ОРЗ должны рассматриваться в сравнении с функциями и целями других профессиональных групп.
- Соответственно, в настоящем руководстве повторяется и подкрепляется принцип, отмеченный в Глобальной стратегии ВОЗ для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г., согласно которому странам следует планировать свои трудовые ресурсы здравоохранения в целом, а не сегментировать планирование и соответствующие усилия по разработке программ и финансированию по отдельным профессиональным группам, что несет с собой риск фрагментации, неэффективности и непоследовательности политики.

10.2.2 Согласованность политики

- В связи с этим инициативы и программы в отношении ОРЗ должны быть согласованы с более широкой политикой в области здравоохранения и трудовых ресурсов здравоохранения и быть частью этой политики. В соответствующих случаях они также должны быть увязаны с секторальной или субсекторальной политикой и механизмами в области национального образования, трудовых отношений и общинного развития.
- Меры политики, рекомендуемые в настоящем руководстве, не должны рассматриваться изолированно друг от друга. Существует необходимость во внутренней согласованности и последовательности различных мер политики, поскольку они представляют схожие и взаимосвязанные элементы, которые дополняют и могут усиливать друг друга.
- Функцию ОРЗ следует рассматривать в долгосрочной перспективе. Помимо удовлетворения непосредственных и насущных потребностей систем здравоохранения, возможно, следует предусмотреть, чтобы функция ОРЗ менялась со временем параллельно с изменениями в эпидемиологическом профиле населения и требованиях к системам здравоохранения. В элементах программ в отношении ОРЗ, связанных с образованием, аттестацией и возможностями карьерного роста, должны учитываться эти факторы и будущие сценарии в целях обеспечения возможности трудоустройства этих работников здравоохранения в долгосрочной перспективе или стратегии выхода, в рамках которой ОРЗ рассматриваются как граждане и трудящиеся, наделенные правами, и им обеспечивается достойное обращение.

10.2.3 Поддержка со стороны системы здравоохранения

- Рекомендации в настоящем руководстве основываются на общей логике официального закрепления функций ОРЗ и их интеграции в систему здравоохранения. Для того чтобы такое официальное закрепление было действенным, необходимо иметь ясность относительно того, какой уровень системы (например, национальный или местный) и какая программная область (например, кадровые ресурсы здравоохранения или общинное здравоохранение либо иная) представляет собой институциональный «якорь» для программы в отношении ОРЗ в системе здравоохранения.
- В связи с требованием об общей поддержке со стороны системы здравоохранения необходимо иметь представление об изначальной способности системы здравоохранения эффективно поддерживать программу в отношении ОРЗ. В рекомендациях в предыдущих разделах неявно предполагается, что система здравоохранения будет обладать потенциалом действенного выполнения ряда вспомогательных функций, в том числе проводить подготовку и контролировать, обеспечивать аттестацию на основе профессиональных качеств, эффективно управлять, защищать от риска ненадлежащей практики, выплачивать вознаграждение своевременно и надлежащим образом, создавать

соответствующие каналы для связи и направления к специалистам и обеспечивать товарами и основными предметами снабжения. Однако фактические возможности системы здравоохранения выполнять эти функции могут сильно различаться в разных условиях и могут оказаться недостаточными.

- В тех случаях, когда программа в отношении ОРЗ зависит от надлежащего выполнения системой здравоохранения некоторых из своих описанных выше поддерживающих функций, программа в отношении ОРЗ может оказаться поводом обратить внимание на нужды и возможности поддержки и укрепления системы.

10.2.4 Финансовые последствия

- Было выявлено мало фактических данных о требованиях в отношении ресурсов в контексте обзоров фактических данных. Однако варианты политики, рекомендуемые в настоящем руководстве, в совокупности имеют значительные финансовые последствия, которые требуют долгосрочного целевого финансирования: попытка создания и реализации крупномасштабной инициативы в отношении ОРЗ со скудным бюджетом, вероятно, принесет разочаровывающие результаты.
- Финансовая осуществимость реализации рекомендаций в отношении политики, содержащихся в настоящем руководстве (особенно тех, которые относятся к образованию и вознаграждению), могла быть поставлена под сомнение некоторыми заинтересованными сторонами. Однако важно отметить, что даже страны с низким уровнем доходов создали и финансировали, главным образом за счет внутренних ресурсов, крупномасштабные инициативы в отношении ОРЗ *(20)* и что развертывание ОРЗ было признано рентабельным подходом *(19)*.
- Главным определяющим фактором в обеспечении надлежащих уровней инвестиций является политическая воля придать приоритетный характер подходам и стратегиям, которые с наибольшей вероятностью приведут к улучшению результатов в отношении здоровья населения.
- В некоторых странах с низким уровнем доходов, в которых объем внутренних ресурсов, по всей видимости, не позволит достичь самодостаточности в краткосрочной перспективе, приведение внешней поддержки в соответствие с потребностями национальной политики и механизмами систем здравоохранения может способствовать воздействию и долгосрочной устойчивости программ в отношении ОРЗ.

Список литературы

1. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 23 July 2018).

2. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world. United Nations; 2015 (http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/, accessed 23 July 2018).

3. Secretary-General appoints Commission on Health Employment and Economic Growth. United Nations: meetings coverage and press releases, 2 March 2016 (http://www.un.org/press/en/2016/sga1639.doc.htm, accessed 23 July 2018).

4. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13(1):847. doi:10.1186/1471-2458-13-847.

5. Glenton C, Scheel IB, Lewin S, Swingler GH. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. Tropical Medicine and International Health. 2011;16(9):1044–53.

6. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;(3):CD004015.

7. Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;3:CD007754.

8. Lassi ZS, Middleton PF, Bhutta ZA, Crowther C. Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Global Health Action. 2016;10(9):31408. doi:10.3402/gha.v9.31408.

9. Mwai GW, Mburu G, Torpey K, Frost P, Ford N, Seeley J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. Journal of the International AIDS Society. 2013;16:18586.

10. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera S, Pian J et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;(11):CD009149.

11. Raphael JL, Rueda A, Lion KC, Giordano TP. The role of lay health workers in pediatric chronic disease: a systematic review. Academic Pediatrics. 2013;13(5):408–20.

12. Vouking MZ, Takougang I, Mbam LM, Mbuagbaw L, Tadenfok CN, Tamo CV. The contribution of community health workers to the control of Buruli ulcer in the Ngoantet area, Cameroon. Pan African Medical Journal. 2013;16:63.

13. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf?ua=1, accessed 26 July 2018).

14. Ballard M, Montgomery P. Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low-income and middle-income countries. BMJ Open. 2017;7:e014216.

15. Perry H, Zulliger R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2012.

16. Kok MC, Kane S, Tulloch O, Ormel H, Theobald S, Dieleman M et al. How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. Health Research Policy and Systems. 2015;13(1):13.

17. Kok MC, Dieleman M, Taegtmeyer M, Broerse JE, Kane SS, Ormel H et al. Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. Health Policy and Planning. 2015;30(9):1207–27.

18. McPake B, Edoka I, Witter S, Kielmann K, Taegtmeyer M, Dieleman M et al. Cost-effectiveness of community-based practitioner programmes in Ethiopia, Indonesia and Kenya. Bulletin of the World Health Organization. 2015;93(9):631–9.

19. Vaughan K, Kok MC, Witter S, Dieleman M. Costs and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review. Human Resources for Health. 2015;13:71.

20. Dahn B, Woldemariam A, Perry H, Maeda A, von Glahn D, Panjabi R et al. Strengthening primary health care through community health workers: investment case and financing recommendations. 2015 (http://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf?ua=1, accessed 23 July 2018).

21. Tulenko K, Møgedal S, Afzal MM, Frymus D, Oshin A, Pate M et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:847–52.

22. A call to scale up community health workers: conclusions of the workshop on financing community health worker systems at scale in sub-Saharan Africa of the One Million Community Health Worker Campaign. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/news/2015/call_scale-up_community_hw/en/, accessed 23 July 2018).

23. HRH commitment pathways: community health workers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/CommunityHealthWorkers.pdf, accessed 23 July 2016).

24. International Standard Classification of Occupations (ISCO-08): structure, group definitions and correspondence tables. Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf, accessed 23 July 2018).

25. Scott K, Beckham S, Gross M, Pariyo G, Rao K, Cometto G et al. The state-of-the-art knowledge on integration of community-based health workers in health systems: a systematic review of literature reviews. Human Resources for Health Observer Series No 19. Geneva: World Health Organization; 2017.

26. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde [The community health agent and its attributions: the challenges for the human resources training processes in health]. Interface–Comunicação, Saúde, Educação. 2002;6(10):75–96 (in Portuguese).

27. Werner D. The village health worker: lackey or liberator? World Health Forum. 1981;2(1):46–68.

28. WHO handbook for guideline development, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js22083en/, accessed 23 July 2018).

29. Scott K, Beckham S, Gross M, Pariyo G, Rao K, Cometto G et al. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers and their integration with health systems. Draft. Geneva: World Health Organization; 2018.

30. Ajuebor O, Cometto G, Akl E. Stakeholders' perceptions of health systems support for CHW programmes: a survey study. Draft. Geneva: World Health Organization; 2018.

31. Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide for program managers and policy makers. Washington (DC): United States Agency for International Development, Maternal and Child Health Integrated Program; 2013.

32. ILO Discrimination (Employment and Occupation) Convention, 1958 (No. 111) – Article 1. Geneva: International Labour Organization; 1958 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C111, accessed 26 July 2018).

33. Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas et al. Women and health: the key for sustainable development. Lancet. 2015;386(9999):1165–210.

34. Lassi Z, De Menezes Oliveira C, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 1. In community health workers being selected for pre-service training, what strategies for selection of applications for CHWs should be adopted over what other strategies? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

35. Kawakatsu Y, Sugishita T, Tsutsui J, Oruenjo K, Wakhule S, Kibosia K et al. Individual and contextual factors associated with community health workers' performance in Nyanza province, Kenya: a multilevel analysis. Health Services Research. 2015;15:442.

36. Kansal S, Kumar S, Kumar A. Is educational level of ASHA matters for their effective functioning? A cross-sectional study in eastern Uttar Pradesh. Indian Journal of Community Health. 2012;4(1):41–4.

37. Posner J, Kayastha P, Davis D, Limoges J, O'Donnell C, Yue K. Development of leadership self-efficacy and collective efficacy: adolescent girls across castes as peer educators in Nepal. Global Public Health. 2009;4(3):284–302.

38. Adongo PB, Tapsoba P, Phillips JF, Tabong PT, Stone A, Kuffour E et al. The role of community-based health planning and services strategy in involving males in the provision of family planning services: a qualitative study in southern Ghana. Reproductive Health. 2013;10:36.

39. Turinawe EB, Rwemisisi JT, Musinguzi LK, de Groot M, Muhangi D, de Vries DH et al. Selection and performance of village health teams (VHTs) in Uganda: lessons from the natural helper model of health promotion. Human Resources for Health. 2015;13:73.

40. Turinawe EB. "Those were taken away and given money": power and reward expectations' influence in the selection of village health teams in rural Uganda. Rural Remote Health. 2016;16(2):3856.

41. Strachan C, Wharton–Smith A, Sinyangwe C, Mubiru D, Ssekitooleko J, Meier J et al. Integrated community case management of malaria, pneumonia and diarrhoea across three African countries: a qualitative study exploring lessons learnt and implications for further scale up. Journal of Glob Health. 2014;4(2):020404.

42. Mercader HFG, Kyomuhangi T, Buchner DL, Kabakyenga J, Brenner JL. Drugs for some but not all: inequity within community health worker teams during introduction of integrated community case management. BMC Health Services Research. 2014;14(Suppl. 1):S1.

43. Abbey M, Bartholomew LK, Nonvignon J, Chinbuah MA, Pappoe M, Gyapong M et al. Factors related to retention of community health workers in a trial on community-based management of fever in children under 5 years in the Dangme West district of Ghana. International Health. 2014;6:99–105.

44. Mukanga D, Tibenderana JK, Kiguli J, Pariyo GW, Waiswa P, Bajunirwe F et al. Community acceptability of use of rapid diagnostic tests for malaria by community health workers in Uganda. Malaria Journal. 2010;9:203.

45. Dil Y, Strachan D, Cairncross S, Korkor AS, Hill Z. Motivations and challenges of community-based surveillance volunteers in the Northern region of Ghana. Journal of Community Health. 2012;37(6):1192–8.

46. Saprii L, Richards E, Kokho P, Theobald S. Community health workers in rural India: analysing the opportunities and challenges accredited social health activists (ASHAs) face in realising their multiple roles. Human Resources for Health. 2015;13:95.

47. Carter-Pokras OD, Jaschek G, Martinez IL, Brown PB, Mora SE, Newton N et al. Perspectives on Latino lay health promoter programs: Maryland, 2009. American Journal of Public Health. 2011;101(12):2281–86.

48. Cherrington A, Ayala GX, Amick H, Scarinci I, Allison J, Corbie-Smith G. Applying the community health worker model to diabetes management: using mixed methods to assess implementation and effectiveness. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2008;19(4):1044–59.

49. Blumenthal C, Eng E, Thomas JC. STEP sisters, sex, and STDs: a process evaluation of the recruitment of lay health advisors. American Journal of Health Promotion. 1999;14(1):4–6.

50. Ruebush TK, Weller SC, Klein RE. Qualities of an ideal volunteer community malaria worker: a comparison of the opinions of community residents and national malaria service staff. Social Science and Medicine. 1994;39(1):123–31.

51. Campbell C, Scott K. Retreat from Alma Ata? The WHO's report on task shifting to community health workers for AIDS care in poor countries. Global Public Health. 2011;6(2):125–38.

52. O'Brien MJ, Squires AP, Bixby RA, Larson SC. Role development of community health workers: an examination of selection and training processes in the intervention literature. American Journal of Preventive Medicine. 2009;37(6 Suppl. 1):S262–9.

53. Glenton C, Colvin CJ, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J et al. Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(10):CD010414.

54. Tran NT, Portela A, de Bernis L, Beek K. Developing capacities of community health workers in sexual and reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a mapping and review of training resources. PLoS ONE. 2014;9(4):e94948.

55. Kim K, Choi JS, Choi E, Nieman CL, Joo JH, Lin FR et al. Effects of community-based health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populations: a systematic review. American Journal of Public Health. 2016;106(4):e3–28.

56. Li VC, Goethals PR, Dorfman S. A global review of training of community health workers, 1983–84. International Quarterly of Community Health Education. 2006;27(3):181–218.

57. Wolfenden L, Goldman S, Grady A et al. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 2. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the duration of training be shorter versus longer? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

58. Greene GS, West SK, Mkocha H, Munoz B, Merbs SL. Assessment of a novel approach to identify trichiasis cases using community treatment assistants in Tanzania. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2015;9(12):e0004270.

59. Harvey SA, Jennings L, Chinyama M, Masaninga F, Mulholland K, Bell DR. Improving community health worker use of malaria rapid diagnostic tests in Zambia: package instructions, job aid and job aid-plus-training. Malaria Journal. 2008;7:160.

60. Pongvongsa T, Nonaka D, Kobayashi J, Mizoue T, Phongmany P, Moji. K. Determinants of monthly reporting by village health volunteers in a poor rural district of Lao PDR. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2011;42(5):1269–81.

61. Furth R, Crigler L. Improving CHW program functionality, performance, and engagement: operations research results from Zambia. Research and evaluation report, USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC); 2012.

62. Wanduru P, Tetui M, Tuhebwe D, Ediau M, Okuga M, Nalwadda C et al. The performance of community health workers in the management of multiple childhood infectious diseases in Lira, northern Uganda: a mixed methods cross-sectional study. Global Health Action. 2016;9(1):33194.

63. Santos S, Tagai E, Wang M, Scheirer M, Slade J, Holt C. Feasibility of a web-based training system for peer community health advisors in cancer early detection among African Americans. American Journal of Public Health. 2014;104:2282–9.

64. Wennerstrom A, Johnson L, Gibson K, Batta SE, Springgate BF. Community health workers leading the charge on workforce development: lessons from New Orleans. Journal of Community Health. 2014;39(6):1140–9.

65. McLean KE, Kaiser BN, Hagerman AK, Wagenaar BH, Therosme TP, Kohrt BA. Task sharing in rural Haiti: qualitative assessment of a brief, structured training with and without apprenticeship supervision for community health workers. Intervention. 2015;13(2):135–55.

