

(倫理面への配慮)

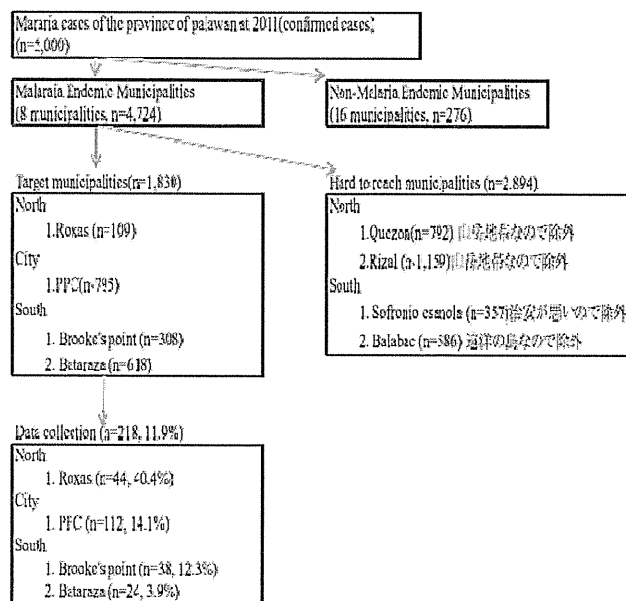
大原則としては、「ヘルシンキ宣言」における臨床研究の基準を遵守した。具体的には、文部科学省・厚生労働省が共同で作製した「疫学研究に関する倫理指針（平成14年6月17日）（平成16年12月28日全部改正）（平成17年6月29日一部改正）」を、当該マラリア流行地における疫学調査研究にもあてはめた。具体的には、東京大学の倫理委員会で、当該研究の内容および質問票の項目や聴取法に関して事前に審査を受けて、適切に管理されて研究の遂行が行われることが認められた。必要なインフォームド・コンセントの取得も、すべての対象者から現地で書面にて行った。さらに、当該研究の調査研究対象となるフィリピンにおける倫理規定に従うために、共同研究者の所属するフィリピン大学公衆衛生学部にも研究の概要を提出し、承認を得た。現地調査の遂行に当たっては、対象となる住民の不利益になることが無いように、最大限の配慮を行った。

C/D. 研究結果と考察

1) アンケートの回収：

2012年1～2月に、パラワン州保健局、Kilusan Ligas Malaria (KLM:マラリア対策のNGO)事務所、およびPilipinas Shell Foundationを訪れ、それぞれの協力を得てフィールドを特定した。また、現地で保健高等教育を受けたHealth Worker 2名の質問票聞き取りトレーニング（タガログ語）を行った後、（彼らの能力に依存して）コミュニティでの調査を行った。現地3週間で得られた地域と人数は、右記のチャートの通り。

Data collection



2) グローバルファンドの運用と人材強化：

パラワン州では、KLMをカウンターパートとしたグローバルファンドの運用で主なマラリア対策が行われており、来年度半ばまでのプログラムが予定されている。質問票の詳細とその解析結果の統合的評価は、現在論文にまとめて投稿準備中であるが、グローバルファンドの貴重な予算を、以下の点に絞り、工夫を凝らして人材強化に注ぐことが良いと考えられた。

- 顕微鏡技師がプライドを持ってマラリア対策を持続可能として行くために、住民レベルにおける認知的ソーシャルキャピタルを醸成し、顕微鏡技師の社会的ステータスの向上を図る。ファンドのインセンティブだけでなく、本人および家族の副業としての収入源（美容、携帯修理、裁縫などの技術習得）も確保する必要を認める。
- 顕微鏡技師のQuality Assurance (QA) - systemを強化するために、refresher courseの開催や、迅速診断キットの導入なども必要である。
- グローバルファンドも世界経済の低迷で中止となる雲行きであり、限りあるファンディングを対策効果の持続可能性の高い部分に絞るべき。

d) 上記を参照し、優先事項や重要なミッションを峻別してそれに傾注すること。

e) 戦略的なりサーチ/デヴェロップメント (R/D) プランへ、他のstakeholderの参画を求めること。
(この項目について、わが国として政策的に協力できるものと認識する。)

E. 結論

上記結果と考察を畢竟すると、a)顕微鏡技師の人材の流出に歯止めをかける方法を探る、b)顕微鏡技師の QA-system 強化に金を使う、c) Self-sustainable な対策手法へのスイッチを探る、d) R/D の投入により、ファンディング

のマネジメント強化や、人材の確保・育成に rationale を構築する、ことが重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

Kano S, et al: Social capital for strengthening community-based malaria control in Palawan, the Philippines. 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health, Barcelona, Spain, 2011.10.3-6.

