

Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств — участников Содружества Независимых Государств. Часть 2: принципы организации подсистем первичной медико-санитарной помощи, структурные элементы, процессы

В статье на основе аналитического обзора информационных источников о статусе и развитии различных аспектов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в мире и выбранных странах, а также международных научно-обоснованных рекомендаций в серии обзорных статей оценивается использование международного опыта и рекомендаций для развития ПМСП в выбранных государствах — участниках Содружества Независимых Государств (СНГ), в частности, в отношении организационного аспекта, который рассматривается в настоящем обзоре.

Для составления обзора использовалась база данных научных публикаций, нормативных правовых документов и Интернет-ресурсов на основе отобранных ключевых слов и понятий, связанных с организационным аспектом ПМСП и его характеристиками. Приоритет в поиске был отдан материалам последнего десятилетия, касающимся государств — участников СНГ. Характеристики организационного аспекта национальных подсистем ПМСП были выделены, систематизированы и упорядочены в разделах: принципы организации подсистем ПМСП, структурные элементы, процессы.

Во второй части статьи приведены результаты анализа развития организационного аспекта ПМСП и его характеристик, включая реализацию определенных в процессе составления обзора рекомендаций с доказанной эффективностью в государствах — участниках СНГ. Анализ источников об опыте государств — участников СНГ по диспансеризации прикрепленного населения и диспансерному наблюдению (внедрению программ ведения) пациентов с хроническими заболеваниями дал основание предложить уточненное название принципу постоянной медицинской помощи в управлении своим здоровьем на протяжении всей жизни — принцип "перманентности".

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, организация первичной медико-санитарной помощи, организация здравоохранения, система здравоохранения, структурные элементы, процессы, диспансеризация, динамическое наблюдение, принцип перманентности, управление здоровьем, Содружество Независимых Государств.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Короткова А. В., Наумова Я. С., Ахвердиев Г. О., Щербинский А. А., Сачек М. М., Кулкаева Г. У., Бримкулов Н. Н., Мухсинзода Г. М., Уразалиева И. Р., Огнева Е. Ю. Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств — участников Содружества Независимых Государств. Часть 2: принципы организации подсистем первичной медико-санитарной помощи, структурные элементы, процессы. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024;1(2):6-26. doi: 10.15829/3034-4123-2024-17. EDN LCWZPW

Драпкина О. М.^{1,2},
Шепель Р. Н.^{1,2},
Короткова А. В.^{1*},
Наумова Я. С.¹,
Ахвердиев Г. О.³,
Щербинский А. А.⁴,
Сачек М. М.⁵,
Кулкаева Г. У.⁶,
Бримкулов Н. Н.⁷,
Мухсинзода Г. М.⁸,
Уразалиева И. Р.⁹,
Огнева Е. Ю.¹⁰

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³Центр общественного здравоохранения и реформ Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, Баку, Азербайджан

⁴ГУ "Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения", Минск, Беларусь

⁵УО "Белорусский государственный медицинский университет", Минск, Беларусь

⁶Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Астана, Казахстан

⁷Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

⁸Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

⁹Школа общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан

¹⁰ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку): korotkova9977@ya.ru

Поступила: 06.08.2024

Получена рецензия: 07.11.2024

Принята: 22.11.2024



Development of various aspects of primary health care in the context of national health systems of the Commonwealth of Independent States. Part 2: management of primary health care subsystems, structural elements, processes

Based on an analytical review of information sources on the status and development of various aspects of primary health care (PHC) in the world and in selected countries, as well as international evidence-based recommendations in a series of reviews, to assess international experience and guidelines for the development of PHC in selected members of the Commonwealth of Independent States (CIS), in particular, with respect to the management aspect. To prepare the review, a database of publications, regulatory legal documents and Internet resources was used based on selected keywords and concepts related to the management of PHC and its characteristics. Priority was given to last decade materials concerning the CIS member states. The characteristics of national PHC management were identified, systematized and arranged in following sections: principles of PHC subsystems, structural elements, processes.

The second part presents the analysis of the development of PHC management and its characteristics, including the implementation of recommendations with proven effectiveness in the CIS member states. The analysis of sources on the experience of the CIS member states in the medical examination and follow-up of patients with chronic diseases gave grounds to propose a more precise name for continuous health care in managing health throughout life — the principle of permanence.

Keywords: primary health care, management of primary health care, health care system, structural elements, processes, medical examination, medical follow-up, principle of permanence, health management, Commonwealth of Independent States.

Relationship and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Shepel R. N., Korotkova A. V., Naumova Yu. S., Hagverdiyev G. O., Shcherbinsky A. A., Sachek M. M., Kulkaeva G. U., Brimkulov N. N., Muhsinzoda G. M., Uralieva I. R., Ogneva E. Yu. Development of various aspects of primary health care in the context of national health systems of the Commonwealth of Independent States. Part 2: management of primary health care subsystems, structural elements, processes. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2024;1(2):6-26. doi: 10.15829/3034-4123-2024-17. EDN LCWZPW

Drapkina O. M.^{1,2},
Shepel R. N.^{1,2},
Korotkova A. V.^{1*},
Naumova Yu. S.¹,
Hagverdiyev G. O.³,
Shcherbinsky A. A.⁴,
Sachek M. M.⁵,
Kulkaeva G. U.⁶,
Brimkulov N. N.⁷,
Muhsinzoda G. M.⁸,
Uralieva I. R.⁹,
Ogneva E. Yu.¹⁰

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

²Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

³Public Health and Reforms Center, Baku, Azerbaijan

⁴Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Management and Health Economics, Minsk, Republic of Belarus

⁵Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

⁶Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Republic of Kazakhstan

⁷I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan

⁸Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan

⁹School of Public Health of the Tashkent Medical Academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan

¹⁰Russian Research Institute of Health, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
korotkova9977@ya.ru

Received: 06.08.2024
Revision received: 07.11.2024
Accepted: 22.11.2024

ВА — врачебные амбулатории, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ВОП — врач общей практики, ГСВ — группа семейных врачей, ЕРБ — Европейское региональное бюро, ЗОЖ — здоровый образ жизни, ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение, МО — медицинская организация, НИЗ — неинфекционные заболевания, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ПСВ — пункты семейного врача, СД — сахарный диабет, СМП — скорая медицинская помощь, СНГ — Содружество Независимых Государств, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФАП — фельдшерско-акушерские пункты, ЦРБ — центральные районные больницы.



Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Государства — участники Содружества Независимых Государств (СНГ) — приоритетно развивают первичную медико-санитарную помощь, совершенствуют работающие и внедряют новые организационные решения.
- Большинство стран СНГ применяет территориально-участковый принцип, но в управлении по-прежнему используется "радарный" принцип, основанный на понятии "случай заболевания".

Что добавляют результаты исследования?

- Анализ характеристик организационного аспекта подсистем первичной медико-санитарной помощи в странах СНГ показал определенную и различающуюся степень их готовности к непрерывному и постоянному оказанию медицинской помощи прикрепленным жителям в управлении своим здоровьем на протяжении всей жизни — готовности применять принцип "перманентности" (как мы его предлагаем называть).

Key messages

What is already known about the subject?

- The member states of the Commonwealth of Independent States (CIS) develop primary health care as a priority, improving existing and implementing novel management solutions.
- Most CIS countries apply the territorial-district principle, but the "radar" principle based on the concept of "case of disease" is still used in management.

What might this study add?

- The analysis of the management characteristics of primary health care subsystems in the CIS countries showed a certain and varying degree of their readiness for continuous and constant healthcare provision throughout the life — the principle of permanence (as we propose to call it).

Введение

Статья состоит из двух частей и открывает серию обзорных статей по различным аспектам первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В ней представлены общая постановка задачи по составлению серии обзорных статей и в основном результаты обзора по организационному аспекту. В последующих статьях серии будут рассмотрены остальные аспекты ПМСП. В **Части 1 статьи** был представлен обзор организационного аспекта в целом систем здравоохранения и подсистем ПМСП в государствах — участниках Содружества Независимых Государств (СНГ). **Часть 2 статьи** охватывает характеристики организационного аспекта ПМСП, относящиеся к принципам, структурным элементам и процессам в подсистемах ПМСП в выбранных государствах — участниках СНГ.

Методология исследования

За последнее десятилетие наблюдаются значительные изменения в подходах к охране здоровья населения и в статусе систем здравоохранения и подсистем ПМСП в особенности; поэтому основными временными рамками для

подбора источников были выбраны публикации, нормативно-правовые акты и другие материалы, изданные в последнем десятилетии, как содержащие наиболее актуальную, соответствующую происходящим переменам, информацию. Географически приоритет был отдан источникам о ПМСП в государствах — участниках СНГ. Кроме того, изучались обзорные публикации в области развития ПМСП в мире и в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в т.ч. на платформах ВОЗ, содержащие научно-обоснованные рекомендации и обобщение передового опыта.

Первичный анализ источников информации по ключевому понятию ПМСП позволил выделить в качестве основных областей поиска ее аспекты: организационный, ресурсов, финансирования, управления, цифровизации и результатов, их характеристиками, дополнить ключевые поисковые термины, вспомогательным критерием определить наличие информации о результатах ПМСП (снижение различных составляющих показателей смертности, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни).