66. Gogia S, Ramji S, Gupta P, Gera T, Shah D, Mathew JL et al. Community based newborn care: a systematic review and meta-analysis of evidence. Indian Pediatrics. 2011;48(7):537–46.

67. Supporting mechanism for ASHAs. India National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (http://nhm.gov.in/communitisation/asha/asha-support-mechanism/supporting-mechanism.html, accessed 26 July 2018).

68. Kash BA, May ML, Tai-Seale M. Community health worker training and certification programs in the United States: findings from a national survey. Health Policy (Amsterdam, Netherlands). 2007;80(1):32–42.

69. Wolfenden L, Grady A, Goldman S et al. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 3. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the curriculum address specific versus non-specific competencies? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

70. Bhutta Z, Memon Z, Soofi S, Salat M, Cousens S, Martines J. Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. Bulletin of the World Health Organization. 2008;6:452–9.

71. Bhutta ZA, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon ZA, Ali I et al. Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. Lancet. 2011;377(9763):403–12.

72. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literature [The work of the community agent in health promotion: an integrative review of the literature]. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013;66(3):412–9 (in Portuguese).

73. Bridgeman-Bunyoli A, Mitchell SR, Abdullah AH, Schwoeffermann T, Phoenix T, Goughnour C et al. "It's in my veins": exploring the role of an Afrocentric, popular education-based training program in the empowerment of African American and African community health workers in Oregon. Journal of Ambulatory Care Management. 2015:297–308.

74. Wiggins N, Kaan S, Rios-Campos T, Gaonkar R, Rees Morgan E, Robinson J. Preparing community health workers for their role as agents of social change: experience of the Community Capacitation Center. Journal of Community Practice. 2013;21:186–202.

75. Javanprast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Rajabi Z, Heidan G. The experience of community health workers training in Iran: a qualitative study. BMC Health Services Research. 2012:2–8.

76. Mackenzie JD, Greenes RA. The World Wide Web: redefining medical education. JAMA. 1997;278:1785–86.

77. Bollinger R, Chang L, Jafari R, O'Callaghan T, Ngatia P, Settle D et al. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. Bulletin of the World Health Organization. 2013;9:890–2.

78. Transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://whoeducationguidelines.org/content/guidelines-order-and-download, accessed 26 July 2018).

79. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1, accessed 26 July 2018).

80. Global policy recommendations: increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf, accessed 26 July 2018).

81. Lassi Z, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 4. For community health workers (CHWs) receiving pre-service training, should the curriculum use specific delivery modalities versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

82. Muramoto ML, Hall JR, Nickter M, Nichter M, Aicken M, Connolly T et al. Activating lay health influencers to promote tobacco cessation. American Journal of Health Behavior. 2014;38(3):392–403.

83. Austin-Evelyn K, Rabkin M, Macheka T, Mutiti A, Mwansa-Kambafwile J, Dlamini T et al. Community health worker perspectives on a new primary health care initiative in the Eastern Cape of South Africa. PLoS ONE. 2017;12(3):e0173863.

84. Morar NS, Naidoo S, Goolam A, Ramjee G. Research participants' skills development as HIV prevention peer educators in their communities. Journal of Health Psychology. 2016;1:1359105316655470.

85. Castañeda H, Nichter M, Nichter M, Muramoto M. Enabling and sustaining the activities of lay health influencers: lessons from a community-based tobacco cessation intervention study. Health Promotion Practice. 2010;11(4):483–92.

86. Ruizendaal E, Dierickx S, Peeters Grietens K, Schallig HDFH, Pagnoni F, Mens PF. Success or failure of critical steps in community case management of malaria with rapid diagnostic tests: a systematic review. Malaria Journal. 2014;13:229.

87. Kane SS, Gerretsen B, Scherpbier R, Dal Poz M, Dieleman M. A realist synthesis of randomised control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. BMC Health Services Research. 2010;10(1):286.

88. Joyce B, Showers B. Student achievement through staff development. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development; 2002.

89. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. Quality and Safety in Health Care. 2006;15(6):433–6.

90. Ivers NM, Grimshaw JM, Jamtvedt G, Flottorp S, O'Brien MA, French SD et al. Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. Journal of General Internal Medicine. 2014;29(11):1534–41.

91. 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.

92. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923–58.

93. States implementing community health worker strategies. Technical assistance guide. Centers for Disease Control and Prevention; 2014.

94. May M, Kash B, Contreras R. Community health worker (CHW) certification and training: a national survey of regionally and state-based programs. Texas: Sothwest Rural Health Research Center; 2005.

95. Ballard M, Schwarz R, Johnson A, Church S, Palazuelos D, McCormick L et al. Practitioner expertise to optimize community health systems: harnessing operational insight. 2017.

96. Lassi Z, Kedzior S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 5. For community health workers who have received pre-service training, should competency-based formal certification be used versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

97. Catalani CE, Findley SE, Matos S, Rodriguez R. Community health worker insights on their training and certification. Progress in Community Health Partnerships. 2009;3(3):201–2.

98. Amare Y. Non-financial incentives for voluntary community health workers: a qualitative study. Working Paper No. 2. The Last Ten Kilometers Project. Addis Ababa, Ethiopia: Training Institute, Inc.; 2011.

99. Ogolla C, Cioffi JP. Concerns in workforce development: linking certification and credentialing to outcomes. Public Health Nursing. 2007;24(5):429–38.

100. Yeboah-Antwi K, Pilingana P, Macleod WB, Semrau K, Siazeele K, Kalesha P et al. Community case management of fever due to malaria and pneumonia in children under five in Zambia: a cluster randomized controlled trial. PLoS Medicine. 2010;7:e1000340.

101. Mogasale V, Wi TC, Das A, Kane S, Singh AK, George B et al. Quality assurance and quality improvement using supportive supervision in a large-scale STI intervention with sex workers, men who have sex with men/ transgenders and injecting-drug users in India. Sexually Transmitted Infections. 2010;86(Suppl. 1):i83–8.

102. Djibuti M, Gotsadze G, Zoidze A, Mataradze G, Esmail LC, Kohler JC. The role of supportive supervision on immunization program outcome: a randomized field trial from Georgia. BMC International Health and Human Rights. 2009;9(Suppl. 1):S11.

103. Mbindyo P, Gilson L, Blaauw D, English M. Contextual influences on health worker motivation in district hospitals in Kenya. Implementation Science. 2009;4:43.

104. Källander K, Tibenderana JK, Akpogheneta OJ, Strachan DL, Hill Z, ten Asbroek AH et al. Mobile health (mHealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low- and middle-income countries: a review. Journal of Medical Internet Research. 2013;15(1):e17.

105. Hill Z, Dumbaugh M, Benton L, Källander K, Strachan D, ten Asbroek A et al. Supervising community health workers in low-income countries: a review of impact and implementation issues. Global Health Action. 2014;7:1–10.

106. Crigler L, Gergen J, Perry H. Supervision of community health workers. In: Perry H, Crigler L, editors. Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide and case studies for program managers and policymakers. Baltimore, MD: Jhpiego; 2014:10.1–10.26.

107. Gangwani M, Khan R, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 6. In the context of community health worker programmes, what strategies of supportive supervision should be adopted over what other strategies? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

108. Kaphle S, Matheke-Fischer M, Lesh N. Effect of performance feedback on community health workers motivation and performance in Madhya Pradesh, India: a randomized controlled trial. JMIR Public Health and Surveillance. 2016;2(2):e169.

109. Singh D, Negin J, Orach CG, Cumming R. Supportive supervision for volunteers to deliver reproductive health education: a cluster randomized trial. Reproductive Health. 2016;13(1):126.

110. Das A, Friedman J, Kandpal E, Ramana GN, Gupta RK, Pradhan MM et al. Strengthening malaria service delivery through supportive supervision and community mobilization in an endemic Indian setting: an evaluation of nested delivery models. Malaria Journal. 2014;13:482.

111. Ayele F, Desta A, Larson C. The functional status of community health agents: a trial of refresher courses and regular supervision. Health Policy and Planning. 1993;8(4):379–84.

112. DeRenzi B, Findlater L, Payne J, Birnbaum B, Mangilima J, Parikh T et al. Improving community health worker performance through automated SMS. 2012.

113. Som M, Panda B, Pati S, Nallala S, Anasuya A, Chauhan AS et al. Effect of supportive supervision on routine immunization service delivery: a randomized post-test study in Odisha. Global Journal of Health Science. 2014;6(6):61–7.

114. Nonaka D, Pongvongsa T, Nishimoto F, Nansounthavong P, Hongwei J, Vongsouvanh A et al. Successful mobile phone network-based approach to integration of the health care system in rural Laos: strengthening lay health worker performance. Rural and Remote Health. 2014;14:2588.

115. Ameha A, Karim AM, Erbo A, Ashenafi A, Hailu M, Hailu B et al. Effectiveness of supportive supervision on the consistency of integrated community cases management skills of the health extension workers in 113 districts of Ethiopia. Ethiopian Medical Journal. 2014; 52(Suppl. 3):65–71.

116. Chang LW, Kagaayi J, Arem H, Nakigozi G, Ssempijja V, Serwadda D et al. Impact of a mHealth intervention for peer health workers on AIDS care in rural Uganda: a mixed methods evaluation of a cluster-randomized trial. AIDS and Behavior. 2011;15(8):1776–84.

117. Rowe SY, Kelly JM, Olewe MA, Kleinbaum DG, McGowan JE Jr, McFarland DA et al. Effect of multiple interventions on community health workers' adherence to clinical guidelines in Siaya district, Kenya. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2007;101(2):188–202.

118. Henry JV, Winters N, Lakati A, Oliver M, Geniets A, Mbae SM et al. Enhancing the supervision of community health workers with WhatsApp mobile messaging: qualitative findings from 2 low-resource settings in Kenya. Global Health Science and Practice. 2016;4(2):311–25.

119. Rabbani F, Perveen S, Aftab W, Zahidie A, Sangrasi K, Qazi SA. Health workers' perspectives, knowledge and skills regarding community case management of childhood diarrhoea and pneumonia: a qualitative inquiry for an implementation research project "Nigraan" in district Badin, Sindh, Pakistan. BMC Health Services Research. 2016;16:462.

120. Callaghan-Koru JA, Hyder AA, George A, Gilroy KE, Nsona H, Mtimuni A et al. Health workers' and managers' perceptions of the integrated community case management program for childhood illness in Malawi: the importance of expanding access to child health services. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2012;87(Suppl. 5):61–8.

121. Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH et al. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? American Journal of Public Health. 2013;103(7):74–82.

122. Kamal-Yanni MM, Potet J, Saunders PM. Scaling-up malaria treatment: a review of the performance of different providers. Malaria Journal. 2012;11(1):414.

123. Paintain LS, Willey B, Kedenge S, Sharkey A, Kim J, Buj V et al. Community health workers and stand-alone or integrated case management of malaria: a systematic literature review. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2014;91(3):461–70.

124. Jaskiewicz W, Tulenko K. Increasing community health worker productivity and effectiveness: a review of the influence of the work environment. Human Resources for Health. 2012;10(1):38. doi:10.1186/1478-4491-10-38.

125. Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. Human Resources for Health. 2011;9(1):1 (http://www.human-resources-health.com/content/9/1/1, accessed 27 July 2018).

126. Bosch-Capblanch X, Garner P. Primary health care supervision in developing countries. Tropical Medicine and International Health. 2008;13(3):369–83.

127. Bhattacharyya K, Winch P, LeBan K, Tien M. Community health worker incentives and disincentives: how they affect motivation, retention, and sustainability. Published by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia; 2001.

128. Cherrington A, Ayala GX, Elder JP, Arredondo EM, Fouad M, Scarinci I. Recognizing the diverse roles of community health workers in the elimination of health disparities: from paid staff to volunteers. Ethnicity and Disease. 2010;20(2):189–94.

129. Decent work. Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm, accessed 27 July 2018).

130. The Sustainable Development Agenda. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform the world. United Nations (http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/, accessed 27 July 2018).

131. Gangwani M, Khan R, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 7. In the context of CHW programmes, should practicing community health workers be paid for their work versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

132. Bossuroy T, Delavallade C, Pons V. Fighting tuberculosis through community based counsellors: a randomized evaluation of performance based incentives in India. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation; 2016.

133. Adejumo AO, Azuogu B, Okorie O, Lawal OM, Onazi OJ, Gidado M et al. Community referral for presumptive TB in Nigeria: a comparison of four models of active case finding. BMC Public Health. 2016;16:177.

134. Srivastava D, Prakash S, Adhish V, Nair K, Gupta S, Nandan D. A study of interface of ASHA with the community and the service providers in eastern Uttar Pradesh. Indian Journal of Public Health. 2009;53(3):133–6.

135. Andreoni J, Callen M, Khan Y, Jaffar K, Sprenger C. Using preference estimates to customize incentives: an application to polio vaccination drives in Pakistan. National Bureau of Economic Research; 2016.

136. Schwarz D, Sharma R, Bashyal C, Schwarz R, Baruwal A, Karelas G et al. Strengthening Nepal's female community health volunteer network: a qualitative study of experiences at two years. BMC Health Services Research. 2014;14:473.

137. Scott K, Shanker S. Tying their hands? Institutional obstacles to the success of the ASHA community health worker programme in rural north India. AIDS Care. 2010;22(Suppl. 2):1606–12.

138. Takasugi T, Lee A. Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya. Public Health. 2012;126(10):839–45.

139. Maes K, Kalofonos I. Becoming and remaining community health workers: perspectives from Ethiopia and Mozambique. Social Science and Medicine. 2013;87:52–9.

140. Condo J, Mugeni C, Naughton B, Hall K, Tuazon MA, Omwega A et al. Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. Human Resources for Health. 2014;12:71.

141. Miller JS, Musominali S, Baganizi M, Paccione GA. A process evaluation of performance-based incentives for village health workers in Kisoro district, Uganda. Human Resources for Health. 2014;12:19.

142. Singh D, Negin J, Otim M, Orach CG, Cumming R. The effect of payment and incentives on motivation and focus of community health workers: five case studies from low- and middle-income countries. Human Resources for Health. 2015;13:58.

143. Sarin E, Lunsford SS, Sooden A, Rai S, Livesley N. The mixed nature of incentives for community health workers: lessons from a qualitative study in two districts in India. Frontiers in Public Health. 2016;4:38.

144. Ma Q, Tso LS, Rich ZC, Hall BJ, Beanland R, Li H et al. Barriers and facilitators of interventions for improving antiretroviral therapy adherence: a systematic review of global qualitative evidence. Journal of the International AIDS Society. 2016;19(1):1–13.

145. Miyake S, Speakman EM, Currie S, Howard N. Community midwifery initiatives in fragile and conflict-affected countries: a scoping review of approaches from recruitment to retention. Health Policy and Planning. 2017;32:21–33.

146. Bhatia K. Community health worker programs in India: a rights-based review. Perspectives in Public Health. 2014;134(5):276–82.

147. Rosenthal EL, Brownstein JN, Rush CH, Hirsh GR, Wilaert AM, Scott JR et al. Community health workers: part of the solution. Health Affairs. 2010;29(7):1338–42.

148. Volunteer work. Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/statistics-overview-and-topics/WCMS_470308/lang--en/index.htm, accessed 27 July 2018).

149. Albers B, Taylor D, Rinaldis S, Pattuwage L. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 9. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs have a formal contract versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

150. Bagonza J, Kilbira SPR, Rutebemberwa E. Performance of community health workers managing malaria, pneumonia and diarrhoea under the community case management programme in central Uganda: a cross sectional study. Malaria Journal. 2014;13(367):1–10.

151. Ashraf N, Bandiera O, Lee SS. Do-gooders and go-getters: career incentives, selection, and performance in public service delivery. Discussion paper. Harvard University; 2014.

152. Boulton A, Gifford HH, Potaka-Osborne M. Realising wh□nau ora through community action: the role of M□ori community health workers. Education for Health. 2009;22(2):188.

153. Dageid W, Akintola O, Sæberg T. Sustaining motivation among community health workers in AIDS care in Kwazulu-Natal, South Africa: challenges and prospects. Journal of Community Psychology. 2016;44(5):569–85.