F. 知的財産権の出願・登録状況 なし

5. 保健人材育成と保健システム強化に関するケース分析に関する研究

研究要旨：

貧困僻地における末端医療機関及び村落ボランティアにおける保健人材の Capacity Building を効果的にはかるために、Supportive supervision を導入するとともに、村落保健ボランティアと末端保健医療機関とのコミュニケーションの改善のために携帯電話による改善を図った。その結果村落保健ボランティアからの報告率は上昇し、コンサルテーション等のコミュニケーションも改善された。 Supportive supervision 導入後 3 年間ラオス僻地郡においてヘルスセンタースタッフの退職はみられていない。

A. 研究目的

貧困僻地における末端医療機関及び村落保健ボランティアにおける保健人材の Capacity Building を効果的にはかるために人材管理システムを開発し、その効果を評価した。

B. 研究方法

1. ラオス国貧困僻地郡（サバナケット県セポン郡）において保健村落ボランティア（VHV）とヘルスセンターの Capacity Building を図るために、携帯電話を用いたコミュニケーション強化を導入した。コミュニケーションの改善として、報告率を指標として評価するとともに 147 名の VHV のうち定例トレーニングに参加した 98 名を対象に、フォーカスグループ討議を実施してコミュニケーションの改善について質的な解析を行った。
2. ラオス国貧困僻地郡及びミャンマー国全域において末端医療機関の看護師もしくは助産士の人材管理システムの一つとして Supportive Supervision を導入し、その効果を評価した。ラオスにおいてはヘルスセンタースタッフの人材管理において導入し、定着率の推移から効果を評価した。ミャンマーにおいては、継続現任教育の研修管理に Supportive Supervision を導入することによってそのシステムの確立についてのケース・スタディーを行った。

C. 研究結果

1. ラオスにおける研究で、VHV の教育歴とヘル

スセンターと村落の距離が、保健医療情報の報告率に影響をあたえている因子としてあげられた。これらを改善するために携帯電話を VHV へ配布しヘルスセンターとのコミュニケーションの改善を図った。この結果、保健医療情報の報告率は 50% から 80% へと改善した。また VHV を対象としたフォーカスグループ討議では「携帯電話の使用は、県や郡のコールセンターとのコミュニケーションよりも末端保健医療機関であるヘルスセンターの間で主に改善され信頼感が構築された」との意見がみられた。また携帯電話は報告のみならず、コンサルテーションや通達にも積極的に使用されたことが分かった。

2. ラオス・サバナケット県セポン郡の 10 のヘルスセンター・31 名の全スタッフ（有資格看護師）において、現任教育の場で Supportive Supervision を導入した。この結果 2010 年から新たに配属になった看護師 8 名を含めて、2012 年 1 月の時点で Drop Out Rate は 0% であった。ミャンマーにおいては JICA Basic Health Staff プロジェクトで 17 州／管区のうち 8 箇所の州／管区を選択し、その中の 8 箇所のタウンシップにおいて研修管理システムを導入した。2010 年には Supportive Supervision の導入を図るため、現状の研修管理システムについて 8 箇所の州／管区担当者に半構造化質問紙を用いたインタビューを行い、EPI（拡大予防接種事業）等の縦型プログラムでは導入されているが、研修管理に関しては導入されていないことがわかった。また特記すべ

きこととして、未導入であるにも関わらず担当者の Supportive Supervision の実施についての自己効力感が高かった。2011 年には導入 1 年後の評価を、キーインフォーマントインタビューを用いて、質的に解析した。BHS スタッフに対する Supportive Supervision を直接実施するモデルタウンシップにおいては、プロジェクトで作成された研修管理の Supportive Supervision に対するハンドブックが有用であり、且つ研修管理に Supportive Supervision を導入していることがわかった。Supportive Supervision の認識を改めて確認したとの発言もあった。しかしながらプロジェクトの進展が遅いこと、またソフトの支援だけで PC 等の器材等の支援が得られない等が言及された。