Результаты

Результаты поиска и анализа информационных источников позволили структурировать характеристики организационного аспекта подсистемы ПМСП на основе системного подхода следующим образом: принципы построения, структурные элементы и процессы деятельности.

Принципы построения и организации подсистемы ПМСП:

- территориально-участковый принцип;
- принцип первого контакта;
- принцип вовлеченности пациентов и их семей в принятие решений и самопомощь;
- принцип справедливости (специальные контингенты).

Структурные элементы:

- поликлиники;
- офисы врачей общей практики (ВОП) и семейных врачей;
- дневные стационары;
- сельские медицинские пункты и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП);
- выездные формы медицинской помощи, мобильные комплексы;
- подразделения неотложной, экстренной амбулаторной и скорой помощи;
- структуры телемедицины.

Процессы:

- диспансеризация, скрининги, осмотры;
- диспансерное наблюдение, помощь при хронических состояниях;
- медицинская первичная, вторичная и третичная профилактика.

Принципы организации подсистемы ПМСП

Территориально-участковый принцип

В операционном механизме ПМСП ВОЗ¹ отмечается, что "применение территориально-участкового принципа организации (empanelment или rostering) влечет за собой закрепление отдельных пациентов или групп населения за отдельными поставщиками, командами или учреждениями первичной помощи. Оно может быть обязательным или добровольным и может основываться на районном делении или индивидуальном выборе. Территориально-участковый принцип организации стимулирует поставщиков услуг/команды к принятию всеобъемлющего подхода к охране здоровья людей, находящихся под их опекой, что облегчает выполнение функций как государственного здравоохранения, так и первичной помощи". Рекомендация Европейского регионального бюро (ЕРБ) ВОЗ: "Стимулировать организации ПМСП к участию в управлении здоровьем населения, воз-

ложив на них формализованную ответственность за результаты оказания ПМСП постоянно проживающему, четко идентифицированному и зарегистрированному населению, обычно в пределах определенной зоны обслуживания"².

В советской системе этот принцип четко соблюдался, что позволяло планировать ресурсы здравоохранения в привязке к половозрастным характеристикам прикрепленного населения и к потребности в медицинской помощи, связанной с показателями заболеваемости в зоне обслуживания. На производствах работали медико-санитарные части (или пункты), в учебных заведениях — врачебные кабинеты с охватом по участковому принципу, соответственно, работающих и учащихся.

После образования независимых государств с разделением населения правом свободного выбора любой медицинской организации (МО) и, соответственно, нарушением участкового принципа, руководители здравоохранения столкнулись с непропорциональностью нагрузки на отдельные МО (особенно на высокоуровневые) и на врачей. В то же время пациенты, выбрав поликлинику вдали от дома, со временем начинали ощущать географические и временные трудности в доступности медицинской помощи, особенно амбулаторной. В странах СНГ в целом восстановился территориально-участковый принцип организации ПМСП, вместе с тем право выбора МО и врача имеется у жителей всех выбранных стран, но различаются обеспечивающие это право нормы.

Азербайджан. Пациент имеет право на выбор врача (по согласию самого врача) и лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи³. Однако прикрепляют к ЛПУ только в зоне проживания, а участки формируют, исходя из численности прикрепленных⁴.

Армения. 80% расходов на здравоохранение оплачивается из собственных средств жителей, поэтому нет требования прикрепления к МО по месту жительства — пациент выбирает МО, в т.ч. и по стоимости услуг. Территориально-участковый принцип не работает⁵.

Беларусь. Граждане Республики Беларусь закрепляются за государственными учреждениями

² WHO Regional Office for Europe. Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being. Primary health care policy paper series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/368805> (10.07.2024).

³ Закон Азербайджанской Республики "Об охране здоровья населения" от 26 июня 1997 г. №360-ІQ с поправками. https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=5809 (10.07.2024).

⁴ Статья от 19.10.2023. Новостное агентство Sputnik Азербайджан. <https://az.sputniknews.ru/20231019/grazhdan-azerbaydzhana-prikrepyat-k-opredelennym-meduchrezhdeniyam-459749631.html> (10.07.2024).

⁵ Saro Tsaturyan and Giada Scarpetti. Health Systems in Action. Armenia. The European Observatory on Health Systems and Policies. 2022, p. 24. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362322/9789289059107-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10.07.2024).

¹ ВОЗ и ЮНИСЕФ. Операционный механизм первичной медико-санитарной помощи: воплощение концепции в жизнь. Женева: ВОЗ и ЮНИСЕФ. 2021г, веб-приложение, Технические спецификации. <https://iris.who.int/handle/10665/351738> (10.07.2024).

здравоохранения по их месту жительства (месту пребывания), а при наличии ведомственных организаций здравоохранения — также и по месту работы (учебы, службы)⁶.

Казахстан. Участки семейных врачей четко определены, включают жителей всех возрастов на участке. Для снижения нагрузки на семейного врача используют укомплектование врачебного участка медицинскими сестрами по принципу "1+3" и внедрение независимого приема медицинскими сестрами с послесредним и высшим образованием (прикладной и академический бакалавриат)⁷.

Кыргызстан. Пациенты могут быть приписаны к группе семейных врачей (ГСВ) по своему выбору, который, однако, ограничен местом проживания и количеством врачей⁸.

Молдова. Свободный выбор медицинского учреждения и врача, но в государственных учреждениях — по установленным правилам (участковость, но с учетом выбора пациента) [1].

Таджикистан. Право выбора врача и ЛПУ у пациента есть, но оно ограничено различными уровнями необходимой доплаты при обращении на специализированный уровень⁹.

Туркменистан. ПМСП организована по принципу семейной медицины с обслуживанием населения, проживающего на прикрепленных участках¹⁰.

Узбекистан. Законодательно территориально-участковый принцип не закреплен, но ЛПУ имеют четкие зоны обслуживания. Пациент имеет право на выбор врача и ЛПУ по месту жительства¹¹.

Принцип первого контакта

В Руководстве ВОЗ по внедрению подходов к укреплению ПМСП¹² представлены передовой опыт и знания, полученные странами в результате "естественных экспериментов" по укреплению ПМСП с использованием наилучших имеющихся на-

учных данных. В нем под "первым контактом" подразумевают первичную помощь как "первую точку контакта для подавляющего большинства мероприятий по профилактике заболеваний, а также для острых и хронических проблем со здоровьем". В этом определении подчеркивается роль ПМСП как основной точки входа и взаимодействия между населением и системой здравоохранения. Далее в руководстве отмечено, что некоторые сторонники первичной помощи подчеркивают, что пользователи должны в конечном итоге определить предпочтительное место контакта с системой здравоохранения. В некоторых случаях, например, в случае неотложной медицинской помощи, оптимальная помощь может потребовать первого доступа за пределами учреждения ПМСП для конкретного случая. Помимо оказания неотложной помощи и любой связанной с ней госпитализации, доступ к первому контакту для последующего наблюдения со стороны поставщика ПМСП или команды, вероятно, приведет к лучшим долгосрочным результатам. В некоторых случаях ПМСП может также служить первым контактом при неотложной помощи, например, обеспечивая помощь в нерабочее время. Требование о том, чтобы пользователи сначала прошли оценку у поставщика ПМСП, прежде чем их направят на исследование или специализированную помощь, называется контролем доступа (gatekeeper).

Данные о функции первого контакта в ПМСП позволяют предположить, что ее выполнение обеспечивает соответствующее направление к специалистам, а также сократить количество госпитализаций. Изменения в политике, направленные на усиление функции первого контакта в ПМСП, такие как регистрация случая (выявление), были связаны с повышением эффективности и улучшением качества обслуживания пациентов, снижением затрат и улучшением результатов в отношении здоровья. Соблюдение принципа первого контакта в выбранных государствах — участниках СНГ — имеет свои особенности.

Азербайджан. В функции участкового терапевта входят медицинская сортировка, оказание помощи терапевтическим больным при острых состояниях и направление пациентов с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) к профильным специалистам; они не занимаются продвижением здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактикой болезней и не принимают активного участия в ведении хронических заболеваний, например, назначать выполнение электрокардиограммы и интерпретировать ее результаты может только кардиолог¹³. Жители для получения медицинских

⁶ Закон Республики Беларусь "О здравоохранении" от 18 июня 1993 г. № 2435-XII, с изменениями и дополнениями. <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435> (10.07.2024).

⁷ Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026г, утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 г. № 945. <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/documents/details/adilet/P2200000945?lang=ru> (01.12.2024).

⁸ Молдоисаева С., Калиев М., Сыдыкова А. и др. Кыргызстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. ЕРБ ВОЗ. 2022г. <https://iris.who.int/handle/10665/366705> (10.07.2024).

⁹ Ходжамуродов Г., Речел Б. Таджикистан: обзор системы здравоохранения. ЕРБ ВОЗ. 2010г. <https://iris.who.int/handle/10665/332405> (10.07.2024).