154. Licqurish S, Soos M. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 8. In the context of community health worker (CHW) programmes should practicing CHWs have a career ladder opportunity/framework versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

155. Kimbugwe G, Mshilla M, Oluka D, Nalikka O, Kyangwa J, Zalwango S. Challenges faced by village health teams (VHTs) in Amuru, Gulu and Pader districts in northern Uganda. Open Journal of Preventive Medicine. 2014;4:740–50.

156. Kambarami R, Mbuya M, Pelletier D, Fundira D, Tavengwa N, Stoltzfus R. Factors associated with community health worker performance differ by task in a multi-tasked setting in rural Zimbabwe. Global Health: Science and Practice. 2016;4:238–50.

157. Khan R, Gangwani M, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 10. In the context of practising community health worker (CHW) programmes, should there be a target population size versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

158. Suri A, Gan K, Carpenter S. Voices from the field: perspectives from community health workers on health care delivery in rural KwaZulu-Natal, South Africa. Journal of Infectious Diseases. 2007;196(Suppl. 3):S505–11.

159. Kalyango JN, Rutebemberwa E, Alfven T, Ssali S, Peterson S, Karamagi C. Performance of community health workers under integrated community case management of childhood illnesses in eastern Uganda. Malaria Journal. 2012;11(1):282.

160. Kuule Y, Dobson AE, Woldeyohannes D, Zolfo M, Najjemba R, Edwin BMR et al. Community health volunteers in primary healthcare in rural Uganda: factors influencing performance. Frontiers in Public Health. 2017;5.

161. Maji D, Hutin Y, Ramakrishnan R, Hossain S, De S. Strategies to improve the performance of female health workers in West Bengal: a cross-sectional survey. National Medical Journal of India. 2010;23(3):137–42.

162. Sadler K, Puett C, Mothabbir G, Myatt M. Community case management of severe acute malnutrition in southern Bangladesh. Feinstein International Center; 2011.

163. Workload Indicators of Staffing Need (WISN). Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/, accessed 27 July 2018).

164. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2012;379(9833):2252–61.

165. Vecchi S, Agabiti N, Mitrova S, Cacciani L, Amato L, Davoli M et al. Audit and feedback, and continuous quality improvement strategies to improve the quality of care for type 2 diabetes: a systematic review of literature. Epidemiologia e Prevenzione. 2016;40(3–4):215–23.

166. Tricco AC, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E et al. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. 2014;186(15):E568–78.

167. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ et al. No more "business as usual" with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. Implementation Science. 2014;9(1):14.

168. Albers B, Taylor D, Pattwage L, Rinaldis S. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 11. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs collect, collate, and use health data versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

169. DeRenzi B. Technology for workforce performance improvement of community health programs [dissertation]. Seattle: University of Washington; 2011.

170. Strachan D, Källander K, ten Asbroek A, Kirkwood B, Meek S, Benton L et al. Interventions to improve motivation and retention of community health workers delivering integrated community case management (iCCM): stakeholder perceptions and priorities. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2012;87 (Suppl. 5):111–9.

171. McNabb M, Chukwu E, Ojo O, Shekhar N, Gill CJ, Salami H et al. Assessment of the quality of antenatal care services provided by health workers using a mobile phone decision support application in northern Nigeria: a pre/post-intervention study. PLoS ONE. 2015;10(5):1–11.

172. Ngabo F, Nguimfack J, Nwaigwe F, Mugeni C, Muhoza D, Wilson D et al. Designing and implementing an innovative SMS-based alert system (RapidSMS-MCH) to monitor pregnancy and reduce maternal and child deaths in Rwanda. Pan Africa Medical Journal. 2012;13:31.

173. Braun R, Lasway C, Agarwal S, L'Engle K, Layer E, Silas L et al. An evaluation of a family planning mobile job aid for community health workers in Tanzania. Contraception. 2016;94:27–33.

174. Madon S, Amaguru JO, Malecela MN, MIchael E. Can mobile phones help control neglected tropical diseases? Experiences from Tanzania. Social Science and Medicine. 2014;102:103–10.

175. Kuhn L, Zwarenstein M. Evaluation of a village health worker programme: the use of village health worker retained records. International Journal of Epidemiology. 1990;19:3.

176. Oum S, Chandramohan D, Cairncross S. Community-based surveillance: a pilot study from rural Cambodia. Tropical Medicine and International Health. 2005;10(7):689–97.

177. Shieshia M, Noel M, Andersson S, Felling B, Alva S, Agarwal S et al. Strengthening community health supply chain performance through an integrated approach: using mHealth technology and multilevel teams in Malawi. Journal of Global Health. 2014;4:2.

178. Vallières F, McAuliffe E, van Bavel B, Wall P, Trye A. There's no app for that: assessing the impact of mHealth on the supervision, motivation, engagement, and satisfaction of community health workers in Sierra Leone. Annals of Global Health. 2016;82(5):936–49.

179. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 27 July 2018).

180. Doherty TM, Coetzee M. Community health workers and professional nurses: defining the roles and understanding the relationships. Public Health Nursing. 2005;22(4):360–5.

181. Collinsworth A, Vulimiri M, Schmidt K, Snead C. Effectiveness of a community health worker-led diabetes self-management education program and implications for CHW involvement in care coordination strategies. Diabetes Educator. 2013;39(6):792–9.

182. Busza J, Dauya E, Bandason T, Simms V, Chikwari CD, Makamba M et al. The role of community health workers in improving HIV treatment outcomes in children: lessons learned from the ZENITH trial in Zimbabwe. Health Policy and Planning. 2018;33(3):328–34.

183. Le Roux K, Le Roux I, Mbewu N, Davis E. The role of community health workers in the re-engineering of primary health care in rural Eastern Cape. South African Family Practice. 2015;57(2):116–20.

184. Smith S, Deveridge A, Berman J, Negin J, Mwambene N, Martiniuk A et al. Task-shifting and prioritization: a situational analysis examining the role and experiences of community health workers in Malawi. Human Resources for Health. 2014;12(1):1–23.

185. Brooks B, Davis S, Kulbok P, Frank-Lightfoot L, Sgarlata L, Poree S. Aligning provider team members with polyvalent community health workers. Nursing Administration Quarterly. 2015;39(3):211–7.

186. Payne J, Razi S, Emery K, Quattrone W, Tardif-Douglin M. Integrating community health workers (CHWs) into health care organizations. Journal of Community Health 2017;42(5):983–90.

187. Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/, accessed 28 July 2018).

188. Licqurish S, Soos M. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 12. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs work in a multi-cadre team versus in a single cadre CHW system? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

189. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. Global Health Action. 2015;8:29842.

190. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. Public Health Research No. 1.4. NIHR Journals Library; 2013.

191. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. BMC Public Health. 2015;15:129.

192. Sarrami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite J. Key concepts in consumer and community engagement: a scoping meta-review. BMC Health Services Research. 2014;14:250.

193. Hood NE, Brewer T, Jackson R, Wewers ME. Survey of community engagement in NIH-funded research. Clinical and Translational Science. 2010;3(1):19–22.

194. Newman PA, Lacombe-Duncan A, Tephan S, de Lind van Wijngaarden JW. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 1. In the context of practicing community health worker (CHW) programmes, are community engagement strategies effective in improving CHW program performance and utilisation? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

195. Abimbola S, Olanipekun T, Igbokwe U, Negin J, Jan S, Martiniuk A et al. How decentralisation influences the retention of primary health care workers in rural Nigeria. Global Health Action. 2015;8(1):26616.

196. Adams AM, Nababan HY, Hanifi SM. Building social networks for maternal and newborn health in poor urban settlements: a cross-sectional study in Bangladesh. PLoS ONE. 2015;10(4):e0123817.

197. Cook T, Wills J. Engaging with marginalized communities: the experiences of London health trainers. Perspectives in Public Health. 2012;132(5):221–7.

198. Datiko DG, Yassin MA, Tulloch O, Asnake G, Tesema T, Jamal H et al. Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in southern Ethiopia: implication for community based approaches. BMC Health Services Research. 2015;15:501.

199. De Jesus M. Mutuality at the center: health promotion with Cape Verdean immigrant women. Ethnicity and Health. 2009;14(1):45–59.

200. Elazan SJ, Higgins-Steele AE, Fotso JC, Rosenthal MH, Rout D. Reproductive, maternal, newborn, and child health in the community: task-sharing between male and female health workers in an Indian rural context. Indian Journal of Community Medicine. 2016;41(1):34–8.

201. Jacobs L. The role of social capital in a community health worker model for grassroots advocacy [dissertation]. Tucson: University of Arizona; 2013.

202. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D. Community health workers' perspectives on their contribution to rural health and well-being in Iran. American Journal of Public Health. 2011;101(12):2287–92.

203. Masquillier C, Wouters E, Mortelmans D, van Wyk B, Hausler H, Van Damme W. HIV/AIDS competent households: interaction between a health-enabling environment and community-based treatment adherence support for people living with HIV/AIDS in South Africa. PLoS ONE. 2016;11(3):e0151379.

204. Mishra A. "Trust and teamwork matter": community health workers' experiences in integrated service delivery in India. Global Public Health. 2014;9(8):960–74.

205. Murayama H, Taguchi A, Murashima S. Exploring the ideal combination of activity satisfaction and burden among health promotion volunteers: a cross-sectional study in Japan. BMC Public Health. 2013;13:205.

206. Singh D, Cumming R, Negin J. Acceptability and trust of community health workers offering maternal and newborn health education in rural Uganda. Health Education Research. 2015;30(6):947–58.

207. Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A et al. Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2013;381(9879):1721–35.

208. Ahluwalia IB, Schmid T, Kouletio M, Kanenda O. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2003;82(2):231–40.

209. Campbell C, Mzaidume Z. Grassroots participation, peer education, and HIV prevention by sex workers in South Africa. American Journal of Public Health. 2001;91(12):1978–86.

210. Elmardi KA, Malik EM, Abdelgadir T, Ali SH, Elsyed AH, Mudather MA et al. Feasibility and acceptability of home-based management of malaria strategy adapted to Sudan's conditions using artemisinin-based combination therapy and rapid diagnostic test. Malaria Journal. 2009;8:39.

211. Liverani M, Nguon C, Sok R, Kim D, Nou P, Nguon S et al. Improving access to health care amongst vulnerable populations: a qualitative study of village malaria workers in Kampot, Cambodia. BMC Health Services Research. 2017;17(1):335.

212. Sadruddin S, Khan IU, Bari A, Khan A, Ahmad I, Qazi SA. Effect of community mobilization on appropriate care seeking for pneumonia in Haripur, Pakistan. Journal of Global Health. 2015;5(1):010405.

213. Andersen MR, Yasui Y, Meischke H, Kuniyuki A, Etzioni R, Urban N. The effectiveness of mammography promotion by volunteers in rural communities. American Journal of Preventive Medicine. 2000;18(3):199–207.

214. Cornish F, Ghosh R. The necessary contradictions of "community-led" health promotion: a case study of HIV prevention in an Indian red light district. Social Science and Medicine. 2007;64(2):496–507.

215. Okuga M, Kemigisa M, Namutamba S, Namazzi G, Waiswa P. Engaging community health workers in maternal and newborn care in eastern Uganda. Global Health Action. 2015;8(1):23968.

216. Campbell C, Gibbs A, Maimane S, Nair Y. Hearing community voices: grassroots perceptions of an intervention to support health volunteers in South Africa. Journal of Social Aspects of HIV/AIDS. 2008;5(4):162–77.

217. Edward A, Ernst P, Taylor C, Becker S, Mazive E, Perry H. Examining the evidence of under-five mortality reduction in a community-based programme in Gaza, Mozambique. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2007;101(8):814–22.

218. George A, Blankenship KM, Biradavolu MR, Dhungana N, Tankasala N. Sex workers in HIV prevention: from social change agents to peer educators. Global Public Health. 2015;10(1):28–40.

219. Katabarwa NM, Mutabazi D, Richards FO Jr. Controlling onchocerciasis by community-directed, ivermectin-treatment programmes in Uganda: why do some communities succeed and others fail? Annals of Tropical Medicine and Parasitology. 2000;94(4):343–52.

220. Razee H, Whittaker M, Jayasuriya R, Yap L, Brentnall L. Listening to the rural health workers in Papua New Guinea: the social factors that influence their motivation to work. Social Science and Medicine. 2012;75(5):828–35.

221. Zembe-Mkabile WZ, Jackson D, Sanders D, Besada D, Daniels K, Zamasiya T et al. The "community" in community case management of childhood illnesses in Malawi. Global Health Action. 2016;9(1):29177.

222. Capell JR. Evaluating a community participatory quality improvement process: what works and what can be improved? [dissertation]. Ann Arbor: ProQuest LLC; 2014.

223. Diakite O, Keita DR, Mwebesa W. Guinea. Village health committees drive family planning uptake: communities play lead role in increased acceptability, availability. CORE Group; 2009 (https://coregroup.org/wp-content/uploads/media-backup/documents/Case_Studies/Case_Study_VHC_Save_Guinea.pdf, accessed 28 July 2018).

224. Hoy D, Southavilay K, Chanlivong N, Phimphachanh C, Douangphachanh V, Toole MJ. Building capacity and community resilience to HIV: a project designed, implemented, and evaluated by young Lao people. Global Public Health. 2008;3(1):47–61.

225. Katabarwa MN, Habomugisha P, Agunyo S. Involvement and performance of women in community-directed treatment with ivermectin for onchocerciasis control in Rukungiri district, Uganda. Health and Social Care in the Community. 2002;10(5):382–93.

226. Broadhead RS, Heckathorn DD, Weakliem DL, Anthony DL, Madray H, Mills RJ et al. Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention. Public Health Report. 1998;113(Suppl. 1):42–57.

227. Frattaroli S, Pollack KM, Jonsberg K, Croteau G, Rivera J, Mendel JS. Streetworkers, youth violence prevention, and peacemaking in Lowell, Massachusetts: lessons and voices from the community. Progress in Community Health Partnership. 2010;4(3):171–9.

228. Gopalan SS, Mohanty S, Das A. Assessing community health workers' performance motivation: a mixed-methods approach on India's accredited social health activists (ASHA) programme. BMJ Open. 2012;2(5):e001557.

229. Najafizada SA, Labonté R, Bourgeault IL. Community health workers of Afghanistan: a qualitative study of a national program. Conflict and Health. 2014;8:26.

230. Wiggins N, Johnson D, Avila M, Farquhar SA, Michael YL, Rios T et al. Using popular education for community empowerment: perspectives of community health workers in the Poder es Salud/Power for Health program. Critical Public Health. 2009;19(1):11–22.

231. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literature [Concepts that integrate the training and the work
process of the community health workers: a review of the literature].Cien Saude Colet. 2008;13(1):259–68 (in Portuguese).

232. Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? A systematic review of definitions. Global Health Action. 2017;10(1):1272223.

233. Becker J, Kovach AC, Gronseth DL. Individual empowerment: how community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. Journal of Community Psychology. 2004;32(3):327–42.

234. Community mobilization. In: Khasnabis C, Heinicke Motsch K, Achu K, Al Jubah K, Brodtkorb S, Chervin P et al., editors. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. World Health Organization, UNESCO, International Labour Organization and International Disability Development Consortium; 2010.

235. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. PLoS Medicine. 2013;10(8):e100149.

236. Wandersman A, Florin P. Community interventions and effective prevention. American Psychologist. 2003;58 (6–7):441.

237. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. Journal of Health, Population and Nutrition. 2006;24(1):113–20.

238. Conte K, Adona J, Dela Cruz N. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 14. In the context of community health worker (CHW) programmes, should practicing CHWs mobilize wider community resources for health versus not? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

239. Ingram M, Chang J, Kunz S, Piper R, de Zapien JG, Strawder K. Women's health leadership to enhance community health workers as change agents. Health Promotion and Practice. 2016;17(3):391–9.

240. George A, Blankenship KM, Biradavolu MR, Dhungana N, Tankasala N. Sex workers in HIV prevention: From social change agents to peer educators. Global Public Health. 2015;10(1):28–40.

241. Khasnabis C, Heinicke MK, Achu K, Al Jubah K, Brodtkorb S, Chervin P et al., editors. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. World Health Organization, UNESCO, International Labour Organization and International Disability Development Consortium; 2010.