D. 考察

1. 2010 年には、ラオスにてマラリア対策や母子保健の縦型プログラムにて VHV に要求されている報告様式は複雑であることが影響していると考えられることを指摘した。2011 年には Global Fund による国家プロジェクトにおいて新たに VHV に求められるフォームが改編されたため、携帯電話による報告項目と順番を整理し紙ベースでの報告と混乱が生じないように改善を行った。しかしながら報告事項は依然として多岐にわたり VHV の理解できるであろう報告項目とは乖離している現状は改善されていない。県からは中央に再三にわたってこの点実を報告しているにもかかわらず改善されず改編されるごとに逆に複雑になっていく。Community Base の事業を導入して VHV を保健人材として末端での治療・予防活動に巻き込んでいくほど、予算執行の報告は詳細に透明性を求められている。これは依然として国家プロジェクトといっても Funding Agency に対して透明性を確保することが大前提として中央では討議されていることが、末端での実現性と乖離した報告システムを導入することが続いてしまってい

ることが現実であろう。

2. ラオスの貧困僻地、ミャンマーの全国規模の研修管理においても、Supportive Supervision の導入は容易であり、現時点での Supervision システムについての疑問が、管理者側にもあったと考えられる。ラオスにおいて新人 8 名のうち 6 名は都市部出身であったが、現時点まで継続的に勤務していることは Supportive Supervision の導入の影響とも考えられる。ヘルスセンターの強化は県主導で行っており、本研究もこれにあわせて行われたため、今後中央への成果の還元を行う予定である。

またミャンマーでは全国レベルの研修管理への導入が進展した一方、このような保健システム強化のソフトの導入は、機材等のハードの導入に比較して時間を要し管理者にとってはかえって業務の増大をもたらすモチベーションをも増大させるとはいえないことがわかった。研修管理強化というプロジェクトベースでなく、保健システム強化全体の計画のなかでハードの導入とシンクロさせて末端に導入していくことが困難ではあるが必要ではないかと考えている。このためには、中央の膨大な計画の調整ではなく、末端の保健システム強化全体のマイクロプラン作成をプロジェクトベースのものも含んで作成することが実現可能な対応策かと考える。

E. 結論

ラオス及びミャンマーの貧困僻地での人材管理システムに、携帯電話によるコミュニケーションの改善および Supportive Supervision の実施を試みたが導入が有効であることが確認された。

G. 研究発表

学会発表

全国レベルにおける研修管理システムの導入を通じた保健システム強化：ミャンマーの経験
馬場洋子、花房茂樹、小林潤他 第 26 回国際保

健医療学会・第52回熱帯医学会合同大会 2011
年11月 東京

ミャンマーにおける基礎保健スタッフのための
トレーニングの現状とトレーニングマネー
ジメントの能力強化への取り組み 馬場洋子、花
房茂樹、小林潤他 第25回国際保健医療学会
2010年9月 福岡

Overview and progress of Sepon study,
Kobayashi J *et al*, 4th Lao National Health

Research Forum, August 2010, Vientiane, Lao
PDR

H. 知的財産権の出願・登録状況
特になし

6. 途上国における生活習慣病対策に関する研究

研究要旨：

生活習慣病は先進国に留まらず途上国においても年々、その疾病負担が増大している。ところが途上国における生活習慣病対策のための保健人材は極めて限られており、そのような状況下でも実現可能な対応策を検討する必要がある。そこで本研究では、保健人材不足の中でも実践可能なヘルスプロモーション・モデルの作成を目的として、生活習慣病が主な死因となっているスリランカで調査を行った。これまでの調査によって、家族の生活習慣を母子保健の決定要因として位置づけ、公衆衛生助産師がその対応能力を身につけることによって生活習慣病対策を進めることが現実的であるとの示唆を得た。平成 23 年度は、公衆衛生助産師の生活習慣病対策への活用を検討するため、公衆衛生助産師に対する調査を準備した。

A. 研究目的

生活習慣病の課題は、先進国に留まらず途上国においても年々その深刻度を増している。ところが途上国における生活習慣病対策のための保健人材は極めて限られており、その状況下でも実践可能な新たな対応策を検討する必要がある。

スリランカは、GNP per capita などの経済指標は高くはないが、周辺諸国と比べて乳幼児死亡率が低いなど健康指標が良好な国の一つである。スリランカの死亡原因のうち最も多いのは、心血管系疾患、次いでがん、脳血管障害と続く。これらの生活習慣病による死亡者数はいずれも感染症の死亡者数よりも多い。途上国は多くのいまだ感染症による死亡が多いのに対し、スリランカの死亡原因は先進国型に近い傾向を示しており、スリランカで生活習慣病予防のためのヘルスプロモーション・モデルを検討する意義は大きい。

これまでの我々の調査から、家族の生活習慣を母子保健の決定要因として位置づけ、公衆衛生助産師がその対応能力を身につけることによって、生活習慣病対策を進めることが現実的であるとの示唆を得た。そこで本年度は、公衆衛生助産師の生活習慣病対策におけるこれまでの経験や生活習慣病対策に関与することに対する考え方・意識を調べ、公衆衛生助産師の通常業務に負担とならない形での公衆衛生助産師の生