¹⁰ Закон Туркменистана "Об охране здоровья граждан". Ведомости Меджлиса Туркменистана от 23 мая 2015 г. № 223-V, с изменениями. <https://mejlis.gov.tm/single-law/134?lang=ru> (10.07.2024).

¹¹ ВОЗ. Задачи ЦУР, связанные со здоровьем, в Таджикистане: реализация политики и мер в области здравоохранения и повышения благополучия населения. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. 2020. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353951/WHO-EURO-2022-5406-45171-64480-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10.07.2024).

¹² Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, et al. Implementing the Primary Health Care approach: a primer. Geneva: WHO. 2024 (Global report on primary health care). <https://iris.who.int/handle/10665/376777> (10.07.2024).

¹³ ВОЗ. Азербайджан. Преобразование системы первичной медико-санитарной помощи во время пандемии, ВОЗ. 2021. <https://www.who.int/europe/ru/publications/m/item/azerbaijan-applying-participatory-approaches-in-designing-a-stronger-service-delivery-model-in-remote-rural-areas-%282021%29> (10.07.2024).

услуг первоначально должны обращаться к семейным врачам, которые далее дают направления на прием к специалистам¹⁴.

Армения. Специализированная медицинская помощь — как вид медицинской помощи и обслуживания, основанный на специфических диагностических и медицинских методах, в т.ч. новейших и сложных медицинских технологиях, — в законодательстве этим определением отделена от первичной медицинской помощи¹⁵.

Беларусь. Лечащий врач (организует и оказывает медицинскую помощь пациенту в период его медицинского наблюдения и лечения) в случае необходимости направляет пациента для оказания ему медицинской помощи к другим врачам-специалистам, работающим в одной с ним организации здравоохранения⁶. Специалисты, работающие в поликлинике, принимают пациентов по талонам по самозаписи, т.е. участковый врач не выполняет контролирующую функцию¹⁶.

Казахстан. Интеграция услуг ПМСП со специализированным лечением осуществляется при помощи клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, с тем чтобы пациенты могли в надлежащее время получить услуги от нужного специалиста в соответствии с индивидуальными клиническими потребностями. Однако профильные специалисты больше не являются точкой первичного контакта пациента для доступа в систему здравоохранения, как было ранее, что позволило избежать фрагментации медицинской помощи в эпоху мультиморбидности и оптимизировать использование ограниченных ресурсов здравоохранения¹⁷.

Кыргызстан. Врачи ГСВ выступают в роли диспетчера, или регулировщика доступа к медицинской помощи на более высоких уровнях, требующей направления семейного врача⁸. Кроме ГСВ, в штаты Центров семейной медицины также входят иные специалисты — гинекологи, хирурги, кардиологи и др. В стране продолжается дискуссия о роли врачей-специалистов (кардиологов, гастроэнтерологов и т.п.) в первичном звене.

Молдова. Семейные врачи выступают в роли "контролеров" специализированных и стационарных услуг для застрахованных пациентов¹⁸.

Таджикистан. Семейный врач назначает консультации специалистов, но, кроме того, используя право свободного выбора врача и ЛПУ, пациенты минуют своих участковых врачей для записи на прием⁹. Врачи и медсестры в ПМСП не всегда достаточно квалифицированы; им может не хватать уверенности, что они могут обеспечить качественное оказание основных услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матери, новорожденного, ребенка и подростка, что приводит к многочисленным перенаправлениям и фрагментации услуг. Работники ПМСП играют важную роль в поддержке пациентов, недостаточно охваченных услугами, как в сельских, так и в городских населенных пунктах¹⁹.

Туркменистан. ПМСП подразделяется на первую помощь, доврачебную медико-санитарную помощь, врачебную медико-санитарную помощь, специализированную медико-санитарную помощь¹⁰.

Узбекистан. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами бесплатно в государственных ЛПУ; при направлении льготной категории лиц на лечение в специализированные учреждения оценивается степень тяжести заболевания и применяются прозрачные механизмы очередности. Специализированные услуги оказываются на уровне районного звена, в семейных поликлиниках и пунктах семейного врача (ПСВ)²⁰.

Принцип вовлеченности пациентов и семей в оказание помощи и создание условий для самопомощи

Рекомендация на портале The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)²¹, где представлены научно-обоснованные стратегии улучшения ПМСП, — вовлекать пациентов в оказание им медицинской помощи. Вовлечение (внедрение, расширение возможностей — *empanelment*) — это активное и постоянное направление отдельного человека или семьи к поставщику ПМСП для оказания медицинской помощи, является организационной основой управления здоровьем населения, обеспечения информированности пациентов о доступных видах медицинской помощи и вы-

¹⁴ Статья от 24.06.2021. Новостное агентство Sputnik Азербайджан. <https://az.sputniknews.ru/20210624/Sistema-medstrakhovaniya-doshla-i-dochastnykh-klinik---spisok-427295387.html> (10.07.2024).

¹⁵ О внесении изменения в Закон Республики Армения "О медицинской помощи и обслуживании населения" от 06.05.2020. <https://beawire.com/ru/law-of-the-republic-of-armenia-on-amendments-to-the-law-of-the-republic-of-armenia-on-medical-care-and-public-services/> (10.07.2024).

¹⁶ "О порядке оказания медицинской помощи" Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 16 августа 2023 г. № 117. https://minzdrav.gov.by/upload/lcfiles/постановление_M3_2023_117.pdf (10.07.2024).

¹⁷ Кацага А., Кульжанов М., Karanikolos M., et al. Казахстан: обзор системы здравоохранения. ЕРБ ВОЗ. 2012. <https://iris.who.int/handle/10665/332396> (10.07.2024).

¹⁸ Закон Республики Молдова "Об охране здоровья" от 28 марта 1995г №411-XIII https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=3461 (10.07.2024).

¹⁹ Отчет о проведенной оценке системы здравоохранения: укрепление первичной медико-санитарной помощи путем предупреждения необоснованной госпитализации в Таджикистане. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. 2022 г. <https://iris.who.int/handle/10665/355752> (10.07.2024).

²⁰ Постановление Президента Республики Узбекистан "О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан" от 29 августа 1996 г., № 265-I, с изменениями, <https://lex.uz/acts/41329> (10.07.2024).

²¹ The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI-2015-2022) portal, Evidence-informed strategies to improve primary health care. <https://www.improvingphc.org/improvement-strategies> (10.07.2024).

страивания долгосрочных отношений с медицинскими работниками. В государствах — участниках СНГ — этот принцип соблюдается в разных формах и степени.

Азербайджан. В законодательстве не закреплены возможность и условия оказания самопомощи и принцип вовлечения пациента в процесс выбора лечения; но законодательно требуется добровольное письменное или устное согласие пациента на медицинское вмешательство (кроме оказания медицинской помощи, включая стационарную, при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих). Женщина имеет право на самостоятельное решение вопроса материнства (по желанию аборт возможен до 12 нед. беременности)³.

Армения. Пациент имеет право на информированность о своем заболевании и подтверждение согласия на оказание медицинской помощи и обслуживания в порядке, установленном законодательством. Необходимым условием медицинского вмешательства является письменное согласие, и пациент вправе в письменной форме отказать от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев заболеваний, представляющих опасность для окружающих¹⁵. Внедрение общенациональной электронной медицинской информационной системы под названием ARMED направлено на улучшение подотчетности, доступа и расширения прав и возможностей пациентов⁵.

Беларусь. Пациенты имеют право на участие в выборе методов оказания медицинской помощи⁶.

Казахстан. С целью укрепления потенциала реагирования системы ПМСП и обеспечения ее признания населением было решено преобразовать биомедицинскую модель ПМСП, ориентированную на врача, в модель ПМСП, ориентированную на пациента и основанную на личных взаимоотношениях в социальном контексте⁷.

Кыргызстан. Работают группы самопомощи⁸. Вовлечение населения осуществляется также в рамках программы сельских комитетов здоровья с поддержкой Ассоциации сельских комитетов здоровья Кыргызстана "Кыргызстан айылдык ден соолук комитеттери"²² и Программы "Действия сообществ по вопросам здоровья" в Кыргызстане²³.

Молдова. Все решает пациент (согласие), кроме установленных в законодательстве случаев. Вовлечение в принятие решения по выбору лечения в законодательстве не отражено¹⁸.

Таджикистан. Граждане имеют право на получение необходимой информации о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей²⁴.

Туркменистан. Граждане имеют право на получение полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, методах профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, санитарно-эпидемиологическом благополучии места проживания, рациональном питании, безопасности и качестве пищевых продуктов, факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние. Медицинская помощь должна предоставляться после получения устного или письменного согласия пациента¹⁰.

Узбекистан. Обеспечивается постоянная патронажная помощь женщинам фертильного возраста, беременным, детям, а также одиноким престарелым лицам, лицам с инвалидностью, имеющим хронические заболевания, и другим лицам, нуждающимся в постороннем уходе и социальной помощи. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается постоянное медицинское наблюдение в соответствующих ЛПУ государственной системы здравоохранения. Лица с инвалидностью имеют право на бесплатную медико-санитарную помощь в учреждениях государственных систем здравоохранения, уход на дому, а одинокие лица с инвалидностью, нуждающиеся в постороннем уходе, лица с инвалидностью с хроническими психическими расстройствами — на содержание в домах-интернатах²⁵.