242. Fritze J, Williamson L, Wiseman J. Community engagement and climate change: benefits, challenges and strategies. Melbourne: McCaughey Centre, VicHealth Centre for the Promotion of Mental Health and Community Wellbeing, Melbourne School of Public Health, and University of Melbourne, in collaboration with the Victorian Council of Social Service and Council on the Ageing, Victoria; 2009.

243. Khan R, Gangwani M, Das J. Systematic reviews to inform guidelines on health policy and system support to optimise community health worker programmes. PICO 15. In the context of practising community health worker (CHW) programmes, what strategies should be used for ensuring adequate availability of commodities and consumable supplies over what other strategies? Draft. Centre for Evidence and Implementation; 2017.

244. Bagonza J, Rutebemberwa E, Eckmanns T, Ekirapa-Kiracho E. What influences availability of medicines for the community management of childhood illnesses in central Uganda? Implications for scaling up the integrated community case management programme. BMC Public Health. 2015;15:1180.

245. Chandani Y, Andersson S, Heaton A, Noel M, Shieshia M, Mwirotsi A et al. Making products available among community health workers: evidence for improving community health supply chains from Ethiopia, Malawi, and Rwanda. Journal of Global Health. 2014;4(2):020405.

246. Centers for Disease Control and Prevention. Distribution of insecticide-treated bednets during a polio immunization campaign: Niger, 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2006;55(33):913–6.

247. Chandani Y, Duffy M, Lamphere B, Noel M, Heaton A, Andersson S. Quality improvement practices to institutionalize supply chain best practices for iCCM: evidence from Rwanda and Malawi. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2017;13(6):1095–109.

248. Rymkiewicz PD, Heng YX, Vasudev A, Larbi A. The immune system in the aging human. Immunologic Research. 2012;53(1–3):235–50.

249. Smikle CB, Sorem KA, Satin AJ, Hankins GD. Physical and sexual abuse in a middle-class obstetric population. Southern Medical Journal. 1996;89(10):983–8.

250. Elliott G, Smith AC, Bensink ME, Brown C, Stewart C, Perry C et al. The feasibility of a community-based mobile telehealth screening service for Aboriginal and Torres Strait Islander children in Australia. Telemedicine Journal and e-Health: the official journal of the American Telemedicine Association. 2010;16(9):950–6.

251. Zulu JM, Kinsman J, Michelo C, Hurtig AK. Integrating national community-based health worker programmes into health systems: a systematic review identifying lessons learned from low- and middle-income countries. BMC Public Health. 2014;14(987):1–17.

252. Sunguya BF, Mlunde LB, Ayer R, Jimba M. Towards eliminating malaria in high endemic countries: the roles of community health workers and related cadres and their challenges in integrated community case management for malaria: a systematic review. Malaria Journal. 2017;16(1):10 (http://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-016-1667-x, accessed 28 July 2018).

253. Smith HJ, Colvin CJ, Richards E, Roberson J, Sharma G, Thapa K et al. Programmes for advance distribution of misoprostol to prevent post-partum haemorrhage: a rapid literature review of factors affecting implementation. Health Policy and Planning. 2016;31:102–13.

254. Maher D, Cometto G. Research on community-based health workers is needed to achieve the Sustainable Development Goals. Bulletin of the World Health Organization. 2016;94(11):786.

255. National Health Workforce Accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259360/1/9789241513111-eng.pdf, accessed 28 July 2018).

Приложение 1

Термины, использованные при поиске с целью выявления ОРЗ и других соответствующих работников здравоохранения на уровне общин

“Community Health Workers”[Mesh] OR “Community Health Nursing”[Mesh] OR “health auxiliary”[tw] OR “frontline health workers”[tw] OR “frontline health worker”[tw] OR “midwife”[tw] OR “Midwifery”[tiab] OR “midwives”[tw] OR “Birth Attendant”[tw] OR “Midwives”[tw] OR “outreach worker”[tw] OR “outreach workers”[tw] OR “lay health worker”[tw] OR “lay health workers”[tw] OR “promotora”[tw] OR “promotoras”[tw] OR “village health worker” OR “village health workers”[tw] OR “volunteer health worker”[tw] OR “volunteer health workers”[tw] OR “voluntary health workers”[tw] OR “voluntary health worker”[tw] OR “community health agent”[tw] OR “community health agents”[tw] OR “health promoter”[tw] OR “health promoters”[tw] OR “community health worker”[tw] OR “community health workers”[tw] OR “community health aide”[tw] OR “community health aides”[tw] OR “community health nursing”[tw] OR “community health nurses”[tw] OR “community health nurse”[tw] OR “community health officers”[tw] OR “community health officer”[tw] OR “community health volunteer”[tw] OR “community health volunteers”[tw] OR “community health distributors”[tw] OR “community health distributor”[tw] OR “community health surveyors”[tw] OR “community health surveyor”[tw] OR “community health assistants”[tw] OR “community health assistant”[tw] OR “community health promoters”[tw] OR “community health promoters”[tw] OR “community IMCI”[tw] OR “community volunteer”[tw] OR “community volunteers”[tw] OR “health extension workers”[tw] OR “health extension worker”[tw] OR “village health volunteer”[tw] OR “village health volunteers”[tw] OR “close-to-community provider”[tw] OR “close-to-community providers”[tw] OR “community-based practitioner”[tw] OR “community-based practitioners”[tw] OR “lady Health worker”[tw] OR “lady Health workers”[tw] OR “barefoot doctor”[tw] OR “Community Practitioners”[tw] OR “Community Practitioner”[tw] OR “community-based practitioners”[tw] OR “community-based practitioner”[tw] OR “promotoras de salud”[tw] OR “agentes de saúde”[tw] OR “rural health auxiliaries”[tw] OR “traditional birth attendants”[tw] OR “traditional birth attendant”[tw] OR “Activista”[tw] OR “Agente comunitario de salud”[tw] OR “Agente comunitário de saúde”[tw] OR “Anganwadi”[tw] OR “Animatrice”[tw] OR “Barangay health worker”[tw] OR “Barangay health workers”[tw] OR “Basic health worker”[tw] OR “Basic health workers”[tw] OR “Brigadista”[tw] OR “Colaborador voluntario”[tw] OR “Community drug distributor”[tw] OR “Community drug distributors”[tw] OR “Community health agent”[tw] OR “Community health agents”[tw] OR “Community health promoter”[tw] OR “Community health promoters”[tw] OR “Community health representative”[tw] OR “Community health representatives”[tw] OR “Community health volunteer”[tw] OR “Community health volunteers”[tw] OR “Community resource person”[tw] OR “Female multipurpose health worker”[tw] OR “Female multipurpose health worker”[tw] OR “Health promoter”[tw] OR “Health promoters”[tw] OR “Kader”[tw] OR “Monitora”[tw] OR “Mother coordinator”[tw] OR “Outreach educator”[tw] OR “Outreach educators”[tw] OR “Promotora”[tw] OR “Shastho shebika”[tw] OR “Shastho karmis”[tw] OR “Sevika”[tw] OR “Village health helper”[tw] OR “Village drug-kit manager”[tw] OR “Accompagnateur”[tw] OR “Accredited Social Health Activist”[tw] OR “Animator”[tw] OR “ASHA”[tw] OR “Auxiliary Nurse”[tw] OR “Auxiliary Nurse-midwife”[tw] OR “Bridge-to-Health Team”[tw] OR “Behvarz”[tw] OR “Care Group”[tw] OR “Care Groups”[tw] OR “Care Group Volunteer”[tw] OR “Care Group Volunteers”[tw] OR “Community Case Management Worker”[tw] OR “Community Case Management Workers”[tw] OR “Community Health Agent”[tw] OR “Community Health Agents”[tw] OR “Community Health Care Provider”[tw] OR “Community Health Care Providers”[tw] OR “Community HealthCare Provider”[tw] OR “Community HealthCare Providers”[tw] OR “Community Health Extension Worker”[tw] OR “Community Health Extension Workers”[tw] OR “Community Health Officer”[tw] OR “Community Health Officers”[tw] OR “Community Surveillance Volunteer”[tw] OR “Community Surveillance Volunteers”[tw] OR “Family Health

Worker”[tw] OR “Family Health Workers”[tw] OR “Family Planning Agent”[tw] OR “Family Planning Agents”[tw] OR “Family Welfare Assistant”[tw] OR “Family Welfare Assistants”[tw] OR “Female Community Health Volunteer”[tw] OR “Female Community Health Volunteers”[tw] OR “Health Agent”[tw] OR “Health Agents”[tw] OR “Health Assistant”[tw] OR “Health Assistants”[tw] OR “Health Extension Worker”[tw] OR “Health Extension Workers”[tw] OR “Health Surveillance Assistant”[tw] OR “Health Surveillance Assistants”[tw] OR “Kader”[tw] OR “Lead Mother”[tw] OR “Malaria Agent”[tw] OR “Malaria Agents”[tw] OR “Maternal and Child Health Worker”[tw] OR “Maternal and Child Health Workers”[tw] OR “Mobile Clinic Team”[tw] OR “Mobile Clinic Teams”[tw] OR “Nutrition Agent”[tw] OR “Nutrition Agents”[tw] OR “Nutrition Counselor”[tw] OR “Nutrition Counselors”[tw] OR “Peer Educator”[tw] OR “Peer Educators”[tw] OR “Shasthya Shebika”[tw] OR “Socorrista”[tw]

Приложение 2

Области оказания услуг, в отношении которых имеются опубликованные фактические данные о действенности ОРЗ

Вопрос здравоохранения	Контекст	
	Страны с высоким уровнем доходов	Страны с низким и средним уровнем доходов
Множественные меры вмешательства в рамках первичной медико-санитарной помощи	Большинство программ в отношении ОРЗ были посвящены недостаточно обслуживаемым группам населения в странах с высоким уровнем доходов (таким как этнические или расовые меньшинства, экономически маргинализированные группы населения, сельское население или группы иммигрантов) *(1–7)*. Меры вмешательства ОРЗ, такие как взаимная поддержка по телефону *(8)* или посещения на дому *(9)*, могут быть действенными в отношении широкого круга вопросов здравоохранения, включая повышение уровня знаний о родительском долге *(9)*, профилактику заболеваний (умеренная доказательность фактических данных) *(1)*, профилактику гриппа *(9)*, содействие безопасности жилых помещений *(9)*, усиление веры родителей в собственные силы *(9)*, включение пациентов в исследования *(10)*, внедрение услуг оперативной ранней помощи *(10)*, расширение доступа к первичной медико-санитарной помощи в целях скрининга *(2)*, повышение безопасности на рабочем месте (низкая доказательность фактических данных) *(1)* и профилактику заболеваний (неоднозначные фактические данные) *(1)* и уменьшение числа посещений для оказания неотложной помощи *(9)*. ОРЗ могут снизить распространенность ожирения среди подростков в послеродовой период *(9)*, способствовать улучшению привычного режима питания *(10)* и повышению физической активности *(11)*.	Программы в отношении ОРЗ могут способствовать справедливости доступа к медико-санитарной помощи и ее использования посредством снижения несправедливости, связанной с местом жительства, гендерной принадлежностью, образованием и социально-экономическим положением, и поддержки более справедливого уровня использования направлений к специалистам *(12)*. Имеются фактические данные низкого качества из Бразилии *(13)*. Развертывание непрофессионалов из числа беженцев или внутренне перемещенных лиц в качестве ОРЗ для оказания базовых медико-санитарных услуг женщинам, детям и семьям в лагерях может расширить охват услугами, повысить уровень знаний о симптомах и профилактике болезней, понимание необходимости лечения и защитных форм поведения и доступ к информации о репродуктивном здоровье (некоторое количество фактических данных, низкое качество) *(14)*. Не имелось четких фактических данных о справедливом качестве услуг, оказываемых ОРЗ, и имелась ограниченная информация о роли ОРЗ в достижении расширения прав и возможностей общин учитывать социальные детерминанты здоровья *(12)*. Имеется некоторое количество фактических данных (среднее качество) о том, что ОРЗ действенны с точки зрения обеспечения медико-санитарного просвещения *(15)* и психосоциальной поддержки *(15)*. Отсутствуют фактические данные о потенциале ОРЗ в плане поддержки паллиативной помощи на уровне общин *(16)*.
Охрана репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей		
Охрана здоровья новорожденных и детей	Меры вмешательства ОРЗ могут быть действенными в плане повышения показателей благоприятной для детей грудного возраста домашней обстановки *(9)*, уменьшения числа психиатрических диагнозов среди детей *(9)*, улучшения развития детей *(10)* и повышения уровня благополучия детей (неоднозначные фактические данные) *(1)*.	ОРЗ, оказывающие помощь на уровне общин детям грудного и раннего возраста в условиях ограниченности ресурсов, могут снижать смертность и заболеваемость среди новорожденных, детей грудного и раннего возраста (например, в результате малярии, пневмонии и диареи) *(17–27)*. При наличии фактических данных высокого качества о том, что помощь новорожденным на дому снижает неонатальную и перинатальную смертность в условиях Южной Азии с высокими показателями неонатальной смертности и плохим доступом к помощи в медицинских учреждениях *(22, 23)*, в рамках других обзоров сообщалось о неоднозначных результатах, при этом отдельные эмпирические исследования, включенные в обзоры, не показывали улучшений в областях вмешательства ОРЗ *(18)*. Фактические данные о влиянии мер вмешательства ОРЗ на результаты в отношении новорожденных обнадеживают, однако обладают средним качеством *(21)*, а данные о возможностях ОРЗ оказывать квалифицированную помощь при родах обладают низким качеством *(21)*. Показатели дородовой и неонатальной практики также значительно улучшились *(23)*. В сравнении с врачами прошедшие подготовку ОРЗ могут проводить скрининг возможной бактериальной инфекции среди детей раннего возрасти с относительно высокой эффективностью, но несколько более низкой специфичностью *(28)*. Имеются некоторые фактические данные среднего качества о том, что ОРЗ эффективны в плане содействия основной медицинской помощи новорожденным *(15)*, включая обеспечение телесного контакта между матерью и ребенком в отношении новорожденных *(15)*. ОРЗ могут осуществлять успешное ведение больных пневмонией детей *(29)*, хотя эффективность ведения больных пневмонией становится неоднозначной при объединении ведения больных пневмонией с диагностикой и лечением малярии *(30)*.