活習慣病対策への活用を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1) カウンターパートとの討議

本研究に興味を持っているアチャラ・ウペンドラ医師（ケラニア大学医学部公衆衛生学教室 講師）をカウンターパートとして、倫理委員会への申請や調査票の作成、調査場所の選定など調査の準備を進めた。

2) 調査票の作成

以下の 11 項目からなる自記式調査票を作成した。

- ① これまで、母親から、生活習慣病（肥満、高血圧、糖尿病など）について質問を受けたことがあるかどうか
- ② 昨年、母親から、生活習慣病について質問を受けたことがあるかどうか
- ③ 受けた質問の内容
- ④ 生活習慣病対策に関する助言を行うことに自信を持っているかどうか
- ⑤ 母親から要望がなくても、生活習慣病対策について助言を行ったことがあるかどうか
- ⑥ 昨年、母親に対して、生活習慣病対策について助言を行ったことがあるかどうか
- ⑦ 助言を行った内容
- ⑧ 生活習慣病対策に関するトレーニングを受

けたいかどうか

- ⑨ 生活習慣病対策に関する質問を母親から受けた場合に自分が対応すべきかどうか。
- ⑩ 妊婦や乳幼児の受動喫煙に対する考え方
- ⑪ 生活習慣病対策に関与する意識

3) 調査場所の選定

コロンボ近郊のヌワレニヤ (Nuwaraeliya) 郡の医療行政を管轄している係官から、本郡における調査の許可を得た。本郡の公衆衛生助産師(約100名)を対象に、調査を実施する予定である。

(倫理面での配慮)

琉球大学疫学研究倫理委員会から、研究の倫理承認を得た。現在、コロンボ大学の研究倫理委員会の審査を受けている。

C. 研究結果

現在、コロンボ大学からの倫理承認を待っているところである。倫理承認が得られ次第、調査が進められるように準備は完了した。

これまでのところ、ケラニア大学医学部公衆衛生学教室およびヌワレニヤ郡の医療行政を統括する係官らスリランカ国の公衆衛生専門家からは、公衆衛生助産師が生活習慣病対策に関与することについて、否定的な意見はあがって来ていない。

D. 考察

現在進めている調査は、公衆衛生助産師の生活習慣病対策に関与したこれまでの経験(母親から質問を受けたり母親に対して助言したりした経験)と生活習慣病対策に参加することに対する考え方や意識を調べるものである。これから行う調査によって、多くの公衆衛生助産師が生活習慣病対策に関与した経験があり、かつ積極的に生活習慣病対策に関与したいと考えていることが判った場合は、公衆衛生助産師に対して生活習慣病対策に関する講習会などの介入を検討している。

生活習慣病対策に積極的に関与したいと考えない、あるいは時間的な制約のため関与できないという意見が公衆衛生助産師の間で多数を占めた場合は、公衆衛生助産師が母親等に対してパンフレットを配布するなど軽微な介入を検討する。

日本の農村部を中心に組み込まれてきた地域における高血圧・脳卒中对策の経験より、スリランカにおいても母子保健活動を担ってきた公衆衛生助産師が生活習慣病対策を担うことによって、対策のコストを抑えつつ、成果を挙げることが期待される。母子保健サービスに加えて新しい領域の保健サービスに取り組むことへの心理的抵抗も根強いことが一部で伝えられているものの、生活習慣病の予防あるいは早期発見のため公衆衛生助産師が習得すべき基本的技能とサービス提供のあり方に関する基礎データを当事者から得ておくことは、既存の母子保健システムを生活習慣病予防対策としても有効に機能し得るモデルに改変するにあたって有用であろう。

E. 結論

公衆衛生助産師を活用した生活習慣病対策モデルの構築のために、公衆衛生助産師を対象とした調査の準備をほぼ完了した。今後は、調査の結果に基づき、公衆衛生助産師を活用した生活習慣病対策モデルの構築を進める。

F. 研究発表

- 1. 論文発表
なし
- 2. 学会発表
 - 1) Mizoue T. Non-communicable disease prevention Japanese experience. APRU World Initiative-Public Health 2011 Hosted by the School of Public Health, University of Indonesia, Jakarta, June, 2011

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

The assessment of rural retention policies in Asia Pacific region

19 April 2012

Background

In 2010, the World Health Organization issued "the Global Policy Recommendations on Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention". This recommendation was discussed in the 5th AAAH Annual Conference in Bali 2010 and especially in the 6th AAAH Annual Conference in Cebu 2011 where a number of challenges in HRH development were raised into attention as a key factor for achieving Universal Health Coverage (UHC).