Принцип справедливости (специальные контингенты)

ЕРБ ВОЗ для управления здоровьем населения в ПМСП рекомендует активный подход к улучшению здоровья и благополучия² со следующими шагами: 1) четко идентифицировать и зарегистрировать население, входящее в определенную зону обслуживания; 2) оценить состояние здоровья и условия жизни населения, выделить группы на основе стратификации риска, активно работать с пациентами и выявлять когорты населения, испытывающие неравенство в отношении здоровья; 3) использовать модели оказания помощи, в которых многопрофильные бригады ПМСП предоставляют скоординированную помощь, основанную на более широком спектре потребностей людей и определяющих их факторах, в т.ч. интегрируясь с другими секторами, такими как социальная помощь. Стратификация рисков и разделение на

²² Ассоциация сельских комитетов здоровья Кыргызстана "Кыргызстан айылдык ден соолук комитеттери" (КАДК). <https://kadk.kg/> (10.07.2024).

²³ Программа "Действия сообществ по вопросам здоровья" (ДСВЗ) в Кыргызстане. <https://saksalamat.kg/istoriya-skz/> (10.07.2024).

²⁴ Закон Республики Таджикистан от 15 мая 1997 г. №419 "Об охране здоровья населения". <https://base.spinform.ru/index.fwx> (10.07.2024).

²⁵ Закон Республики Узбекистан "Об охране здоровья граждан" от 29 августа 1996 г. № 265-1, с изменениями. <https://lex.uz/acts/41329> (10.07.2024).

когорты по потребностям позволит адресно повысить качество медицинской помощи, улучшить процесс принятия клинических решений и адаптировать предоставление услуг.

Во всех странах СНГ действуют законодательные нормы, позволяющие перенаправить всегда ограниченные ресурсы (сколько бы их не было) на увеличение помощи, прежде всего — бесплатно и приоритетно, уязвимым группам, особо в ней нуждающимся. Поэтому более подходящий термин для наших стран — принцип справедливости, а не термин "неравенство в здоровье" (как переводят чаще всего "inequity" с английского языка). Покажем действие принципа справедливости в государствах — участниках СНГ.

Азербайджан. Адресная государственная социальная помощь (денежная) в основном предусмотрена для малообеспеченных семей. Дети, подростки, студенты, лица с инвалидностью и пенсионеры, вынужденные переселенцы и приравненные к ним лица, лица, занимающиеся спортом, имеют право на медицинское обследование за счет средств государственного бюджета (а если предусмотрено пакетом услуг в соответствии с Законом Азербайджанской Республики "О медицинском страховании"²⁶ — за счет средств обязательного медицинского страхования в государственных медицинских учреждениях). Бесплатно услуги обязательного медицинского страхования в Азербайджане предоставляются пенсионерам, безработным, несовершеннолетним, студентам, лицам с ограниченными возможностями здоровья, а также беременным.

Армения. Специализированная медицинская помощь (включая стоматологическую) предоставляется на платной основе, исключения — дети и социально незащищенные категории населения, которые имеют право на бесплатное или частично возмещаемое государством медицинское обслуживание, скидки на лекарственные средства. Стоимость амбулаторных лекарственных препаратов покрывается полностью или частично только для ограниченных категорий пациентов, принадлежащих либо к социально незащищенным группам, либо с определенными хроническими заболеваниями или состояниями, например, сахарным диабетом (СД)⁵.

Беларусь. Все население условно разделено на группы диспансерного наблюдения и получает соответствующую медицинскую и социальную помощь⁵. Полностью бесплатны или имеется скидка 50 или 90% на лекарственные средства и медицинские изделия для определенных категорий на-

селения, начиная с детей 3-летнего возраста (до 3 лет — бесплатно)²⁷.

Казахстан. В организациях ПМСП открывают гериатрические участки в целях улучшения оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста для повышения качества и продолжительности жизни⁷.

Кыргызстан. Законодательно установлено страховое покрытие для медицинской помощи уязвимым группам населения²⁸.

Молдова. Минимум бесплатного медицинского обеспечения предоставляется лицам из уязвимых групп за счет средств соответствующих фондов организации медицинской помощи¹⁸.

Таджикистан. На уровне ПМСП всем больным оказывается бесплатная медицинская помощь за исключением отдельных методов исследований. Полностью освобождены от всех платежей две льготные группы, которые подразделены на 29 категорий (10 категорий по заболеванию и 19 — социально уязвимых категорий), которые в той или иной степени освобождены от сооплаты²⁴.

Туркменистан. ПМСП оказывается бесплатно всем, специализированные медицинские услуги также бесплатны (или с частичной оплатой) для населения из декретированных групп: дети, подростки, беременные женщины, инвалиды, участники Великой Отечественной войны, афганских и чернобыльских событий и отдельные категории больных¹⁰.

Узбекистан. Включение в категорию лиц из малообеспеченных семей определяется посредством информационной системы "Единый реестр социальной защиты". При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, санаторно-курортную, протезно-ортопедическую и другие виды помощи, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и лицами с инвалидностью, в т.ч. выплату пособия по временной нетрудоспособности²⁰.

Структурные элементы

Амбулаторные учреждения, поликлиники

В обзоре моделей поликлиники [2] отмечены основные тренды организации: превентивность, цифровизация, оптимизация ресурсов, командная работа, а также передача функциональных обязанностей

²⁶ Закон Азербайджанской Республики "О медицинском страховании" от 28 октября 1999 г. №725-IQ https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=2725 (10.07.2024).

²⁷ "О вопросах бесплатного и льготного обеспечения лекарственными средствами и перевязочными материалами" Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 ноября 2007 г. № 1650 с дополнениями и изменениями. <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=C20701650> (10.07.2024).

²⁸ Закон Кыргызской Республики от 12 января 2024 г. № 14 "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике". <https://cbd.minjust.gov.kg/4-5260/edition/1939/ru> (10.07.2024).

специалистам с немедицинским образованием. В исследовании [3] на основе интервьюирования ключевых информаторов по интеграции ПМСП и профильных служб здравоохранения предлагаются пути преобразования имеющихся механизмов взаимодействия первичного звена со специалистами на основе развития семейной медицины.

В зависимости от потребностей населения в медицинских услугах каждая из стран определяет собственные модели, и многие из них доказали свою эффективность. Рассмотрим формы организации в странах СНГ структурных элементов подсистемы ПМСП — амбулаторных учреждений и поликлиник.

Азербайджан. Амбулаторные учреждения (поликлиники) оказывают как ПМСП, так и специализированную амбулаторную помощь (последняя, соответственно, формально не включена в ПМСП).

Армения. Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно — в случаях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения (в т.ч. при вызове на дом).

Беларусь. Поликлиника — многопрофильное учреждение здравоохранения, в котором оказывается амбулаторная (внебольничная) медицинская помощь пациентам, пришедшим на прием или на дому; поликлиники подразделяются по территориальному принципу на городские, районные и межобластные, иногда находятся на базе больниц; по возрастному принципу подразделяются на взрослые и детские²⁹.

Казахстан. Продолжается работа по обеспечению прикрепленного населения шаговой доступностью к услугам ПМСП путем разукрупнения городских поликлиник и обновления инфраструктуры — строительства и открытия новых объектов ПМСП⁷.

Кыргызстан. Основной функциональной единицей для оказания услуг ПМСП приписанному населению являются ГСВ, часть функционирует независимо, но большинство входят в Центры семейной медицины или в Центры общей практики. Кроме врачей ГСВ, в штаты Центра семейной медицины также входят специалисты: кардиологи, офтальмологи и хирурги. В стране продолжается дискуссия о роли врачей-специалистов в первичном звене. В некоторых районах Иссык-Кульской области в опытный порядок были предприняты меры по укреплению профессиональных навыков и расширению возможностей семейных врачей, предполагавшие перевод узких специалистов в больничные учреждения⁸.

Молдова. Работают Центры семейного здоровья (бывшие поликлиники). Врачи-специалисты,

ранее работавшие в поликлиниках, теперь являются сотрудниками больниц, даже если они по-прежнему работают в одном здании с семейными врачами [1].

Таджикистан. Сельские и городские центры здоровья (бывшие поликлиники и женские консультации)³⁰.

Туркменистан. ПМСП оказывается в амбулаторных условиях — в поликлиниках¹⁰.

Узбекистан. ПСВ, семейные поликлиники и районные (городские) многопрофильные центральные поликлиники¹¹.