(продолжение следует)

Области оказания услуг, в отношении которых имеются опубликованные фактические данные о действенности ОРЗ (продолжение)

Вопрос здравоохранения	Контекст	
	Страны с высоким уровнем доходов	Страны с низким и средним уровнем доходов
Охрана репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей		
Охрана здоровья новорожденных и детей (продолжение)		Использование ОРЗ, по сравнению с обычными медико-санитарными службами, может увеличить число родителей, обращающихся за помощью для своего заболевшего ребенка *(27)*. Женские группы (функционирующие при участии ОРЗ), практикующие совместную просветительскую работу и совместную деятельность, по сравнению с обычной помощью, оказывают положительное воздействие на снижение неонатальной смертности в условиях ограниченности ресурсов (однако нет фактических данных о воздействии на снижение числа случаев мертворождений) *(31)*. Прошедшие подготовку традиционные акушеры в отличие от не проходивших подготовку традиционных акушеров показали значительный рост безопасных методов родовспоможения и соответствующих знаний и практики направления к специалистам *(32)* и ассоциируются с небольшими, но значительными случаями снижения перинатальной смертности и неонатальной смертности вследствие родовой асфиксии и пневмонии *(32)*. Однако в еще одном обзоре *(33)* сделан вывод о том, что фактических данных недостаточно для установления потенциала подготовки традиционных акушеров в плане улучшения показателей перинатальной и неонатальной смертности. ОРЗ в Бразилии продемонстрировали действенность в плане повышения частоты взвешивания детей *(13)*.
Охрана здоровья матерей	Взаимная поддержка может быть действенной в плане уменьшения числа симптомов депрессии у матерей с послеродовой депрессией *(8)* и может положительно влиять на психическое здоровье женщин в перинатальный период *(34)*. Одно исследование по вопросам стресса и психического здоровья беременных женщин, включенных в программу «Медикейд», показало, что включение ОРЗ в программу посещений на дому медсестрами увеличило число охваченных женщин, входящих в группу риска *(6)*.	Почти все исследования мер вмешательства с участием ОРЗ показали значительное воздействие на снижение материнской смертности и на улучшение показателей использования перинатальных и послеродовых услуг *(26)*. Комплексы мер вмешательства на уровне общин, которые почти всегда связаны с ОРЗ, могут оказывать влияние на снижение материнской смертности, хотя общий результат едва превысил уровень отсутствия эффекта *(24)*. Женские группы (функционирующие при участии ОРЗ), практикующие совместную просветительскую работу и совместную деятельность, по сравнению с обычной помощью, оказывают положительное воздействие на снижение материнской смертности в условиях ограниченности ресурсов *(31)*. В условиях высокой смертности и слабых систем здравоохранения прошедшие подготовку традиционные акушеры могут способствовать снижению смертности посредством участия в основных мерах вмешательства, основанных на фактических данных *(32)*. Имеются некоторые данные среднего качества о том, что ОРЗ эффективны в плане обеспечения психосоциальной поддержки *(15)*. ОРЗ были эффективны в плане осуществления психосоциальных и просветительских мер вмешательства с целью снижения материнской депрессии *(35)*. Оказывающие помощь неспециалисты (классификационная группа, включающая ОРЗ) могут быть эффективны в плане уменьшения перинатальной депрессии *(36)*.
Иммунизация	Программы в отношении ОРЗ повысили число детей, вакцинация которых проводилась своевременно (среднее качество) *(37)*.	Имеются фактические данные, однако низкокачественные или непоследовательные, о том, что ОРЗ могут расширить охват иммунизацией посредством поощрения вакцинации *(27, 32, 37, 38)* и самостоятельного обеспечения вакцинации *(37)*. Имеются фактические данные низкого качества о том, что специалисты здравоохранения уверены, что ОРЗ могут вводить вакцины или другие лекарственные средства с использованием компактных предварительно заправленных самоутилизируемых устройств *(39)*.
Контрацепция	Установлено, что меры вмешательства ОРЗ уменьшают число незапланированных повторных родов среди подростков *(9, 40)*, однако не было обнаружено никакой значительной связи в плане повторных беременностей *(40)*.	ОРЗ могли безопасно и эффективно вводить инъекционные средства контрацепции, при высоком качестве и при высоких уровнях удовлетворенности пациентов *(41, 42)*, и инициировать их использование (что предполагает проведение скрининга женщин и их консультирование по поводу побочных эффектов), при этом не было никаких различий с точки зрения качества консультирования по поводу побочных эффектов между ОРЗ и работниками клиник *(42)*. Большинство (93%) исследований показало, что программы планирования семьи с участием ОРЗ повысили использование современных средств контрацепции, и в большинстве случаев (83%) сообщалось об улучшении знаний о средствах контрацепции и отношения к ним *(43)*. ОРЗ могут обеспечивать консультирование по поводу средств контрацепции, предоставлять их и направлять в медицинские учреждения для получения более специализированной помощи *(43)*.
Грудное вскармливание	Меры вмешательства ОРЗ могут быть действенными в плане повышения уровня продолжения грудного вскармливания *(8, 44)*, попыток и продолжительности *(9)*, начала, продолжительности и исключительного характера грудного вскармливания *(45)*.	Использование непрофессиональных работников здравоохранения, по сравнению с обычными медико-санитарными службами, вероятно, повышает уровень грудного вскармливания *(27)*, и имеются некоторые фактические данные среднего качества о том, что ОРЗ действенны в плане поощрения исключительно грудного вскармливания *(15)*. ОРЗ в Бразилии продемонстрировали действенность в плане повышения распространенности грудного вскармливания *(13)* и отсрочки перехода на искусственное вскармливание *(13)*.

(продолжение следует)

Области оказания услуг, в отношении которых имеются опубликованные фактические данные о действенности ОРЗ (продолжение)

Вопрос здравоохранения	Контекст	
	Страны с высоким уровнем доходов	Страны с низким и средним уровнем доходов
Неинфекционные заболевания		
Диабет	Имеются неубедительные фактические данные о том, что меры вмешательства ОРЗ улучшают умение читать этикетки лекарственных средств среди диабетиков *(1)*; повышают уровень самостоятельности *(46)* (низкая доказательность фактических данных) *(1);* снижают гликемию *(46)* (неоднозначные фактические данные) *(5)* (умеренное снижение) *(47)*. Нет фактических данных о том, что меры вмешательства по телефону, осуществляемые непрофессионалами или работниками по психологической поддержке, улучшают психическое здоровье или повышают качество жизни среди диабетиков *(46)*. Что касается детей с диабетом 1 го типа, ОРЗ улучшали гликемический контроль и уменьшали число случаев госпитализации *(48)*.	В литературе по систематическим обзорам не сообщалось о возможностях ОРЗ в борьбе с диабетом в странах с низким и средним уровнем доходов.
Рак	Меры вмешательства ОРЗ –психологическая поддержка по телефону *(8)*, посещения на дому *(9)* — могут быть действенными в плане повышения показателей скрининга рака *(2, 8–10, 49);* уровня знаний о раке простаты (но не скрининга) *(9)*; скрининга рака (умеренные фактические данные) *(1)*; планового использования скрининговых тестов на рак (неоднозначные фактические данные) *(1);* самообследования молочных желез (неоднозначные фактические данные) *(1)*.	Только в одном несистематическом обзоре (50) обсуждался потенциал ОРЗ в плане борьбы с раком в странах с низким и средним уровнем доходов, но не приводились фактические данные о возможностях ОРЗ.
Психическое здоровье	Меры вмешательства ОРЗ могут снижать депрессию *(9)* и стигматизацию в связи с лечением депрессии (одно исследование) *(6)*, повышать уровень знаний о депрессии и способности обращаться за лечением *(6)* и вызывать благоприятные изменения в показателях состояния здоровья согласно многим, но не всем исследованиям *(51)*. Меры вмешательства ОРЗ применительно к детям с хроническими состояниями могут вести к умеренным улучшениям в результатах в отношении психосоциального состояния родителей *(48)* и качества жизни родителей *(48)*.	Возглавляемые ОРЗ меры вмешательства могут облегчать бремя психических, нервных расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая депрессию и посттравматическое стрессовое расстройство у взрослых (фактические данные из трех исследований) *(52)*, и могут также улучшать результаты в отношении психического здоровья детей (фактические данные из четырех исследований) *(52)*. Оказывающие помощь неспециалисты, обычно ОРЗ, более действенны по сравнению с обычной помощью или в группах отложенного лечения (лист ожидания) в плане обеспечения лечения нарушений психического здоровья, обычно в случае депрессии или посттравматического стресса *(53)*. Работники здравоохранения, не являющиеся специалистами, к которым в этом обзоре *(36)* относились как профессиональные работники (например, врачи, медсестры и социальные работники), так и ОРЗ (22 из 38 исследований), по сравнению с обычными службами медико-санитарной помощи, обеспечивают определенные обнадеживающие выгоды в плане улучшения результатов в отношении общей и перинатальной депрессии, посттравматического стрессового расстройства и расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и результата в отношении пациентов с деменцией и лиц, обеспечивающих уход за ними (фактические данные в основном низкого или очень низкого качества) *(36)*.
Астма	Психологическая поддержка по телефону может быть действенной в плане увеличения числа дней, свободных от астмы *(9)*, а также использования чехлов для постельных принадлежностей для больных астмой (умеренная доказательность фактических данных) *(1)*. Притом что некоторые меры вмешательства ОРЗ в отношении детей, больных астмой, уменьшали число приступов учащенного дыхания, случаев ограничения трудоспособности и обострения астмы и увеличивали число дней, свободных от симптомов, результаты были противоречивыми и риск систематической ошибки был зачастую неясным *(48)*. Меры вмешательства непрофессиональных работников или представителей той же группы населения в отношении подростков, больных астмой, могли бы привести к небольшим улучшениям в плане связанного с астмой качества жизни (неубедительные фактические данные), однако имелось недостаточно фактических данных о контроле симптомов астмы, обострениях и соблюдении схемы лечения *(54)*.	В литературе по систематическим обзорам не сообщалось о возможностях ОРЗ по борьбе с астмой в странах с низким и средним уровнем доходов.

(продолжение следует)

Области оказания услуг, в отношении которых имеются опубликованные фактические данные о действенности ОРЗ (продолжение)

Вопрос здравоохранения	Контекст	
	Страны с высоким уровнем доходов	Страны с низким и средним уровнем доходов
Неинфекционные заболевания		
Другие неинфекционные заболевания (хронические болезни, гипертензия)	Психологическая поддержка по телефону может быть действенной в плане изменения рациона питания пациентов, перенесших инфаркт миокарда *(8)*. Меры вмешательства ОРЗ могут улучшить ведение хронических болезней у детей, включая умеренные улучшения в плане уменьшения использования неотложной помощи *(48)*, снижения симптомов *(48)* и сокращения числа пропущенных рабочих и учебных дней *(48)*, и у взрослых *(2)*, включая улучшение кровяного давления у взрослых с гипертензией *(10, 55)*, привычек самопомощи, включая явку на прием и соблюдение антигипертензивной схемы лечения *(55)*, и использования медико-санитарной помощи (например, уменьшение числа экстренных обращений и увеличение доли пациентов, у которых есть медсестра или врач) *(55)*.	В литературе по систематическим обзорам не сообщалось о возможностях ОРЗ по борьбе с другими неинфекционными заболеваниями в странах с низким и средним уровнем доходов.
Инфекционные заболевания		
ВИЧ	Передача обязанностей на уровень ОРЗ может усилить эмоциональную поддержку и повысить удержание на лечении, а также лучше увязать лиц с ВИЧ с помощью (одно качественное исследование) *(56–58)*.	Передача обязанностей от поставщиков услуг более высокого уровня и клиник на уровень ОРЗ было, как правило, приемлемым для лиц, живущих с ВИЧ *(56, 57)*. Это может усилить чувство собственного достоинства, улучшить качество жизни *(59)* и повысить удержание на лечении *(56, 59)* без снижения качества помощи *(60)* или без ухудшения результатов лечения пациентов (например, показателей вирусологической недостаточности и смертности) *(59, 61, 62)*. Передача обязанностей и информационно-разъяснительная работа на уровне общин с участием ОРЗ успешно увязывает лиц, живущих с ВИЧ, с помощью *(58)*.
Малярия	В литературе по систематическим обзорам не сообщалось о возможностях ОРЗ по борьбе с малярией в странах с высоким уровнем доходов.	Имеются некоторые фактические данные среднего качества о том, что ОРЗ эффективны в плане профилактики малярии *(15, 26)*. ОРЗ могут проводить диагностические экспресс-тесты с высокой чувствительностью и специфичностью и обеспечивать высокие уровни соблюдения рекомендаций в отношении лечения *(29, 30, 63–65)*. Было проведено недостаточно исследований для того, чтобы можно было оценить влияние на заболеваемость или смертность *(63)*.
Туберкулез		Меры вмешательства ОРЗ способствовали снижению заболеваемости ТБ *(26)*. ОРЗ, вероятно, увеличивают число больных ТБ, которые излечиваются, хотя они, как представляется, не влияют на число людей, которые проходят профилактическую терапию до конца *(27)*. Инициативы на уровне общин были чрезвычайно действенными в плане уменьшения стигматизации, поддержки лечения, направления к специалистам лиц с подозрением на ТБ и уменьшения числа случаев невыполнения условий *(66–68)*. Психосоциальная поддержка, направление к специалистам лиц с симптомами ТБ и прослеживание контактов в домохозяйствах в контексте ТБ со множественной лекарственной устойчивостью были действенными в Перу (*69)*.
Другие инфекционные заболевания	Посещения на дому ОРЗ могут быть действенными в плане увеличения масштабов тестирования на гепатит В *(9)* и повышения уровня использования тестирования на вирус гепатита В (фактические данные среднего качества) *(7)*.	Меры вмешательства ОРЗ способствовали борьбе с забытыми тропическими болезнями *(70)*. Они могут поддерживать борьбу с язвой Бурули в странах Африки к югу от Сахары *(71)*.

Список литературы: приложение 2

1. Viswanathan M, Kraschnewski J, Nishikawa B, Morgan LC, Thieda P, Honeycutt A et al. Outcomes of community health worker interventions. Evidence Report/Technology Assessment No. 181, prepared for Agency for Healthcare Research and Quality. Research Triangle Park, NC: RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center; 2009 (https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/comhealthwork/comhwork.pdf, accessed 29 July 2018).

2. Shommu NS, Ahmed S, Rumana N, Barron GRS, McBrien KA, Turin TC. What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: a systematic scoping review. International Journal for Equity in Health. 2016;15(1):6. doi.org/10.1186/s12939-016-0298-8.

3. Mercer C, Byrth J. Jordan Z. The experiences of Aboriginal health workers and non-Aboriginal health professionals working collaboratively in the delivery of health care to Aboriginal Australians: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2014;12(3):274–418.

4. Rhodes SD, Foley KL, Zoneta CS, Bloom FR. Lay health advisor interventions among Hispanics/Latinos: a qualitative systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2007;33(5):418–27.

5. Hunt CW, Grant JS, Appel SJ. An integrative review of community health advisors in type 2 diabetes. Journal of Community Health. 2011;36(5):883–93.

6. Hoeft TJ, Fortney JC, Patel V, Unützer J. Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. Journal of Rural Health. 2016;0:1–15. doi.wiley.com/10.1111/jrh.12229.

7. Zhou K, Fitzpatrick T, Walsh N, Kim JY, Chou R, Lackey M et al. Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: a systematic review and meta-analyses. Lancet Infectious Diseases. 2016;16(12):1409–22. doi:10.1016/S1473-3099(16)30208-0.

8. Dale J, Caramlau I, Lindenmeyer A, Williams SM. Peer support telephone call interventions for improving health. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008;1:CD006903.

9. Abbott LS, Elliott LT. Eliminating health disparities through action on the social determinants of health: a systematic review of home visiting in the United States, 2005–2015. Public Health Nursing. 2017;34(1):2–30.

10. Gibbons MC, Tyrus NC. Systematic review of U.S.-based randomized controlled trials using community health workers. Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action. 2007;1(4):371–81.

11. Costa EF, Guerra PH, Santos TI, Florindo AA. Systematic review of physical activity promotion by community health workers. Preventive Medicine (Baltimore). 2015;81:114–21. doi:10.1016/j.ypmed.2015.08.007.

12. McCollum R, Gomez W, Theobald S, Taegtmeyer M. How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review. BMC Public Health. 2016;16:419.

13. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. Journal of Ambulatory Care Management. 2011;34(4):326–38.

14. Ehiri JE, Gunn JKL, Center KE, Li Y, Rouhani M, Ezeanolue EE. Training and deployment of lay refugee/internally displaced persons to provide basic health services in camps: a systematic review. Global Health Action. 2014;7:23902.

15. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13(1):847.

16. Horey D, Street AF, O'Connor M, Peters L, Lee SF. Training and supportive programs for palliative care volunteers in community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;7(7):CD009500.

17. Christopher JB, Le May A, Lewin S, Ross DA. Thirty years after Alma-Ata: a systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. Human Resources for Health. 2011;9:27.

18. Amouzou A, Morris S, Moulton LH, Mukanga D. Assessing the impact of integrated community case management (iCCM) programs on child mortality: review of early results and lessons learned in sub-Saharan Africa. Journal of Global Health. 2014;4(2):20411.

19. Gogia S, Ramji S, Gupta P, Gera T, Shah D, Mathew JL et al. Community based newborn care: a systematic review and meta-analysis of evidence. Indian Pediatrics. 2011;48(7):537–46.

20. Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. Lancet Infectious Diseases. 2003;3(9):547–56.

21. Darmstadt GL, Lee ACC, Cousens S, Sibley LM, Bhutta ZA, Donnay F et al. 60 million non-facility births: who can deliver in community settings to reduce intrapartum-related deaths? International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2009;107(Suppl. 1):S89–112.

22. Gogia S, Sachdev HPS. Home-based neonatal care by community health workers for preventing mortality in neonates in low- and middle-income countries: a systematic review. Journal of Perinatology. 2016;36(Suppl. 1):S55–73. doi:10.1038/jp.2016.33.

23. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(9):658–66.

24. Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;(3):CD007754.

25. Wilson A, Gallos ID, Plana N, Lissauer D, Khan KS, Zamora J et al. Effectiveness of strategies incorporating training and support of traditional birth attendants on perinatal and maternal mortality: meta-analysis. BMJ. 2011;343:d7102.

26. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf?ua=1, accessed 26 July 2018).

27. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;3(3):CD004015.

28. Lee ACC, Chandran A, Herbert HK, Kozuki N, Markell P, Shah R et al. Treatment of infections in young infants in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of frontline health worker diagnosis and antibiotic access. PLoS Medicine. 2014;11(10):e1001741.

29. Kamal-Yanni MM, Potet J, Saunders PM. Scaling-up malaria treatment: a review of the performance of different providers. Malaria Journal. 2012;11(1):414.

30. Paintain LS, Willey B, Kedenge S, Sharkey A, Kim J, Buj V et al. Community health workers and stand-alone or integrated case management of malaria: a systematic literature review. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2014;91(3):461–70.

31. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2013;381(9879):1736–46.

32. Sibley LM, Sipe TA. Transition to skilled birth attendance: is there a future role for trained traditional birth attendants? Journal of Health, Population and Nutrition. 2006;24(4):472–8.

33. Sibley LM, Sipe TA, Barry D. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;8(8):CD005460.

34. Jones CCG, Jomeen J, Hayter M. The impact of peer support in the context of perinatal mental illness: a meta-ethnography. Midwifery. 2014;30(5):491–8.

35. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:593–601.

36. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao G, Meera S, Pian J et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological, and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;11:CD009149.

37. Glenton C, Scheel IB, Lewin S, Swingler GH. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. Tropical Medicine and International Health. 2011;16(9):1044–53.

38. Oyo-Ita A, Wiysonge CS, Oringanje C, Nwachukwu CE, Oduwole O, Meremikwu MM. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;7:CD008145.

39. Glenton C, Khanna R, Morgan C, Nilsen ES. The effects, safety and acceptability of compact, pre-filled, autodisable injection devices when delivered by lay health workers. Tropical Medicine and International Health. 2013;18(8):1002–16.

40. Maravilla JC, Betts KS, Abajobir AA, Couto E Cruz C, Alati R. The role of community health workers in preventing adolescent repeat pregnancies and births. Journal of Adolescent Health. 2016;59:378–90.

41. Dawson AJ, Buchan J, Duffield C, Homer CSE, Wijewardena K. Task shifting and sharing in maternal and reproductive health in low-income countries: a narrative synthesis of current evidence. Health Policy and Planning. 2014;29(3):396–408.

42. Malarcher S, Meirik O, Lebetkin E, Shah I, Spieler J, Stanback J. Provision of DMPA by community health workers: what the evidence shows. Contraception. 2011;83(6):495–503. doi:10.1016/j.contraception.2010.08.013.

43. Scott V, Gottschalk LB, Wright KQ, Twose C, Bohren MA, Schmitt ME et al. Community health workers' provision of family planning services in low- and middle-income countries: a systematic review of effectiveness. Studies in Family Planning. 2015;46(3):241–61.

44. Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. Journal of Clinical Nursing. 2012;21(13–14):1943–54.

45. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, Damio G, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up. Journal of Human Lactation. 2010;26(3):314–26.

46. Small N, Blickem C, Blakeman T, Panagioti M, Chew-Graham C, Bower P. Telephone based self-management support by "lay health workers" and "peer support workers" to prevent and manage vascular diseases: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research. 2013;13:533.

47. Palmas W, March D, Darakjy S, Findley SE, Teresi J, Carrasquillo O et al. Community health worker interventions to improve glycemic control in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Journal of General Internal Medicine. 2015;1004–12.

48. Raphael JL, Rueda A, Lion KC, Giordano TP. The role of lay health workers in pediatric chronic disease: a systematic review. Academic Pediatrics. 2013;13(5):408–20. doi:10.1016/j.acap.2013.04.015.

49. Wells KJ, Luque JS, Miladinovic B, Vargas N, Asvat Y, Roetzheim RG et al. Do community health worker interventions improve rates of screening mammography in the United States? A systematic review. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention. 2011;20(8):1580–98.

50. Wadler BM, Judge CM, Prout M, Allen JD, Geller AC. Improving breast cancer control via the use of community health workers in South Africa: a critical review. Journal of Oncology. 2011;150423.

51. Wahlbeck K, Cresswell J, Peija S, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017;52(5):505–14.

52. Mutamba BB, van Ginneken N, Smith Paintain L, Wandiembe S, Schellenberg D. Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. BMC Health Services Research. 2013;13:412.

53. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. Annual Review of Clinical Psychology. 2017;(13):149–81.

54. Kew KM, Carr R, Crossingham I. Lay-led and peer support interventions for adolescents with asthma (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;8:CD012331.

55. Brownstein JN, Chowdhury FM, Norris SL, Horsley T, Jack L, Zhang X et al. Effectiveness of community health workers in the care of people with hypertension. American Journal of Preventive Medicine. 2007;32(5):435–47.

56. Hall BJ, Rachel KS, Mellanye B, Sze L, Qingyan T, Doherty M et al. Barriers and facilitators to interventions improving retention in HIV care: a qualitative evidence meta-synthesis. AIDS and Behavior. 2017;21(6):1755–67.

57. Ma Q, Tso LS, Rich ZC, Hall BJ, Beanland R, Li H et al. Barriers and facilitators of interventions for improving antiretroviral therapy adherence: a systematic review of global qualitative evidence. Journal of the International AIDS Society. 2016;19(1):1–13.

58. Tso LS, Best J, Beanland R, Doherty M, Lackey M, Ma Q et al. Facilitators and barriers in HIV linkage to care interventions: qualitative evidence review. AIDS. 2016;30(10):1639–53.

59. Mwai G, Mburu G, Torpey K, Frost P, Ford N, Seeley J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. Journal of the International AIDS Society. 2013;16:1–14.

60. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;7:CD007331.

61. Mdege ND, Chindove S, Ali S. The effectiveness and cost implications of task-shifting in the delivery of antiretroviral therapy to HIV-infected patients: a systematic review. Health Policy and Planning. 2013;28(3):223–36.

62. Wouters E, Van Damme W, van Rensburg D, Masquillier C, Meulemans H. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review. BMC Health Services Research. 2012;12(1):194.

63. Ruizendaal E, Dierickx S, Peeters Grietens K, Schallig HDFH, Pagnoni F, Mens PF. Success or failure of critical steps in community case management of malaria with rapid diagnostic tests: a systematic review. Malaria Journal. 2014;13:229.

64. Boyce MR, O'Meara WP. Use of malaria RDTs in various health contexts across sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Public Health. 2017;17(1):470.

65. Kabaghe AN, Visser BJ, Spijker R, Phiri KS, Grobusch MP, van Vugt M. Health workers' compliance to rapid diagnostic tests (RDTs) to guide malaria treatment: a systematic review and meta-analysis. Malaria Journal. 2016;15(1):163.

66. Demissie M, Getahun H, Lindtjorn B. Community tuberculosis care through "TB clubs" in rural north Ethiopia. Social Science and Medicine. 2003;56:2009–18.

67. Zachariah R, Fitzgerald M, Massaquoi M, Pasulani O, Arnould L, Makombe S et al. Risk factors for high early mortality in patients on antiretroviral treatment in a rural district of Malawi. AIDS. 2006;20:2355–60.

68. Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, Lombard CJ, Diwan VK. Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomised control trial. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2005;9:673–9.

69. Shin S, Furin J, Bayona J, Mate K, Kim JY, Farmer P. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience. Social Science and Medicine. 2004;59:1529–39.

70. Corley AG, Thornton CP, Glass NE. The role of nurses and community health workers in confronting neglected tropical diseases in sub-Saharan Africa: a systematic review. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2016;10:1–24.

71. Vouking MZ, Tamo VC, Mbuagbaw L. The impact of community health workers (CHWs) on Buruli ulcer in sub-Saharan Africa: a systematic review. Pan African Medical Journal. 2013;15:19.

Приложение 3

Существующие руководства ВОЗ, определяющие конкретные функции и услуги, оказываемые ОРЗ

Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (ВОЗ, Департамент по ВИЧ/СПИДу, 2016 г.); и Оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей (ВОЗ, Департамент по репродуктивному здоровью и научным исследованиям, 2014 г.)

В руководстве по вопросам перераспределения и делегирования обязанностей даются указания странам относительно того, как наиболее эффективно и рационально использовать более разнообразное сочетание специальностей для оказания основных услуг по борьбе с ВИЧ/СПИДом и охране здоровья матерей и новорожденных.

https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/ru/

Engage-TB approach: integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and other civil society organizations (WHO TB, 2012)

Документ содержит указания в отношении интеграции деятельности в области ТБ в работу ОРЗ и общинных добровольцев, работающих по другим темам в области здравоохранения и развития, на основе тесного взаимодействия между государственным сектором и неправительственными организациями и со стандартизированными показателями для национальных систем мониторинга и оценки.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75997/1/9789241504508_eng.pdf

The community health worker: working guide, guidelines for training, guidelines for adaptation (WHO, 1987)

Это руководство было принято в 1987 г. и содержит всеобъемлющий обзор возможного объема обязанностей общинных работников здравоохранения в области первичной медико-санитарной помощи в развивающихся странах. Однако документ не отражает современные фактические данные, и неясно, какие фактические данные использовались для обоснования рекомендаций в отношении оказания услуг и подготовки. В связи с этим документ имеет в основном историческое значение.

http://apps.who.int/iris/handle/10665/38101

Дополнительные руководства, которые относятся к объему работы ОРЗ с точки зрения их функций в отдельных программных областях и областях оказания услуг

Guidelines for training community health workers in nutrition

http://apps.who.int/iris/handle/10665/37922

WHO/WFP/SCN and UNICEF joint statement on community-based management of severe acute malnutrition

http://www.unicef.org/publications/index_39468.html

Malaria: a manual for community health workers

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41875/1/9241544910_eng.pdf

Training of community health workers and community volunteers
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178160/1/9789241509176_eng.pdf

Caring for newborns and children in the community (joint WHO/UNICEF)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204273/2/9789241549295_FacilitatorNotes_eng.pdf

Caring for the newborn at home (joint WHO/UNICEF)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-newborn-at-home/en/

Caring for the child's health: growth and development (joint WHO/UNICEF)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/

Caring for the sick child in the community (joint WHO/UNICEF)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-sick-child/en/

WHO/UNICEF joint statement on iCCM
http://www.unicef.org/health/files/iCCM_Joint_Statement_2012(1).pdf

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child-pneumonia-treatment/en/

Community case management during an influenza outbreak: a training package for community health workers
http://www.who.int/influenza/resources/documents/community_case_management_flipbook/en/

Caring for newborns and children in the community: planning handbook for programme managers and planners
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204457/1/9789241508599_eng.pdf

Community health workers: what do we know about them?
http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf

WHO/ GHWA/UNICEF/IFRC/UNHCR joint statement: scaling up the community-based health workforce for emergencies
http://www.unicef.org/media/files/Scaling-up_community-based_health.pdf

Age-friendly primary health care centres toolkit
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43860/1/9789241596480_eng.pdf

Baby-friendly hospital initiative
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf

Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings
http://www.wpro.who.int/publications/docs/ClinicalGuidelines_forweb.pdf

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf

HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf

The use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf

Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136863/1/9789241548915_eng.pdf

HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf

Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival (joint WHO/UNICEF)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70002/1/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf

Infant and young child feeding
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf

Guideline: managing possible serious bacterial infection in young infants when referral is not feasible
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181426/1/9789241509268_eng.pdf

Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings
http://www.who.int/hiv/pub/imai/om.pdf

Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

Treatment of tuberculosis guidelines: fourth edition
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44165/1/9789241547833_eng.pdf

Guideline: updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95584/1/9789241506328_eng.pdf

Guidelines for the management of conditions specifically related to stress
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf

WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health, 2015
http://apps.who.int//iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf

Приложение 4

Список членов Руководящей группы, Группы по разработке руководства и Группы внешней оценки

Таблица A4.1: Члены Руководящей группы

Фамилия и организационная принадлежность	Гендерная принадлеж-ность
Штаб-квартира ВОЗ	
COMETTO, Giorgio (ответственный технический сотрудник) — Департамент ВОЗ по трудовым ресурсам здравоохранения	М
NEGUSSIE, Eyerusalem Kebede / FORD, Nathan — Департамент ВОЗ по ВИЧ/СПИДу	Ж, М
ABOUBAKER, Samira — Департамент ВОЗ по здоровью матерей, новорожденных, детей и подростков	Ж
SYED, Lana — Департамент ВОЗ по Глобальной программе по борьбе с ТБ	Ж
OLADAPO, Olufemi Taiwo — Департамент ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям	М
BARKLEY, Shannon — Департамент ВОЗ по предоставлению услуг и обеспечению их безопасности	Ж
MORAN, Thomas — Кластер ВОЗ по полиомиелиту, чрезвычайным ситуациям и сотрудничеству со странами	М
PORIGNON, Denis Georges — Департамент ВОЗ по стратегическому руководству и финансированию	М
ARAUJO DE CARVALHO, Islene — Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла	Ж
DUA, Tarun — Департамент ВОЗ по психическому здоровью и токсикомании	Ж
Региональные бюро ВОЗ	
NYONI, Jennifer — Региональное бюро ВОЗ для стран Африки	Ж
ASSAI ARDAKANI, Mohammad — Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья	М
GEDIK, Fethiye Gulin — Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья	Ж
SENANAYAKE, Gunasena Sunil — Региональное бюро ВОЗ для стран Юго Восточной Азии	М
GARCIA GUTIERREZ, Jose Francisco — Региональное бюро ВОЗ для стран Америки	М
PARK, Kunhee/HAZARIKA, Indrajit — Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана	М, М
PERFILIEVA, Galina — Европейское региональное бюро ВОЗ	Ж
Другие учреждения Организации Объединенных Наций	
PFAFFMANN, Jerome — (ЮНИСЕФ) Отдел здоровья ребенка	М

Таблица A4.2: Члены Группы по разработке руководства

Категория/роль	Фамилия	Имя	Гендерная принадлежность	Регион	Страна	Организация
Методист и сопредседатель	Akl	Elie	M	Восточное Средиземноморье	Ливан	Американский университет в Бейруте
Академические учреждения	Huicho	Luis	M	Северная и Южная Америка	Перу	Перуанский университет им. Каэтано Эредиа
	Dambisya	Yoswa	M	Африка	Южная Африка	Университет Лимпопо
	Guangpeng	Zhang	M	Западная часть Тихого океана	Китай	Национальный исследовательский центр по вопросам развития здравоохранения
Сопредседатели	McPake	Barbara	Ж	Западная часть Тихого океана	Австралия	Мельбурнский университет
	Bhutta	Zulfiqar	M	Восточное Средиземноморье	Пакистан	Университет Ага хана
	Dussault	Gilles	M	Европа	Португалия	Институт гигиены и тропической медицины, Лиссабон, Португалия
Сопредседатель	Lehmann	Uta	Ж	Африка	Южная Африка	Университет Западной Капской провинции
Разработчики политики из правительства	Ngwenya	Shirley	Ж	Африка	Южная Африка	Витватерсрандский университет
	Chala	Tesfaye	M	Африка	Эфиопия	Заместитель директора по ПМСП, Министерство здравоохранения
	Abdalla	Amel	Ж	Восточное Средиземноморье	Судан	Заместитель директора по развитию людских ресурсов, Министерство здравоохранения
	Kauffman	Arthur	M	Северная и Южная Америка	Соединенные Штаты Америки	Университет Нью-Мексико
	White	Jean	Ж	Европа	Уэльс (Соединенное Королевство)	Правительство Уэльса, Группа по медико-санитарным и социальным службам
	Gbanya	Miatta	Ж	Африка	Либерия	Министерство здравоохранения
	Mugeni	Catherine	Ж	Африка	Руанда	Министерство здравоохранения
	Medina	Guadalupe	Ж	Северная и Южная Америка	Бразилия	Федеральный университет штата Баия/ Министерство здравоохранения
	Nargis	Makhduma	Ж	Юго-Восточная Азия	Бангладеш	Министерство здравоохранения
	Jelamschi	Nicolae	M	Европа	Республика Молдова	Министерство здравоохранения
	Latianara	Arieta	Ж	Западная часть Тихого океана	Фиджи	Министерство здравоохранения
Профессиональные объединения, профсоюзы, гражданское общество	Mungherera	Margaret	Ж	Африка	Уганда	Всемирная медицинская ассоциация
	Catton	Howard	M	Европа	Соединенное Королевство	Международный совет медицинских сестер
	Walker	Polly	Ж	Европа	Соединенное Королевство	Организация World Vision
	Shresta	Ram	M	Юго-Восточная Азия	Непал	Университет Тафтса
	Vermuyten/ Aye	Sandra/ Babatunde	Ж, M	Европа	Бельгия	Международное объединение работников общественного обслуживания
Общинный работник здравоохранения	Nakibuuka	Maxensia	Ж	Африка	Уганда	Министерство здравоохранения
Общинный работник здравоохранения	Leonard Sharia	Mbiu	M	Африка	Кения	Министерство здравоохранения
Наблюдатель (финансирующая организация)	Kureshy	Nazo	Ж	Северная и Южная Америка	Соединенные Штаты Америки	Агентство Соединенных Штатов по международному развитию