As of 2010, 7 out of 16 AAAH countries had a number of health workforces (HWF) below the WHO benchmark of 2.28 per 1,000 populationsⁱ, in addition to critical shortage, maldistribution between rural and urban area was still pronounced in most countries.

Though, most AAAH countries has established HRH strategic plans in increasing HRH in remote and rural areas, there is a lack of thorough assessment whether the interventions or strategies on promoting rural retention work and identification of areas for policy or operational improvement are needed.

In the summary session of the 6th AAAH Annual Conference, realizing these problems, there is a need for investigating and generating better understanding on a number of common challenges in the region. The AAAH called for expression of interests and then after the external review, 6 successful proposals out of 12 submissions were selected.

China

As of 2010, China has 8.21 million health workers, 5.88 million of which are health professionals. This official figure of health professionals does not include about 1.09 million village doctors. China is one of the few countries where doctors outnumber nurses. China has 1.79 doctors and 1.52 nurses per 1,000 population. The national ratio of doctors to nurses is about 1.18 in 2010. Over 330 health science colleges and universities provide medical training programs ranging from 3-8 years. It is estimated that the total number of graduates from all medical colleges or secondary schools was about 0.92 million in 2010. However, the actual increase of health professionals was only 0.42 million, which means that there was a great loss: 54% of total graduates.

Most of China's health professionals have received education up to only junior college (61.2%) or at least secondary technical school level (95.7%). Only 24.9% of health professionals in China have a bachelor's degree or above. At the primary health level, the percentage of urban health professionals with bachelor's degree or above is 19.0%, which is almost 3.4 times higher than that of rural counterparts (5.6%). One third (33.2%) of health professionals have middle technical qualification or above. At the primary health level, the percentage of urban health professionals with middle technical qualification or above is 29.9%, nearly twice higher than that of their rural counterparts (15.3%).

Although the production of medical graduates has greatly expanded since 1999, there is strong urban bias in the distribution of health professionals in China. In 2010, the health professional density in urban areas was 7.62 per 1000 population, 2.51 times than that in rural areas (3.04 per 1000 population), even worse than the ratio in 2005 (2.16 times). The maldistribution of health workers with respect to quantity is accentuated if

quality of HRH is taken into account. Underdeveloped areas have not only lower densities of health workers, but also less-educated workforce.

Lao PDR

Lao PDR is among countries with critical shortage and maldistribution of health workforce, especially in remote and rural areas. In 2009, there were 4.5 HW per 1,000 pop in urban, compare to 1.1 HW per 1,000 pop in rural areas (DOP, MOH 2009). In contrast, more than 70% of population live in rural area where only 50% of HW work there; moreover, there are 0.6 qualified health care providers (MD, Nurse, Midwife and MA) per 1,000 populations (MOH, 2011). The main challenges to tackle its shortage and maldistribution of health workers in Lao PDR are: limited posts allocated by the government to recruit health workers; preference of health workers to work in urban areas with better income; professional career development opportunities; and low self-confidence new graduates to work in rural areas that might be attributable to insufficient quality of training, high number of student intake by medical/health institutes. The shortage of middle and high level HWs at primary and secondary health care facilities leads to a major gap in the quality of health care services between urban and rural areas. To solve mentioned problems and to attract the HW to work in rural areas (District and health center levels), Ministry of Health and Lao government have developed and endorsed number of policies, decrees and regulations. However, enforcement, implementation, and monitoring and evaluation of these policy papers using updated, accurate human resources for health database remain weak; lack of appropriate incentive package combined financial and non-financial incentive to attract newly graduate medical/nursing student, and to retain qualified health workers to work in rural and difficult areas, despite decrees on incentive has been endorsed and lack of quality of medical education resulted in lack of confidence among newly graduated medical/nursing students to work independently especially in rural areas. This research will focus on policy of compulsory provide service in rural areas of newly recruitment/graduated student which indicated in the Prime Minister Decree No 82/PM that any new recruited civil servant, during his first 5 year work, to be posted at least two years at district and community level to determine its success or failure and its potential implications.