Офисы ВОП и семейных врачей

Как отмечено в Руководстве ВОЗ по внедрению подходов к укреплению ПМСП¹², в системах здравоохранения, ориентированных на ПМСП, врачи общей практики и их команда, работающие в ПМСП, предоставляют гибкий и масштабируемый набор услуг, обеспечивая оперативное реагирование систем здравоохранения на нужды населения. Медицина общей практики, которую долгое время ошибочно ассоциировали с отсутствием "специальных навыков", все чаще признается как требующая целенаправленной подготовки. Во многих странах высококвалифицированных ВОП, отвечающих за высококачественную первичную помощь (а иногда и вторичную помощь) и обученных в соответствии с клиническим подходом, ориентированным на пациента, называют семейными врачами. ВОЗ рекомендует использовать потенциал врачей общей практики и, в частности, семейных врачей, в ПМСП и в бригадах ВОП при планировании организации деятельности и ресурсов и, соответственно, проводить их подготовку.

Как отмечают исследователи [4], повысить доступность ПМСП для населения можно как экстенсивным (наращивание численности медицинских кадров), так и интенсивным (внедрение новых организационных технологий при имеющихся кадровых ресурсах) путем. Второй путь представляется более перспективным, так как его реализация не требует временного лага, дополнительных финансовых затрат и позволяет в полной мере учесть все региональные особенности. При этом расширение подготовки семейных врачей — одно из таких направлений [5].

На основе обзора происходящих в мире и в России изменений в составе, функционале, взаимодействии участников ПМСП авторы [6] делают вывод о возможности формирования новых ее моделей — перспективными для России считают следующие: расширенная общая врачебная практика, интегрированная медико-социальная практи-

²⁹ Сайт Министерства здравоохранения Республики Беларусь. <https://minzdrav.gov.by/ru/> (10.07.2024).

³⁰ Ходжамуродов Гафур, Речел Бернд. Таджикистан: обзор системы здравоохранения. ЕРБ ВОЗ, 2010г. <https://iris.who.int/handle/10665/332405> (10.07.2024).

ка, центр специализированной амбулаторной медицинской помощи, клиника на дому. Формы общеврачебной и семейной практики в странах СНГ.

Азербайджан. С 2021г Азербайджан нацелен на развитие института семейного врача и постепенную переквалификацию участковых терапевтов и педиатров в семейных врачей, реконструируются центры семейной медицины³¹.

Армения. С 2007г осуществляется практика свободного выбора врача первичной медицинской помощи (в Армении наряду с семейными врачами продолжают работать участковые терапевты и педиатры), поскольку на сегодняшний день институт семейного врача полностью еще не сформирован. Семейные врачи в основном работают в сельских амбулаториях, где население особо в них нуждается⁵.

Беларусь. Частные индивидуальные предприниматели могут открыть офис ВОП³².

Казахстан. Работают многопрофильные бригады на базе поликлиник⁷.

Кыргызстан. Основной функциональной единицей для оказания услуг ПМСП приписанному населению являются ГСВ, часть функционирует независимо, но большинство входят в Центры семейной медицины или Центры общей практики⁸.

Молдова. В государственных центрах семейного здоровья работают семейные врачи. Индивидуальный кабинет семейного врача и центр семейных врачей представляют собой формы организации профессиональной деятельности семейных врачей — обладателей практики, посредством которых они самостоятельно осуществляют профессиональную деятельность, и это не является предпринимательской деятельностью; финансирование профессиональной деятельности осуществляется на основании договоров, заключенных с Национальной медицинской страховой компанией и из других разрешенных законом источников [1].

Таджикистан. Происходит переход к семейной медицине³³.

Туркменистан. Семейные врачи работают в поликлиниках³⁴.

³¹ Статья в рубрике ЗДОРОВЬЕ от 20 декабря 2022 г., информационное агентство REPORT. <https://report.az/ru/zdravookhranenie/v-azerbajdzhanegotovitsya-karta-centrov-semejnoj-mediciny-selskih-medpunktov/> (10.07.2024).

³² "Об организации работы врача общей практики" Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №177 от 27.02.2018. <https://minzdrav.gov.by/upload/dadvtfiles/law/ob%20организации%20врача%20общ.пр.177.pdf> (10.07.2024).

³³ Таджикистан реформирует систему первичной медико-санитарной помощи в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, новость от 17 октября 2023 г. на сайте ВОЗ. <https://www.who.int/ru/news-room/feature-stories/detail/tajikistan-is-reforming-primary-health-care-to-reach-universal-health-coverage> (10.07.2024).

³⁴ Сведения о Туркменистане Министерства иностранных дел Туркменистана, Интернет-ресурс. <https://mfa.gov.tm/ru/articles?type=turkmenistan> (10.07.2024).

Узбекистан. Каждая семья имеет право на выбор семейного врача¹¹.

Дневные стационары

В Руководстве по ПМСП ВОЗ¹² практически не описаны дневные стационары, кроме упоминания отделений дневной хирургии. В то же время рекомендовано четко разделить функции на стыке первичной помощи и стационарной помощи, и другими институциональными видами помощи — реабилитацией, терапевтической помощью, паллиативной помощью, дневным уходом и уходом на дому. В наших странах дневные стационары открывали в 90-е годы прошлого века, чтобы поддержать бедное население, т.к. название "стационар" давало возможность предоставить пациентам лекарственные средства бесплатно. Как рекомендует ВОЗ, целесообразно в новых условиях пересмотреть функции дневных стационаров и соотнесение их с ПМСП.

Российские исследователи утверждают, что дневные стационары должны являться формой профилактического лечения пациентов диспансерной группы с целью предотвращения обострений хронической патологии [7]. Ниже приведена организация дневных стационаров в государствах — участниках СНГ.

Азербайджан. Дневные стационары не созданы, койки, которые были при сельских врачебных амбулаториях (ВА) — закрыты, нуждающиеся в госпитализации направляются в центральные районные больницы (ЦРБ)³¹.

Армения. По законодательству дневной стационар отнесен к условиям оказания медицинской помощи: "В условиях, обеспечивающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения; ...организуются дневные стационары в целях оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов с острыми и хроническими заболеваниями, не требующими неотложной медицинской помощи и обслуживания"¹⁵.

Беларусь. Медицинская помощь в условиях отделения дневного пребывания оказывается в случае, если пациент нуждается в постоянном медицинском наблюдении и (или) оказании медицинской помощи в дневное время¹⁶.

Казахстан. Дневные стационары имеются при различных медицинских учреждениях¹⁷.

Кыргызстан. Дневные стационары работают в различных медицинских учреждениях⁸.

Молдова. ПМСП на основе практики семейной медицины к 2003г стала единственной моделью оказания медицинской помощи населению на первичном уровне. Дневных стационаров нет³⁵.

³⁵ Turcanu G, Domete S, Buga M, et al. Republic of Moldova: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2012;14(7):1–151. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330316/HIT-14-7-2012-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (10.07.2024).

Таджикистан. Дневных стационаров очень мало, в основном при больницах³⁶.

Туркменистан. ПМСП оказывается лечебно-профилактическими учреждениями в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара¹⁰.

Узбекистан. Дневные стационары работают при кабинетах семейных врачей семейных поликлиник и многопрофильных центральных поликлиник районов (городов)²⁰.

Сельские амбулатории и ФАП

Российские авторы [8] на основе исследований рекомендуют направить структурную реорганизацию здравоохранения села на развитие ПМСП, внедрение общих врачебных практик, усиление фельдшерской помощи на селе, внедрение стационар-замещающих и телекоммуникационных технологий и новых эффективных форм работы с учетом специфики сельских территорий. Низкая доступность медицинской помощи на селе усиливает значимость фельдшерской помощи, а снижение числа фельдшеров на селе можно считать негативным явлением. В странах СНГ в сельской местности работают нижеперечисленные учреждения здравоохранения.

Азербайджан. Сельские ФАП (обслуживают 500-1 500 человек). В деревень и поселков городского типа укомплектованы терапевтом (специалист по внутренним болезням, обслуживающий взрослое население), педиатром, акушеркой, медсестрой и/или фельдшером (обслуживают 2 500-4 000 человек), в профессиональную деятельность которых включены наиболее распространенные заболевания, оказывают родовую помощь и основные профилактические услуги, в т.ч. иммунизацию. Стационарных больных направляют в ЦРБ (с 2020г койки в сельских амбулаториях закрыты)¹³.

Армения. Сельские муниципальные медицинские амбулатории¹⁵.

Беларусь. Сельские ВА, ФАП¹⁶.

Казахстан. Есть и активно строятся, особенно в сельских поселениях, ВА, медицинские пункты, ФАП⁷.

Кыргызстан. ФАП (их число растет) включены в состав ГСВ. Врач ГСВ, на территории которой расположен ФАП, организует и контролирует его деятельность, посещает его и принимает пациентов по заранее установленному графику³⁷.

Молдова. Сельские медицинские центры¹⁸.

Таджикистан. Сельские дома здоровья укомплектованы средним медицинским персоналом. Сельские

центры здоровья имеют при себе прикрепленные доврачебные дома здоровья (бывшие ФАП)⁹.

Туркменистан. Сельские дома здоровья (бывшие ФАП) укомплектованы средним медицинским персоналом¹⁰.

Узбекистан. ПСВ²⁵.