Таблица A4.3: Члены Группы внешней оценки

Имя и фамилия	Организация	Страна	Регион ВОЗ	Гендерная принадлежность
Abimbola Olaniran	Ливерпульская школа тропической медицины	Соединенное Королевство	Европа	М
Ari Johnson	Университет штата Калифорния, Сан Франциско, организация Muso Института глобального здравоохранения	Соединенные Штаты Америки	Северная и Южная Америка	М
Bhanu Pratap	Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца	Швейцария	Европа	М
Camila Giugliani	Федеральный университет Риу Гранди-ду-Сул, Порту-Алегри, Бразилия	Бразилия	Северная и Южная Америка	Ж
Jennifer Breads	Организация Jhpiego	Соединенные Штаты Америки	Северная и Южная Америка	Ж
Karin Källander	Консорциум по борьбе с малярией	Соединенное Королевство	Европа	Ж
Madeleine Ballard	Коалиция за воздействие на здравоохранение на уровне общин	Германия	Европа	Ж
Magali Romedenne	ЮНИСЕФ	Сенегал	Африка	Ж
Maisam Najafizada	Центр медицинских наук Мемориального университета Ньюфаундленда, провинция Ньюфаундленд и Лабрадор	Канада	Северная и Южная Америка	М
Maryse Kok	Королевский тропический институт	Нидерланды	Европа	Ж
Ochiawunma Ibe	Организация ICF/Программа охраны материнства и детства, Соединенные Штаты Америки	Нигерия	Африка/ Северная и Южная Америка	Ж
Peter Ngatia	Организация Amref Health Africa	Кения	Африка	М
Rajesh Panjabi	Организация Last Mile Health	Соединенные Штаты Америки	Северная и Южная Америка	М
Ruth Ngechu	Организация Living Goods	Кения	Африка	Ж
Samson Kironde	Компания University Research Co., LLC	Уганда	Африка	М
Sara Javanparast	Флиндерский университет	Австралия	Западная часть Тихого океана	Ж
Eric Sarriot	Организация «Спасем детей»	Соединенные Штаты Америки	Северная и Южная Америка	М
Stephen Hodgins	Университет Альберты	Канада	Северная и Южная Америка	М
Sunita Singh	Лондонская школа гигиены и тропической медицины	Индия	Юго-Восточная Азия	Ж

Таблица А4.4: Урегулирование конфликта интересов в ГРР

Имя и фамилия	Организация	Интересы	Решение
Elie Akl	Американский университет в Бейруте Бейрут, Ливан	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Babatunde Aiyelabola	Сектор здравоохранения и социальных вопросов Международное объединение работников общественного обслуживания, Франция	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Zulfiqar Bhutta	Университет Ага-хана Карачи, Пакистан	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Howard Catton	Директор, консультант по вопросам сестринского дела и политики здравоохранения Международный совет медицинских сестер Женева, Швейцария	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Yoswa Dambisya	Сообщество здравоохранения Восточной, Центральной и Южной части Африки Аруша, Объединенная Республика Танзания	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Gilles Dussault	Подразделение по вопросам международного общественного здравоохранения и биостатистики Институт гигиены и тропической медицины Лиссабон, Португалия	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Miatta Zenabu Gbanya	Управляющий, Объединенный фонд сектора здравоохранения Министерство здравоохранения, Либерия	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Amel Abdalla Gesmalla	Заместитель директора по развитию людских ресурсов Федеральное министерство здравоохранения Хартум, Судан	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Luis Huicho	Перуанский университет им. Каэтано Эредиа Лима, Перу	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Zhang Guangpeng	Национальный исследовательский центр по вопросам развития здравоохранения Китая Пекин, Китай	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Nicolae Jelamschi	Подразделение по координации, осуществлению и мониторингу проектов в системе здравоохранения Министерство здравоохранения Республики Молдова Кишинев, Молдова	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Arieta Latianara	Общественное здравоохранение Министерство здравоохранения Фиджи Сува, Фиджи	Работа по найму и консультирование по теме ОРЗ в рамках должностных обязанностей в правительстве Республики Фиджи	Необходимости в дополнительных мерах нет
Uta Lehmann	Директор, Школа общественного здравоохранения Университет Западной Капской провинции Кейптаун, Южная Африка	Поддержка научных исследований: разработка регионального технического документа в отношении ОРЗ для Регионального бюро ВОЗ для стран Африки	Необходимости в дополнительных мерах нет
Arthur Kaufman	Университет Нью-Мексико Альбукерке, Соединенные Штаты Америки	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Isabela Cardoso de Matos Pinto	Институт общественного здравоохранения Бразилия	Финансовая поддержка, подразделение научных исследований, Министерство здравоохранения	Необходимости в дополнительных мерах нет
Leonard Mbiu	Министерство здравоохранения и санитарии округ Китуи, Кения	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет

(продолжение следует)

Таблица A4.4: Урегулирование конфликта интересов в ГРР (продолжение)

Имя и фамилия	Организация	Интересы	Решение
Barbara McPake	Директор, Институт глобального здравоохранения им. Носсала Школа народонаселения и глобального здравоохранения, Мельбурнский университет Австралия	Финансировала поддержку научных исследований в отношении ОРЗ и деятельность в области политики и научных исследований в отношении кадровых ресурсов здравоохранения в контексте целого ряда грантов и инициатив. Позже, консорциум, включающий научных работников из того же учреждения (Мельбурнского университета), был выбран посредством процесса конкурсного отбора для проведения систематических обзоров.	Было сочтено, что заявленные интересы проф. McPake не вызывают необходимости в дополнительных мерах. Последующий выбор консорциума, включающего научных работников из того же учреждения, для разработки систематических обзоров привел к просьбе к проф. McPake не поддерживать прямую связь по руководству по ОРЗ с группой по проведению систематических обзоров.
Maria Guadalupe Medina	Научный работник, кафедра общественного здравоохранения Институт общественного здравоохранения, Федеральный университет штата Баия Салвадор, Бразилия	Получала финансовую поддержку для научных исследований по общинным работникам здравоохранения в Бразилии	Необходимости в дополнительных мерах нет
Catherine Mugeni	Директор, подразделение по общинному здравоохранению Институт профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом/ Отдел охраны здоровья матерей и детей и общинного здравоохранения, Биомедицинский центр Руанды Министерство здравоохранения, Руанда	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Maxensia Nakibuuka	Общинный работник здравоохранения Кампала, Уганда	Работает по найму в области обеспечения помощи, диалога по вопросам политики, научных исследований и информационно-пропагандистской работы в отношении ОРЗ	Необходимости в дополнительных мерах нет
Makhduma Nargis	Бывший главный координатор, Медико-санитарная помощь на уровне общин Дакка, Бангладеш	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Shirley Ngwenya	Витватерсрандский университет Йоханнесбург, Южная Африка	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Ram Shrestha	Старший советник по вопросам повышения качества Компания University Research Co, LLC Бетесда, штат Мэриленд, Соединенные Штаты Америки	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Chala Tesfaye	Федеральное министерство здравоохранения Аддис-Абеба, Эфиопия	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Sandra Vermuyten	Международное объединение работников общественного обслуживания Рим, Италия	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Polly Walker	Советник по разработке программ в отношении общинных работников здравоохранения Организация World Vision International Мидлсекс, Соединенное Королевство	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Jean White	Группа по медико-санитарным и социальным службам Правительство Уэльса, Уэльс Соединенное Королевство	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет

Таблица A4.5: Урегулирование конфликта интересов в ГВО

Имя и фамилия	Организация	Интересы	Решение
Abimbola Olaniran	Ливерпульская школа тропической медицины Ливерпуль, Соединенное Королевство	Консультирование и поддержка научных исследований по вопросам политики и научной деятельности, ориентированных на ОРЗ	Необходимости в дополнительных мерах нет
Ari Johnson	Организация Muso Университет штата, Сан-Франциско Калифорния, Соединенные Штаты Америки	Работа по найму и финансовая поддержка научных исследований: научные исследования, осуществление поддержки и оказание платной технической помощи, связанной с осуществлением программ в отношении общинных работников здравоохранения	Необходимости в дополнительных мерах нет
Bhanu Pratap	Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца Женева, Швейцария	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Camila Giugliani	Федеральный университет Риу-Гранди-ду-Сул Порту-Алегри, Бразилия	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Jennifer Breads	Организация Jhpiego Балтимор, Соединенные Штаты Америки	Платные консультации по вопросам подготовки ОРЗ	Необходимости в дополнительных мерах нет
Karin Källander	Консорциум по борьбе с малярией Лондон, Соединенное Королевство	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Madeleine Ballard	Коалиция за воздействие на здравоохранение на уровне общин Берлин, Германия	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Magali Romedenne	Региональное отделение ЮНИСЕФ для стран Западной и Центральной Африки Йофф, Дакар, Сенегал	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Maisam Najafizada	Центр медицинских наук Мемориального университета Ньюфаундленда, провинция Ньюфаундленд и Лабрадор Канада	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Maryse Kok	Королевский тропический институт KIT Нидерланды	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Ochiawunma Ibe	Организация ICF/Программа охраны материнства и детства Получатель грантов ЮСАИД Вашингтон, округ Колумбия, Соединенные Штаты Америки	Работает в качестве старшего советника по вопросам здравоохранения на уровне общин в рамках финансируемого ЮСАИД проекта по охране здоровья матерей, новорожденных и детей, осуществляемого для организации, получающей контракты и гранты для работы в области укрепления систем здравоохранения на уровне общин в рамках первичной медико-санитарной помощи (оплачиваемая; должность, занимаемая в настоящее время) Работала в качестве технического советника в ЮСАИД (2006–2017 гг.)	Необходимости в дополнительных мерах нет
Peter Ngatia	Штаб-квартира организации Amref Health Africa Найроби, Кения	Заявлений об интересах, относящихся к рассматриваемому вопросу, нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Rajesh Panjabi	Организация Last Mile Health Бостон, Соединенные Штаты Америки	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Ruth Ngechu	Организация Living Goods Найроби, Кения	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Samson Kironde	Компания University Research Co., LLC Уганда	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Sara Javanparast	Флиндерский университет, здание медицинских наук Аделаида, Австралия	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Eric Sarriot	Отдел глобального здравоохранения Организация «Спасем детей» Соединенные Штаты Америки	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Stephen Hodgins	Университет Альберты Эдмонтон, Канада	Заявлений об интересах нет	Необходимости в дополнительных мерах нет
Sunita Singh	Лондонская школа гигиены и тропической медицины Лондон и Дели	Платные консультации по вопросу, относящемуся к теме руководства	Необходимости в дополнительных мерах нет

Приложение 5

Отдельные выводы обследования мнений заинтересованных сторон

Мнения заинтересованных сторон о поддержке системами здравоохранения программ в отношении ОРЗ: обзорное исследование

ОРЗ являются важным компонентом трудовых ресурсов здравоохранения во многих странах. Данное полуколичественное поперечное исследование было проведено с целью оценки заинтересованными сторонами приемлемости и осуществимости вариантов политики, рассматриваемых в руководстве.

Материалы для самостоятельного заполнения в рамках онлайнового обследования были разосланы на английском и французском языках заинтересованным сторонам по трем основным каналам: список контактов Департамента ВОЗ по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения, онлайновая платформа «Медицинская информация для всех» (HIFA) и участники Конференции по вопросам институализации общинного здравоохранения 2017 г., состоявшейся в Южной Африке в 2017 году. В число удовлетворяющих критериям участников входили заинтересованные стороны, которые прямо или косвенно участвовали в осуществлении программ в отношении ОРЗ в странах.

Всего было получено 96 материалов. Ответы ранжировались с использованием 9 балльной шкалы Ликерта для оценки показателей результатов и уровня приемлемости и осуществимости мер вмешательства. Шкала значений результатов имела следующие ключевые точки: 1 = неважно; 5 = важно; 9 = крайне важно. Шкала приемлемости имела следующие ключевые точки: 1 = определенно неприемлемо; 5 = неясно, приемлемо или нет; 9 = определенно приемлемо. Шкала осуществимости имела следующие ключевые значения: 1 = определенно неосуществимо; 5 = неясно, осуществимо или нет; 9 = определенно осуществимо.

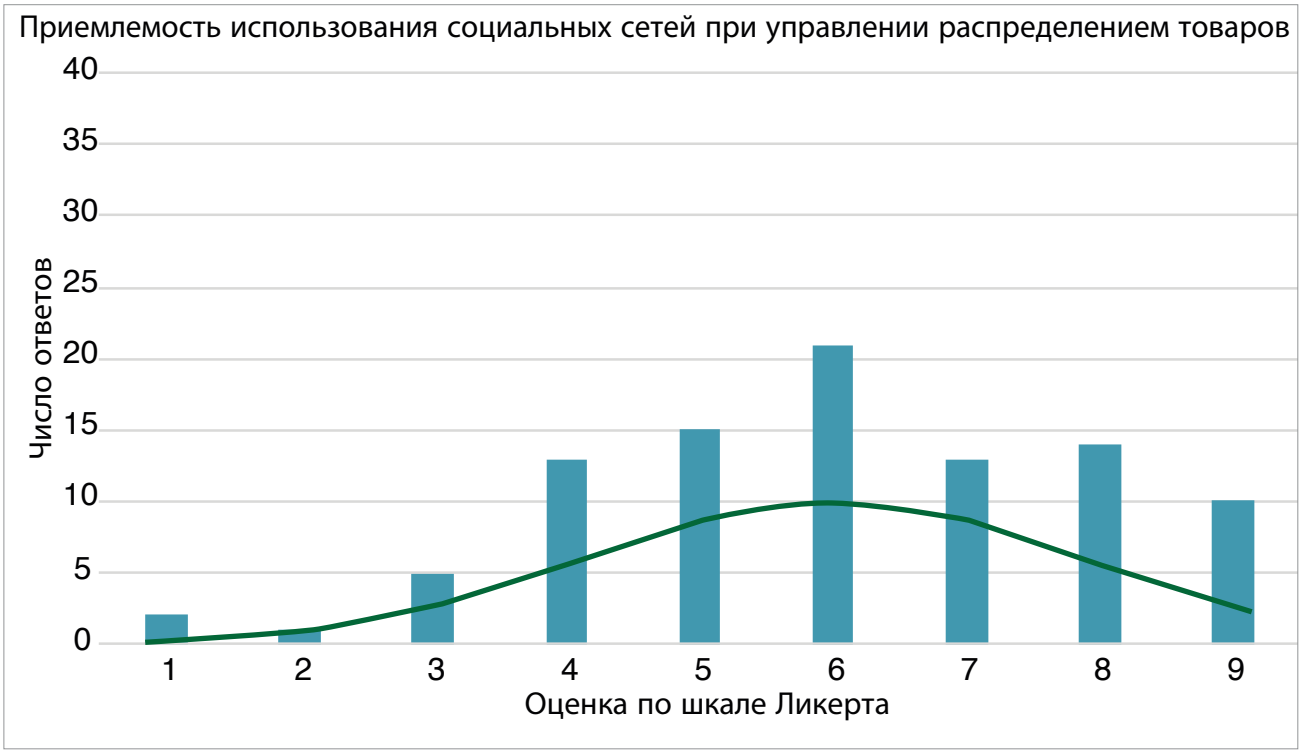
При применении этой шкалы к полученным данным было сочтено, что большинство из показателей результатов вариантов политики в отношении ОРЗ близки к точке «крайне важно» диапазона значений шкалы Ликерта, хотя самыми высокими результатами были следующие: повышение качества медико-санитарных услуг ОРЗ, расширение охвата медико-санитарными услугами и расширение доступа пациентов к помощи. Большинство из вариантов политики, рассматриваемых в руководстве, были также сочтены заинтересованными сторонами приемлемыми и осуществимыми с точки зрения реализации (табл. А5.1). Очень немногие меры вмешательства были оценены как неопределенные с точки зрения приемлемости или осуществимости, например, отбор ОРЗ для вводного обучения в зависимости от возраста и наличия минимального уровня среднего образования. Ни один показатель результатов не был оценен как «неважный», и ни одна из мер вмешательства не была сочтена «определенно неприемлемой» или «определенно неосуществимой».