Myanmar

In Myanmar, Ministry of Health is the major provider of comprehensive health care. Medical and allied health professional schools produce human resource for health under Department of Medical Science. Department of Health one of the seven departments under Ministry of Health, plays a lead role in deployment, development and management of public health workforce. The country health system of Myanmar is networked by 1565 Rural health centers under administration of Township medical Officer from township health department. RHC is headed by Health Assistant with a team of Lady Health Visitor, midwives and Public Health Supervisor-2. The country health system of Myanmar is networked by 1565 RHCs under administration of Township Medical Officer from township health department. RHC is headed by Health Assistant with a team of LHV, MW, PHS-2. BHS at the RHCs are justifiably presumed to provide all kinds of public health services to the rural communities. Increasing implementation of projects lead to increasing workload in BHS. Though some of the projects were part of/ or modified elements of primary health care, some activities were new to the BHS and series of training had to be given to the implementers. A midwife needs to cover 4462 population. Moreover, MWs are allowed to attend nursing and LHV training which last for 1-3 years and the vacancies could not fill up because they will come back after training and wait for their promotions and that lead to the service gap for those particular areas. Shortage of midwives as well as other public health staffs is worsened in rural posts. At the same time, topographic, socio-economic and cultural diversity of the country impacts the deployment of HWF. On the other hand, though with so many demands from different projects and programs, midwives are providing services in the communities without much support. There is no formal system supports transport allowance, per diem and hardship allowance for the rural health workers in Hard to reach areas. Decision

makers and program managers are concerned with these gaps, shortage, workload, motivation and incentives and need to justify the policies concerning these areas.

Sri Lanka

Out of the total investment on health, a large part is provided for recurrent expenditure, which includes salaries and wages both at national and provincial levels in Sri Lanka. This is to fund a total cadre of around 106,000, representing 18% of the total salary bill of the Government in 2006. In 2007 the % on Salaries, allowances and overtime from the total Government recurrent health expenditure was 67%.

However there is an Urban – Rural inequity in HRH distribution exist. Difficulty in getting HRH to underserved facilities is a key concern in Sri Lanka. The health sector identifies certain health institutions and health areas as underserved / under serviced areas. Difficult terrain, relative inaccessibility due to a weak public transport system in some areas, lack of other resources such as suitable housing, education facilities, and other social interactive environment for professional staff to reside in these areas, are some of these reasons. The development framework document of the current government Mahinda Chintana : vision for a new Sri Lanka is the latest policy document that has committed to address issue of inadequacy of HRH in underserved areas.

This problem is felt more with deployment to the primary care level facilities that are situated in rural areas and those of MOOH areas which deliver public health services. Availability of HRH in post conflict-affected areas and Estate areas also needs special consideration. Most often, such deployment takes place compromising family life. Availability of staff during weekends has been a concern, as they would be on leave to join the family.

The Ministry of Health in Sri Lanka has not succeeded in analysing the policies on suitable deployment, training and recruitment policies that can effectively address the issue of inequitable distribution of HRH. Proper analysis of policies to evaluate the reasons for successes and failures in implementation will give new policy options and directions on HRH planning for primary care reforms in Sri Lanka to address the growing burden of NCDs and emerging issues in health sector.

Vietnam

In Vietnam, there a numbers of emerge issues for maintain health professionals at grass root level. The insufficient number of qualified health workforces (such as medical doctors and pharmacists) as well as unequal distribution of health workers in rural and remote areas due to shortage of resources (both for doctor training and recruitment), health workforce movement is major problems. The some studies have shown that the leading reason is that existing policies are not adequate to attract and retain health workforces in rural and remote areas and lack of opportunity for health staff to have higher education and professional upgrade*. In Vietnam, about 60% of doctor are working in urban area where is only 27% of population are living, in addition, 95% of post-graduated health staffs are also working at urban area while there is only 5% of them are working at rural area. The other major problem is that there is no connection between training and recruitment which focus on rural areas. Training curricula does not reflect rural health issues and limited continuous professional development for rural health workers.

Goals

* Marko Vujcic, Marco Alfano, Bukhuti Shengelia and Sophie Witter. Attracting Doctors and Medical Students to Rural Vietnam: Insights from a Discrete Choice Experiment - 2010

To better understand the content, process and outcome of various existing government policy interventions[†] on retaining health workforces in underserved areas[‡] in six different country contexts in Asia Pacific Region

Objectives

1. To make a chronological inventory of all current government policies aimed at improving rural retentions of health workers with reference to the sixteen recommendations made by WHO[§]. (see Annex 1)
2. To analyse and compare three^{**} selected sets of rural retention policies, from their formulation, to their implementation and outcomes using a policy analysis tool that focuses on policy formulation and implementation. (see Annex 2)
3. To recommend options for improving rural retention strategies including assessing their relative effectiveness, strengthening their content, overcoming implementation bottle-necks and identifying opportunities for taking them to scale.