Выездные формы медицинской помощи, мобильные комплексы

Оценка авторами исследования [9] доступности ПМСП для жителей сельских территорий, необходимости и адекватности деятельности выездных форм оказания медицинской помощи позволила сделать вывод, что их использование может повысить доступность ПМСП для сельских жителей и помочь в решении кадровой проблемы в здравоохранении, но развитие выездных форм оказания медицинской помощи отстает от потребностей населения. Перечислим формы организации мобильной медицинской помощи государствах — участниках СНГ.

Азербайджан. В эксперименте (2021г) в Шемахинском районе для обслуживания населения труднодоступных районов с неразвитой инфраструктурой были организованы и приступили к работе 3 мобильные клиники, оснащенные как учреждения ПМСП¹³.

Армения. Более 160 жителей сельских общин Мартунинского района воспользовались услугами мобильной ПМСП. Будет задействована и вторая мобильная бригада. Количество мобильных бригад планируется расширить³⁸.

Беларусь. Выезд бригады специалистов ЦРБ в сельские амбулатории проводится по заранее составленному графику с оповещением населения и с учетом сезонности сельскохозяйственных работ³⁹.

Казахстан. Для повышения доступности медицинской помощи для жителей отдаленных сел в республике функционирует 149 передвижных медицинских комплексов, оснащенных необходимым медицинским оборудованием (аппаратами для рентгеновского, электрокардиографического и ультразвукового исследований и гинекологическим смотровым оборудованием)⁷.

Кыргызстан. Мобильные врачебные бригады выезжают в отдаленные населенные пункты. Министерство здравоохранения для проведения кампаний "наверстывающей иммунизации" использует выездные прививочные бригады и мобильные амбулатории⁸. С 2021г функционируют мобильные клиники⁴⁰.

³⁶ Постановление Правительства Республики Молдова № 1387 от 10.12.2007 "Об утверждении Единой программы обязательного медицинского страхования". Опубликовано 21.12.2007 в Monitorul Oficial Nr. 198-202 статья № 1443. https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=61499 (10.07.2024).

³⁷ Профессиональный стандарт "Семейный врач/врач общей практики". Бишкек; 2023; р. 60. <https://mlsp.gov.kg/wp-content/uploads/2022/08/ps-semejnyj-vrach.pdf> (10.07.2024).

³⁸ Статья от 15 июня 2023 г., агентство "Аравот — Новости Армении". <https://ru.aravot.am/2023/06/15/413040/> (10.07.2024).

³⁹ Официальный портал Президента Республики Беларусь <https://president.gov.by/ru/> (10.07.2024).

⁴⁰ Статья Минздрава о работе мобильной клиники в труднодоступных районах Кыргызстана. 06.02.24 <https://kabar.kg/news/v-minzdrave-rasskazali-o-rabote-mobil-noi-kliniki-v-trudnodostupnykh-raionakh-kyrgyzstana/> (10.07.2024).

Молдова. Начиная с 2018г мобильные бригады врачей-эндокринологов, офтальмологов, неврологов, кардиологов и других специалистов — посещают все сельские населенные пункты страны, чтобы предоставить гражданам бесплатные консультации⁴¹.

Таджикистан. На регулярной основе организованы "караваны здоровья" для приближения специализированной помощи к сельским жителям. Работает несколько мобильных бригад в рамках проектов, поддержанных партнерами по развитию³³.

Туркменистан. В поликлиниках Марыйского велаята организовано несколько мобильных групп, в которые вошли квалифицированные врачи. Эти группы выезжают в райцентры, далее в дехканские объединения, где посещают людей в возрасте 60 лет и старше⁴².

Узбекистан. Выездные специализированные услуги оказываются на уровне районного звена — в поликлиниках и сельских врачебных пунктах силами республиканских специализированных научно-практических медицинских центров, а также клиник медицинских образовательных учреждений²⁰.

Подразделения неотложной, экстренной амбулаторной и скорой помощи

Авторы исследования, проведенного в субъекте Российской Федерации [10], выделяют основные направления совершенствования скорой, в т.ч. скорой специализированной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах и медицинской эвакуации: формирование 3-уровневой системы оказания экстренной медицинской помощи, объединение станций (отделений) скорой медицинской помощи (СМП) и территориальных центров медицины катастроф, организация единой центральной диспетчерской службы СМП, создание стационарных отделений СМП, модернизация медицинских информационных систем службы СМП. Подразделения неотложной, экстренной амбулаторной и скорой помощи в выбранных государствах — участниках СНГ имеют свою специфику.

Азербайджан. Круглосуточная экстренная медицинская помощь при угрожающих здоровью и жизни состояниях осуществляется станциями скорой и неотложной медицинской помощи (самостоятельные ЛПУ) или отделениями при больницах в городах и в районах Азербайджана. При поступлении в больницы происходит сортиров-

ка по тяжести и экстренности⁴³. Служба строится по единой схеме с учетом особенностей данного населенного пункта (географическое положение, плотность, возрастной состав и заболеваемость населения, мощность, уровень специализации и дислокации ЛПУ, состояние транспортных магистралей, средств и др.)³.

Армения. Бригады СМП, в т.ч. специализированной скорой помощи, работают на станциях скорой помощи¹⁵.

Беларусь. СМП делится на экстренную и неотложную с соответствующими порядками ее оказания. На районном уровне помощь оказывают посты СМП сельских участковых больниц и сельских ВА, на межрайонном и городском — отделения СМП ЦРБ, подстанции и станции СМП²⁹.

Казахстан. В рамках повышения эффективности неотложной помощи завершена централизация службы СМП на уровне каждого региона, внедрены новые стандарты оказания СМП, триаж-система в приемных отделениях стационаров, программа обучения по специальности "врач неотложной помощи", активно работает санитарная авиация⁷.

Кыргызстан. СМП оказывается всем гражданам бесплатно, включая предоставление лекарственных средств и медицинских изделий. Центры обработки телефонных звонков работают круглосуточно. Есть два крупных Центра семейной медицины и 128 филиалов, а Центры медицинской помощи общего профиля оказывают неотложную помощь⁸.

Молдова. В каждом районе развернута станция СМП¹⁸.

Таджикистан. Служба СМП работает в каждом районе²⁴. Идет процесс интеграции служб скорой и неотложной помощи в первичном звене здравоохранения⁴⁴.

Туркменистан. СМП оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и иных состояниях, требующих неотложной медицинской помощи; может оказываться в виде скорой специализированной медицинской помощи. Возглавляет службу Центр экстренной медицины при Министерстве здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, есть областные центры и станции СМП³⁴.

Узбекистан. Граждане имеют право на получение неотложной медицинской помощи в любом ЛПУ системы здравоохранения. СМП оказывается

⁴¹ Статья от 02.08.2018. Агентство IPN. <http://www.evedomosti.md/news/mobilnye-brigady-vrachej-posetyat-vse-sela-strany> (10.07.2024).

⁴² Статья от 30.11.2020. Новостной портал turkmen.news. <https://turkmen.news/medical-brigades-check-elderly-turkmen/> (10.07.2024).

⁴³ Статья от 04.10.2022. Агентство Icbari Tibbi Siğorta üzre Dövlət Agentliyi (10.07.2024).

⁴⁴ Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 августа 2023 г. № 125 "О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения". Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 12.09.2023, 8/40377 (10.07.2024).

специальной службой системы здравоохранения, поставлена задача сельские районы также обеспечить круглосуточными мобильными, хорошо оснащенными подстанциям СМП¹¹.

Помощь на дому

В доказательном обзоре [11] представлены данные о том, что посещения на дому значительно повышают социальную связанность пожилых людей (социальную поддержку и социальную вовлеченность) и уменьшают их одиночество и симптомы депрессии. Анализ подгрупп показал, что наблюдение, которое длилось >3-х мес. и проводилось с использованием смешанных платформ, было более эффективным. Как профессиональные, так и волонтерские визиты показали положительные результаты.

Страны СНГ обладают большим опытом организации помощи на дому в различных формах.

Азербайджан. Участковые терапевты и семейные врачи выполняют вызовы на дом³.

Армения. Участковые терапевты и семейные врачи выполняют вызовы на дом¹⁵.

Беларусь. Можно вызвать врача-терапевта на дом. При необходимости осмотра (консультации) врачом-специалистом (хирургом, невропатологом, офтальмологом и др.), лабораторных исследований, лечебных назначений и манипуляций на дому, предварительно следует обратиться к своему участковому врачу-терапевту (педиатру)⁵.

Казахстан. Предусмотрены посещения на дому семейным врачом или участковым терапевтом⁷.

Кыргызстан. Амбулаторные услуги включают посещения на дому²⁸.

Молдова. Понятие "помощь в домашних условиях" в Законе "Об охране здоровья" есть, но понятия "вызов на дом" и обязанности участкового врача посещать прикрепленных жителей — в законе нет¹⁸.

Таджикистан. Вызовы участкового врача на дом²⁴.

Туркменистан. Посещения на дому семейным врачом¹⁰.

Узбекистан. Отменяются вызовы участкового врача на дом, начиная с крупных городов. Создаются call-центры службы СМП с возможностью специальных медицинских консультаций врачами. Вызов могут отправить в поликлинику, тогда на вызов придет врач из поликлиники⁴⁵.