Таблица A5.1: Приемлемость и осуществимость мер вмешательства ОРЗ

Средняя оценка мер вмешательства ОРЗ по шкале Ликерта (1 = минимальная; 9 = максимальная)	Приемлемость (N = 95)	Осуществимость (N = 92)
1) Насколько приемлемым по сравнению с другими методами или полным отсутствием оценки является использование этой анкеты для оценки приемлемости осуществления мер вмешательства ОРЗ для заинтересованных сторон?	6,3	6,2
2) Использование основных и желательных характеристик для отбора ОРЗ для вводного обучения	7,3	7,2
a) Выбор только ОРЗ, которые получили среднее образование в минимальном объеме (по сравнению с более низкими уровнями грамотности)	5,2	5,5
b) Отбор более возрастных кандидатов на основе возраста (по сравнению со случайным выбором возраста)	4,5	5,2
c) Отбор членов целевой общины (по сравнению с отбором лиц, не являющихся членами общины)	6,9	7,0
3) Подготовка ОРЗ в короткие сроки (диапазон может составлять от нескольких дней до одного месяца по сравнению с более длительной подготовкой в течение периода от 6 месяцев до 3 лет)	6,4	7,0
4) Наличие стандартизированных учебных программ	6,8	7,0
a) Учебные программы должны быть связаны с вопросами биологии/медицины (детерминанты, основные понятия физиологии человека, фармакология и диагностика и лечение)	5,6	5,8
b) Учебные программы, связанные с формами поведения на уровне домохозяйств, направленные на профилактику первоочередных нарушений здоровья	7,9	7,8
c) Учебные программы, связанные с просвещением в отношении социальных детерминант здоровья	7,6	7,6
d) Учебные программы, связанные с навыками наставничества и мотивации (включая навыки общения)	8,0	7,8
e) Учебные программы, связанные с объемом практики (отношение, случаи, когда пациентов необходимо направлять к специалистам, круг задач, властные отношения с клиентом, личная безопасность)	7,9	7,8
f) Учебные программы, связанные с интеграцией ОРЗ в более широкую систему (доступ к ресурсам)	7,7	7,5
5) Выдача официального документа об аттестации ОРЗ, прошедшим вводное обучение на основе профессиональных качеств	7,6	7,6
6) Стратегическая поддержка посредством контроля ОРЗ	8,2	7,8
a) Инструктаж ОРЗ	8,0	7,5
b) Использование контрольных перечней задач	7,9	7,8
c) Наблюдение за ОРЗ в учреждении	7,1	7,2
d) Наблюдение за ОРЗ в общине и в учреждении	7,8	7,6
e) Кураторство ОРЗ со стороны других ОРЗ	6,1	6,3
f) Кураторство ОРЗ со стороны штатных работников здравоохранения более высокого уровня	7,7	7,5
g) Обученный куратор	7,9	7,8
h) Оценка ОРЗ только на основании кураторства при оказании услуг	5,2	6,3
i) Оценка ОРЗ на основании кураторства при оказании услуг и обратной связи с общинами	7,6	7,4
7) Вознаграждение ОРЗ за их работу	7,9	7,6
a) Денежные стимулы	7,2	6,7
b) Неденежные стимулы	7,2	7,1
c) Определение зарплаты ОРЗ, работающих на полную ставку, по отношению к правительственной минимальной оплате труда в конкретном районе	6,7	6,2
8) Наличие у ОРЗ механизма, обеспечивающего возможности карьерного роста, в рамках систем здравоохранения и образования	7,3	6,4
9) Наличие у ОРЗ официального контракта в рамках системы здравоохранения	7,0	6,7
10) Сбор и представление ОРЗ данных о своей повседневной деятельности	8,0	7,7
11) Стратегии вовлечения общин для поддержки практикующих ОРЗ (включая сельские комитеты и деятельность по составлению планов действий в отношении здравоохранения на уровне общин)	7,9	7,6
12) Упреждающая мобилизация общин силами ОРЗ (выявление первоочередных медико-санитарных и социальных проблем, мобилизация местных ресурсов, привлечение общин к участию в организации и оказании медико-санитарных услуг)	8,0	7,5
13) Предоставление стратегий для обеспечения наличия достаточного количества товаров и расходных материалов в контексте программ по практикующим ОРЗ	7,9	7,4
a) Обеспечение включения соответствующих товаров в национальный план поставок фармацевтической продукции или эквивалентный национальный план цепочки поставок	7,9	7,3
b) Упрощенные средства управления запасами и визуальные средства помощи в работе для ОРЗ, в которых с учетом низкого уровня грамотности используется минимальное число точек данных, для облегчения учета данных и пополнения запасов	8,0	7,6
c) Использование приложений мобильных телефонов (mHealth) для представления данных о запасах и других данных	7,4	7,0
d) Координация, контроль и стандартизация процедур пополнения запасов, контрольных перечней и стимулов	7,8	7,3
e) Продукты, разработанные специально для использования ОРЗ (описание, дозировка, форма и упаковка)	7,3	7,0
f) Использование социальных сетей для управления перераспределением	6,0	6,0

Помимо средних значений оценок, важно отметить, что по ряду из рассматриваемых мер вмешательства полученные значения свидетельствовали о широком распределении ответов, что говорит о значительных различиях в мнениях относительно приемлемости и осуществимости среди респондентов (рис. A5.1 и A5.2).

Рисунок A5.1: **Приемлемость и осуществимость использования социальных сетей при перераспределении товаров и предметов снабжения**



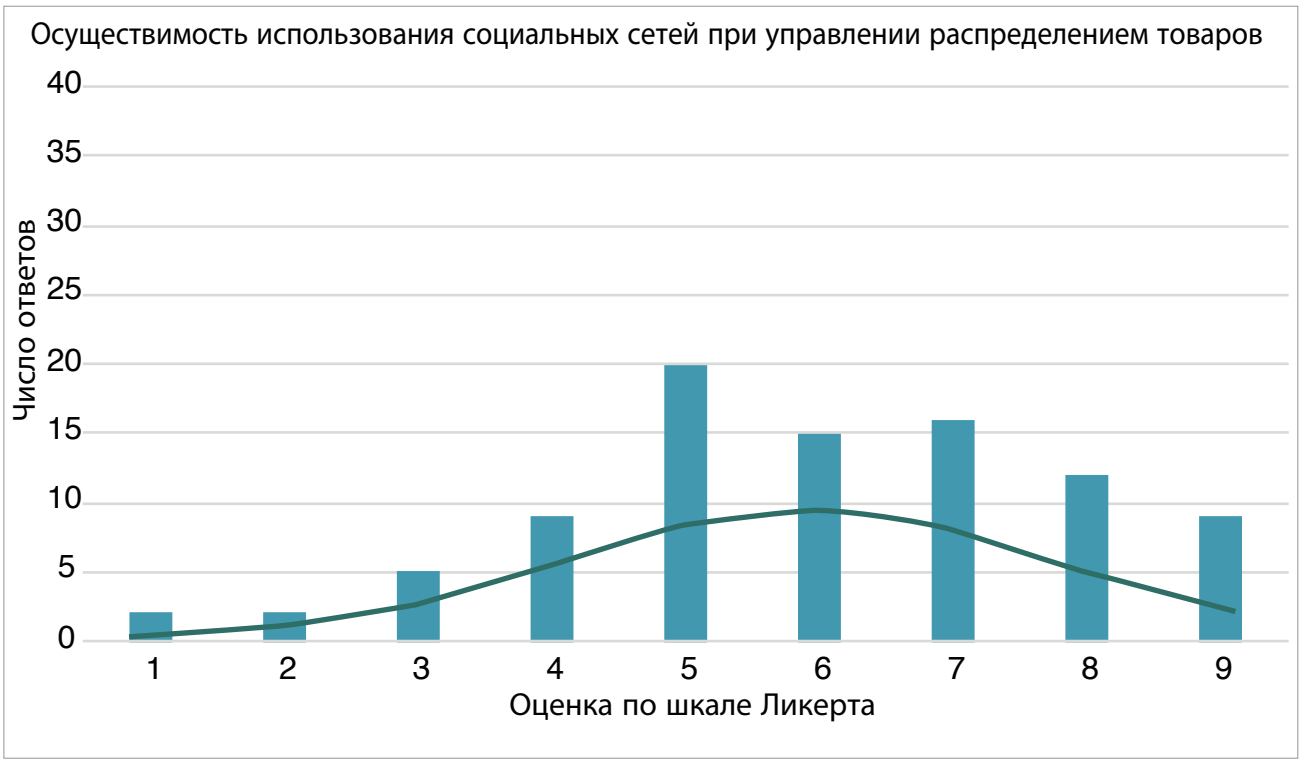
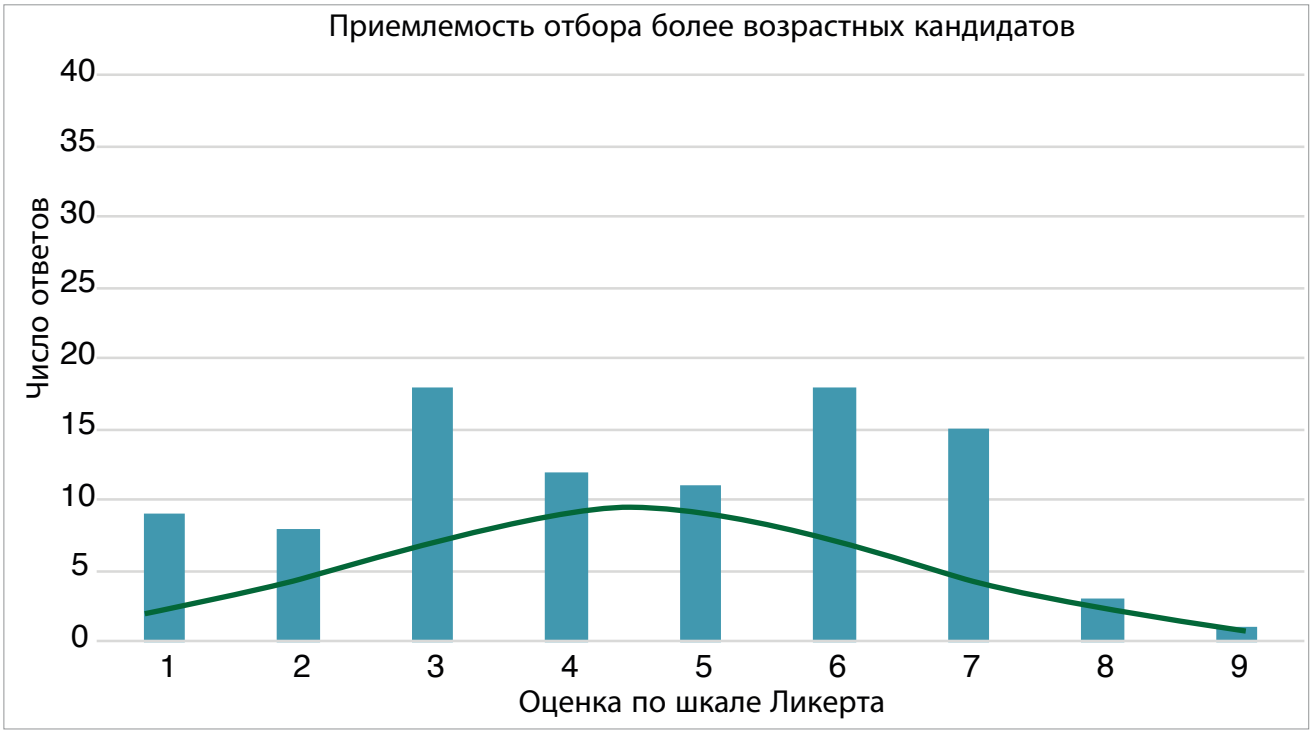
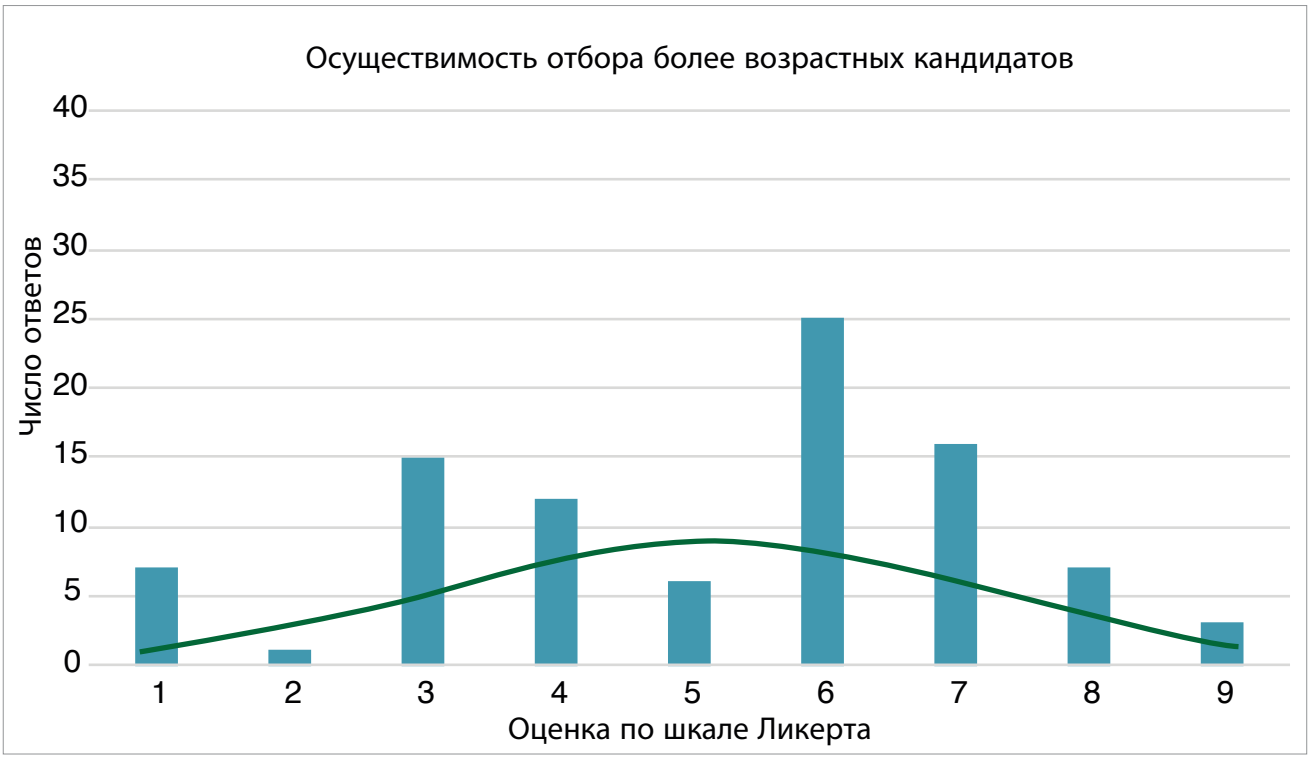


Рисунок A5.2: Приемлемость и осуществимость отбора более возрастных кандидатов





Политика, стратегии и планы в области национального здравоохранения будут с большей вероятностью действенно осуществляться, если их согласование и разработка будут проходить с участием всех заинтересованных сторон и будут отражать их мнения и ценностные предпочтения.

Данное обследование мнений заинтересованных сторон позволяет взглянуть еще с одной стороны на механизм принятия решений, используемый Группой по разработке руководства при формулировании рекомендаций руководства. Помимо обобщения научных данных посредством систематических обзоров, результаты обследования усиливают уверенность в возможности применения большинства рекомендаций в условиях практики.