† Government policy also include legislation, regulations, practices

‡ such as rural, remote, mountainous areas, or urban slums where health workers are needed most
§ WHO 2010. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations.

** How many policies depend on discussion during Bangkok workshop

Methods

To respond to **objective one**, a document analysis of both published and grey literature including government policies and working directives is proposed. This literature review would be complemented as necessary with in-depth interviews of key informants. This review should produce an exhaustive list of existing policies, their main content, and the degree of implementation, in chronological order. Notably, in some policy domains, there can be a number of specific policies. The following dummy table may be used. (See table 1)

Table 1 Target of health professionals and brief description of rural retention policies based on WHO recommendation

Policy mapping based on WHO recommendations						
Recommendation	Main content of policy	Year of Launch	Scope of implementation (national or sub-national)	Extent of the outcome	Targets of health professionals	Reference
A. Education						
1. Students from rural backgrounds						
2. Health professional schools outside major cities						
3. Clinical rotations in rural areas during studies						
4. Curricula that reflect rural health issues						
5. Continuous professional development						
B. Regulatory						
6. Enhanced scopes of practice						
7. Producing new types of health workers						

8. Compulsory service in a rural area						
9. Subsidized education for return of service						
C. Financial Incentive						
1. Appropriate financial incentives						
D. Professional / Personal support						
1. Better living conditions						
2. Safe and supportive working environment						
3. Outreach support						
4. Career development programmes						
5. Professional networks						
6. Public recognition measures						

To respond to **objective two**; each country will identify the three most important sets of policies for in-depth analysis. The selection criteria will be made explicit by each country based on the policy falling into one of the four WHO guidelines domains, the degree of implementation and the assessment of its relative impact. An initial selection process was conducted by a round table discussion among country researchers in the AAAH workshop, Bangkok, April 18th -19th, 2012. The selections depend on policy demand of each country.

Qualitative method is applied. Using the three selected policies and the application of policy analysis tool[1, 2], reviews of literature, in-depth interviews of key informants and focus group discussion, would be convened to investigate the following questions.

- Assess the problem stream: why these policies emerged?
- Assess the policy formulation processes: how different actors (MOH, MOE, MOF, MOHA (Ministry of Home Affair), medical and nursing schools, politicians, civil society, health professional councils, health professional associations, academia, student bodies, public and private healthcare providers) in what context, exert their powers, defending their position (either supportive or defensive) and influencing the final policy decision? Were the affected beneficiaries consulted and engaged in the policy formulation?
- Analyze the policy contents: did the intervention respond to the problem stream and guided by evidence? Is it feasible (political, financial, social, programmatic), acceptable by all stakeholders in particular the front line health workers, and effective enough in solving the identified problems? Did and how the policy evolve over-time?
- Analyse implementation: how policies was implemented, the scope (national/ sub-national), who are responsible for implementation--are they credible, equipped and capable to implement the policy? Are policy communications effective? Are interventions relevant to health workers? Were all stakeholders engaged to ensure acceptability? Were resources secured and adequate to support implementation? Are there adequate and continued political and financial commitment? Is the M&E system put in place? What are the indicators for measuring progresses and achievement against what baseline data? What are the resistance and enabling factors by different actors? Any evaluation research conducted to guide policy reorientation?
- Outcome assessment: what are the main outcomes of implementation? Are outcome in line with the objectives and targets? Any deviation from the original plan and what are the unintended outcomes? What progress indicators were used e.g. increased number of health workers staying in rural areas, mean duration (in years) of stay in a rural post, turnover rates^{††}, rate of unfilled post, density of health workers in rural and rural areas; job satisfaction of rural health workers, patient satisfaction in remote and rural areas, coverage of health services.

(See Annex 3)

To respond to **objective three**; a consultation workshop with all relevant stakeholders such as policy makers, health professional council representatives, international partners, etc., will be conducted to solicit recommendations given the results of in-depth assessment of three selected rural retention policies. Such active engagement by policy makers ensures ownership and policy actions to improve policies and effectiveness of interventions.

^{††} Labour turnover is equal to the number of employees leaving, divided by the average total number of employees, multiplied by 100 (in order to give a percentage value). The number of employees leaving and the total number of employees are measured over one calendar year. For example, in a business with an average of 300 employees over the year, 21 of whom leave, labour turnover is 7%. This is derived from $(21/300)*100$.

Research Dissemination

1. Policy brief
2. Fact sheet
3. Presentation in the national forum (health sector and inter-sectoral forum)
4. Presentation in AAAH annual conference
5. Publication in national journal
6. Cross-country synthesis in international journal

Budget

An indicative budget would be, US\$ XXX.

Budget justifications

Items	Unit cost (USD)	Person-months	Budget (USD)	%
I. Staff cost				
II. Operating cost				
III. Overhead				
Grand total				

Expected outcomes

Better understanding of the different policies which work and not work and how to make it work and what contributing factors for effective policies across six different country context. It is expected that policy will make use of evidence for appropriate policy adjustment or scaling up those, which work well.

Annex 1 Brief rural retention policy mapping initially presented in the AAAH workshop, April 18th- 19th 2012, Bangkok.

	Bangladesh	China	Laos	Myanmar	Sri Lanka	Vietnam
Education						
1. Students from rural backgrounds		Free tuition fee and other benefits for medical students who are going to be practicing in rural areas	Each year recruitment 10% reserved to poorest districts Provide opportunity of continuous education for health personnel who work in remote and rural areas and support them regularly	Selection criteria for undergraduate students	Certain categories are selected on the basis of place of residence	<ul style="list-style-type: none"> • Decision 1544/2007 rural student recruitment in hardship areas: central highland, northern mountainous provinces, Mekong Delta Region, for training of all sector including health professionals [but physician is their priority] • Four year additional upgrading training medical assistants to MD
2. Health professional schools outside major cities		N/A	Establishment of 8 provincial public health schools	Established and planning	Some training schools are situated outside (e.g.; nurses/ midwives)	Provincial government or DOH runs secondary schools and colleges
3. Clinical rotations in		N/A		Residential field training	PHM/PHI are trained in rural	All medical universities

	Bangladesh	China	Laos	Myanmar	Sri Lanka	Vietnam
rural areas during studies					areas	did not have rural health services rotation program for medical students, but HSPH have initiative
4. Curricula that reflect rural health issues		N/A	PHC workers, Community midwife and Family medicine	Undergraduate curricula revision every year	All the curricula reflects rural health issues	
5. Continuous professional development		Capacity Building for mid-level rural health professionals at county hospitals	Decree 1948 MOH Each year recruitment of health staff to be upgraded	Myanmar Medical and allied degree act, National health policy #3	No streamlined CPD opportunities but consider this as a policy	Circular 7/2008/TTBYT, 24 hr per year, 120 hr per 5 years
Regulatory						
6. Enhanced scopes of practice		N/A	Nurse decree 040 MOH Midwife decree 1764 MOH	Salary compensation mechanism for hard to reach area		
7. Producing new types of health workers		N/A	Production of 1500 community midwife , commitment with UN secretary	National health policy		Not specific (focus in some health support projects)
8. Compulsory service in a rural area		Short-term compulsory service in rural area for health professionals before being promoted	Degree 82/PM /2003 and MOH decree 103/2011. New recruited /student should provide at least 2-3 years service	No policy for BHS, ?regional/divisional policy	This has been a policy and implement on and off depending on the situation	No longer available (had been applied before 1990)

	Bangladesh	China	Laos	Myanmar	Sri Lanka	Vietnam
			in rural communities during the first five year of their service or after graduation			
9. Subsidized education for return of service		N/A	NA	No policy for BHS, ?nursing bridge program		Only some local government have policy to retain and attract health workers
Financial Incentive						
10. Appropriate financial incentives		Rural doctor recruitment at township level	Degree 468/PM/2010: provide additional salary of 30%, 40% and 50% civil servants including health workers.	Civil services policy		<ul style="list-style-type: none"> Active development of this area on financial incentive, Decree 64/2009 special allowance, 70% of basic salary additional allowance in most hardship areas Decision 75/2009 allowance for village health workers, central government budget covers the hardship

	Bangladesh	China	Laos	Myanmar	Sri Lanka	Vietnam
						<p>areas, whereas local government budget covers non-hardship rural areas, urban town not covered</p> <ul style="list-style-type: none"> Decree 56/2011, July 2011, announce a special professional allowance for different type of health staff (curative care, HIV, Psychology)
Professional / Personal support						
11. Better living conditions		N/A		Civil services regulations, other ministries	This is considered a government policy for health workers	There is no specific policy, though in some provinces, local policies provide housing for the health workers.
12. Safe and supportive working environment		N/A		Civil service regulations, Policy yet need to develop	Not a priority	<ul style="list-style-type: none"> Decision 47/2008/QD-TTg investment of district hospitals Decision 950/2008