Структуры телемедицины

Телемедицина более подробно будет рассмотрена при обзоре цифровых технологий в ПМСП, но в данной статье представлены отдельные структуры телемедицины в государствах — участниках СНГ.

Азербайджан. Был выполнен пилотный проект "Телемедицина" для проведения дистанционной диагностики новой коронавирусной инфекции (COronaVirus Disease 2019, COVID-19) и других острых респираторных заболеваний в онлайн-режиме посредством специального мобильного приложения⁴⁶. Выполняются отдельные местные проекты с удаленным врачебным консультированием.

Армения. Оказание медицинской помощи, осуществленное организацией, предоставляющей консультацию посредством телемедицины, которая проводится между лечащим врачом, пациентом и врачом, предоставляющим консультацию посредством телемедицины, носит консультативный характер, и ответственность за состояние здоровья пациента несет его лечащий врач, а в случае проведенной посредством телемедицины консультации врача и пациента ответственность за состояние здоровья пациента несет врач, предоставляющий консультацию¹⁵.

Беларусь. Создана единая республиканская система телемедицинского консультирования, которая позволяет всем организациям здравоохранения, нуждающимся в консультировании сложных случаев пациентов, получить консультацию от специалистов вышестоящих организаций, областных или республиканских³⁹. Обмен информацией происходит с помощью телемедицинских историй болезни⁴⁷.

Казахстан. Внедряются дистанционные медицинские услуги — проведен процесс законодательного урегулирования их применения, началось техническое оснащение отделенных населенных пунктов⁷.

Кыргызстан. В 2023г принят первый нормативный акт, регулирующий применение телемедицины в системе здравоохранения, которая применяется для профилактики, диагностики, лечения заболеваний и мониторинга состояния пациентов. Кроме того, установлены требования к информационным системам и документированию данных телемедицинских консультаций⁴⁸.

Молдова. Разрешены медицинские услуги на основе телемедицины³⁶.

Таджикистан. Вся служба ПМСП подключена к телемедицинской системе и ежедневно находится на связи с управлением ПМСП Министерства здра-

⁴⁵ Статья от 17 июня 2022 г., Новостной портал uznews.uz. <https://uznews.uz/posts/56470> (10.07.2024).

⁴⁶ Статья от 27.07.2020, Новостное агентство VESTI.AZ, <https://vesti.az/xeber/eto-interesno/minzdrav-azerbajdzhana-zapustil-novyj-proekt-telemedicina-video-412204> (10.07.2024).

⁴⁷ Об утверждении Положения об особенностях оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28 мая 2021 г. № 65 (10.07.2024).

⁴⁸ Постановление Кабинета Министров Кыргызской Республики "Об утверждении Положения об оказании медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий" от 31 октября 2023 г. № 578. <https://mz.gov.kg/postanovleniya> (10.07.2024).

воохранения и социальной помощи населению. Служба санитарной авиации при Национальном медицинском центре "Шифобахш" связана со всеми регионами через систему телемедицины. Телемедицинская связь активно использовалась во время пандемии для надзора за эпидемиологической ситуацией. Телемедицина используется в пилотных проектах, например, проект Охраны здоровья матери и ребенка и Неотложной помощи, фаза II-IV⁴⁹.

Туркменистан. Используется телемедицина — комплекс организационных, технологических и финансовых мероприятий, проводимых с применением современных компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией между специалистами в целях повышения качества и оперативности консультирования пациентов, диагностики, лечения¹⁰.

Узбекистан. Основным назначением аппаратно-программного комплекса "Телемедицина" является предоставление возможности получения медицинской помощи (консультации, консилиумы, трансляция хирургических операций) с применением дистанционных средств связи, а также автоматизация процессов учета сведений о дистанционных консультациях и консилиумах врачей, о дистанционных трансляциях операций и лекций для врачей и ординаторов⁵⁰.

Процессы

Диспансеризация, скрининги, осмотры

Впервые в 2010г ВОЗ представила Пакет основных мероприятий для ПМСП в отношении НИЗ (PEN)⁵¹ в качестве первоочередного набора экономически эффективных вмешательств, способных обеспечить приемлемое качество помощи даже в условиях очень ограниченных ресурсов. В работе [12] показана эффективность применения этого пакета в Молдавии, в т.ч. для организации регулярных научно-обоснованных обследований населения, включая скрининги.

В экспертном обзоре российских авторов [13] проанализированы современные подходы к организации скринингов и диспансеризации в системе ПМСП в мегаполисах мира и определены современные тренды управления здоровьем городского населения, ориентированные на предикцию и коррекцию детерминантов здоровья, включая социально-экономические и экологические аспек-

ты жизни людей, их повседневные привычки и поведение. Опыт организации диспансеризации, скринингов и осмотров в государствах — участниках СНГ:

Азербайджан. Обязательная ежегодная диспансеризация населения проводится с 2015г, но массовый охват начался с 2019г. Прием специалистами и выполнение исследований по показателям³. Диспансеризация детей также обязательна для постоянно проживающих в Азербайджанской Республике лиц без гражданства и иностранцев⁵². Принят Закон Азербайджанской Республики "Об обязательной диспансеризации детей"⁵³. Он устанавливает организационно-правовые основы защиты и укрепления здоровья детей, а именно ежегодную диспансеризацию — ежегодный профилактический осмотр детей — активное медицинское обследование детей специалистами одной или нескольких квалификаций.

Армения. Обязательная периодическая диспансеризация не проводится¹⁵.

Беларусь. С 1 января 2024г система диспансеризации взрослого населения обновлена и ее цели — медицинская профилактика; пропаганда ЗОЖ; воспитание ответственности граждан за свое здоровье; выявление хронических НИЗ на ранних стадиях⁴⁴. Диспансеризация проводится среди детей до 18 лет, а с 18 лет — в двух группах диспансерного наблюдения: с 18 до 39 лет (1 раз/3 года) и с ≥40 лет (ежегодно), и независимо от наличия и/или отсутствия заболеваний, в т.ч. хронических или затяжных психических расстройств (заболеваний) с тяжелыми, стойкими или частично обостряющимися болезненными проявлениями [14].

Казахстан. Для взрослого населения реализуется скрининговая программа на раннее выявление 8 заболеваний (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, СД, глаукома, рак молочной железы, рак шейки матки, колоректальный рак, вирусные гепатиты). Охват скрининговыми осмотрами в 2023г увеличился по сравнению с 2022г на 19,7% и составил 8,5 млн человек. Для сельского населения расширен скрининг на раннее выявление заболеваний почек, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и рака предстательной железы. В целом профилактическими осмотрами охвачено ~2,6 млн сельских жителей. Также услугами медицинских поездов охвачено >50 тыс. жителей отдаленных сел, что на 58% больше охвата 2022г⁵³.

⁴⁹ Внедрение телемедицины в медицинских учреждениях, новость от 18.12.2020 на сайте Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. <https://moh.tj/ru/vnedrenie-telemeditsiny-v-meditsiskih/> (10.07.2024).

⁵⁰ Проект АПК Телемедицина. <https://uzinfocom.uz/uz/projects/telemeditsina> (10.07.2024).

⁵¹ Пакет предлагаемых ВОЗ основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) для первичной медико-санитарной помощи. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. 2022г (10.07.2024).

⁵² Закон Азербайджанской Республики от 5 марта 2013 г. №591-IVQ "Об обязательной диспансеризации детей". https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=64453#B69R0QXU1 (10.07.2024).

⁵³ Итоги года: повышение качества здравоохранения и строительство новых учреждений. Официальный информационный ресурс Премьер-Министра Республики Казахстан. 20.12.2023. <https://primeminister.kz/ru/news/itogi-goda-povyshenie-kachestva-zdravookhraneniya-i-stroitelstvovnykh-meduchrezhdeniy-26732> (10.07.2024).

Кыргызстан. Организации здравоохранения, оказывающие медико-санитарную помощь, обязаны проводить флюорографическое обследование населения в соответствующие сроки и цитологическое обследование⁵⁴.

Молдова. Среди оцениваемых показателей работы семейного врача 10 относятся к предупреждению, раннему выявлению и наблюдению за сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и СД, остальные отражают раннее выявление рака молочной железы, шейки матки и толстой кишки, ведение больных туберкулезом, антенатальный уход, уход и наблюдение за детьми [1].

Таджикистан. Бесплатно оказывается вся антенатальная помощь, наблюдение за здоровьем детей до 5 лет; иммунизация детей в соответствии с расширенной программой иммунизации и национальным графиком вакцинации; диагностика и лечение ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом, экстренная помощь и помощь при неотложных состояниях, периодические профилактические осмотры школьников. В стране с 2020г повсеместно внедрен визуальный скрининг рака шейки матки с последующим цитологическим и гистологическим подтверждением. Повсеместно проводится диспансеризация для выявления и лечения основных НИЗ³⁰.

Туркменистан. Периодический медицинский осмотр проводится по плану в установленные сроки в целях:

а) динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся;

б) своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний;

в) своевременного выявления ранних признаков воздействия вредных или опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся;

г) выявления групп риска развития профессиональных заболеваний;

д) выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы.

В целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления реабилитации пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, государственными медицинскими учреждениями проводится диспансеризация. Под диспансеризацией понимается комплекс мероприятий и применение необходимых методов обследования, осуществляемых

⁵⁴ Закон Кыргызской Республики от 12 января 2024 г. № 14 "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике". <https://cbd.minjust.gov.kg/45260/edition/1939/ru> (10.07.2024).

врачами различного профиля в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Туркменистана. В установленных случаях прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации являются обязательными¹⁰.

Узбекистан. Узбекистан намерен довести уровень раннего выявления заболеваний до 70%. Ежегодно планируется проводить медицинское обследование 9 млн воспитанников дошкольных учреждений и учащихся средних школ⁵⁵.

Диспансерное наблюдение

Рекомендации по применению принципов непрерывности и координации медицинской помощи представлены на онлайн-платформе ВОЗ в Компендиуме рекомендованных решений с доказанной эффективностью по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения⁵⁶ в следующем перечне подходов:

Планирование долгосрочного ухода:

- оценка социальных детерминант здоровья;
- разработка и поддержание индивидуальных планов помощи (профилактические визиты);
- установление и поддержание долгосрочных взаимоотношений с основными поставщиками медицинских услуг;

- анализ и документирование данных анамнеза и медосмотров, а также событий в периоды между медосмотрами;

- планы скрининга на протяжении жизни;
- планирование специализированной помощи;
- управление уходом за хроническими больными для координации услуг (виртуальные консультации);

- контроль медикаментозного лечения по долгосрочным терапевтическим схемам на предмет осложнений и соблюдения режима лечения.

Планирование направлений:

- планирование продолжительности госпитализаций;

- координация направлений к другим врачам или на стационарное лечение;

- обратные направления к направившему врачу;
- изоляция при необходимости.

Своевременное выявление симптомов и активация системы помощи при неотложных состояниях:

- согласование перевода пациента, в т.ч. с принимающим учреждением;

- процесс обеспечения доступа в круглосуточное отделение неотложной помощи;

⁵⁵ Статья от 09.01.2024, онлайн-издание Kun.uz. <https://kun.uz/ru/news/2024/01/09/uzbekistan-nameren-dovesti-uroven-rannego-vyyavleniya-zabolevaniy-do-70> (10.07.2024).

⁵⁶ Платформа ВОЗ для предоставления и внедрения пакета услуг в целях всеобщего охвата услугами здравоохранения (ПВПУ ВОЗ). Интернет-платформа. <https://uhcc.who.int/uhcpackages/> (10.07.2024).

- диспетчеризация основных услуг СМП;
- использование информации о случае заболевания для раннего выявления состояний, представляющих опасность для общественного здоровья;
- протокол сортировки пациентов по остроте состояния в отделениях неотложной помощи;
- протокол распознавания опасных симптомов при оказании амбулаторной помощи;
- удаленная поддержка по оказанию медицинской помощи на месте происшествия;
- обеспечение транспортных услуг для медицинского обслуживания;
- пользовательский вызов служб неотложной медицинской помощи;
- планирование переводов пациента;
- распространение информации о случае заболевания;
- ведение отчетности по выявленным случаям заболевания.
- поощрение практики ответственного самолечения;
- планирование изменений в поведении;
- создание условий для осуществления помощи;
- планирование самопомощи;
- консультирование постораживающим признакам и тому, когда следует; обращаться за дополнительной помощью;
- поддержка опекунов.

В 2002г ВОЗ опубликовала глобальный доклад "Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий"⁵⁷. В нем предлагался новаторский подход, когда система здравоохранения переходит от "радарного" принципа оказания медицинской помощи пациентам при хронических состояниях (система "видит" пациента только тогда, когда он обращается за помощью, а в остальное время пациент "не находится на экране радара") к принципу постоянного его ведения и взаимодействия с ним — всегда находиться "в поле зрения" системы здравоохранения. Этот доклад прошел почти незамеченным (мало цитируемым), возможно, по трем причинам: 1) в это время в мире больше внимания начало уделяться общественному здравоохранению и вовлечению всего общества в охрану здоровья, а организации оказания собственно медицинской помощи, соответственно, меньше; 2) в то время принципу не было присвоено свое уникальное название — он был "спрятан" за термином "новаторские методы" и 3) отчетность в здравоохранении строилась на статистической единице "случай", и потребовалось бы многое изменить

в учете, планировании, отчетности, оплате и т.д. Именно поэтому в самом докладе предлагались меры по кардинальной перестройке систем здравоохранения на новый принцип построения, учета и работы.

Еще одной причиной "малозаметности" новаторского подхода можно было бы назвать технические сложности того времени для информационного обеспечения непрерывности контакта с пациентом, но эта причина сейчас устраняется в ходе цифровизации здравоохранения, сопряжения цифровых информационных систем государственных секторов и развития межсекторального цифрового профиля человека. ВОЗ, продолжая развивать описанные в 2002г новаторские подходы, с опорой на полученные доказательства их эффективности рекомендует строить ПМСП на основе принципов непрерывности, преемственности и координации.

ЕРБ ВОЗ продвигает подход на основе интеграции специалистов с различными навыками в команду, оказывающую помощь пациентам с хроническими заболеваниями и мультиморбидностью, и с точки зрения улучшения ухода рекомендует 6 инноваций: 1) изменить задачи и роли работников здравоохранения, оказывающих помощь; 2) перевести пациента в другие учреждения, например, в клиники медсестринского ухода; 3) ввести функцию координатора ухода; 4) расширить возможности пациентов и лиц, осуществляющих уход, за счет их новых ролей; 5) ввести специальные профилактические функции в ПМСП; 6) наладить командную работу в многопрофильных командах⁵⁸.

Российские исследователи [15] сравнили международный и отечественный опыт ведения хронических больных в первичном звене здравоохранения для использования при разработке и внедрении национальных программ проактивного диспансерного наблюдения, направленных на повышение уровня здоровья различных групп населения. Опишем ниже организацию диспансерного наблюдения в странах СНГ.

Азербайджан. Каждый гражданин имеет право на получение консультаций, прохождение обследования и нахождение под диспансерным наблюдением в государственных и муниципальных медицинских учреждениях по месту жительства по вопросам планирования семьи, наличия болезней, представляющих опасность для окружающих, медико-биологическим аспектам взаимоотношений семьи и брака, а также с целью предотвращения возможных наследственных болезней³.

⁵⁷ WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01_rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y (10.07.2024).

⁵⁸ How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? POLICY BRIEF 46. WHO Regional Office for Europe. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/358467/Policy-brief-46-1997-8073-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10.07.2024).

Армения. Понятий "диспансерное" или "динамическое наблюдение" в Законе Республики Армения "О медицинской помощи и обслуживании населения" нет¹⁵.

Беларусь. Медицинское (динамическое) наблюдение взрослого населения осуществляется согласно утвержденному перечню заболеваний (состояний), подлежащих медицинскому наблюдению в амбулаторных условиях (взрослое население), в соответствии с клиническими протоколами⁴⁴.

Казахстан. Непрерывно ведется работа по обучению специалистов ПМСП по Программе управления хроническими состояниями, основанной на активном ведении пациентов с хроническими НИЗ: СД, артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью, а также на привитии навыков самоменеджмента. Программа внедрена во всех организациях ПМСП и охватывает >1 млн пациентов, что составляет в среднем 55,3% общего количества пациентов, находящихся под динамическим наблюдением⁵³.

Кыргызстан. Организации здравоохранения, оказывающие ПМСП, обязаны проводить динамическое наблюдение за лицами из группы риска по инфекционным и неинфекционным заболеваниям, а при выявлении признаков заболеваний направлять их на дообследование к соответствующим специалистам²⁸.

Врачи-специалисты привлекаются к проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров⁸.

Молдова. Среди оцениваемых показателей работы семейного врача 10 относятся к предупреждению, раннему выявлению и наблюдению за ССЗ и СД [1].

Таджикистан. Бесплатно проводится диспансерное наблюдение без дополнительных диагностических и лабораторных услуг, системно проводятся меры по снижению рисков, приводящих к развитию НИЗ. Население, освобожденное от выплат, имеет право также и на дополнительные диагностические и лабораторные услуги²⁴.

Туркменистан. Диспансерное наблюдение — динамическое медицинское наблюдение, в т.ч. дистанционное, лиц, больных основными видами НИЗ или имеющих высокий риск их развития, в целях систематического проведения необходимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, предупреждения и своевременного выявления обострений и (или) осложнений, проведение медицинской реабилитации⁵⁹. Граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для общества, имеют право на оказание

⁵⁹ Закон Туркменистана о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, 18 декабря 2021 г. <https://turkmenistan.gov.tm/ru/post/59645/zakon-turkmenistana-o-profilaktike-neinfekcionnyh-zabolevanij-i-borbe-s-nimi> (10.07.2024).

медицинской помощи, медицинской услуги и диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских учреждениях¹⁰.

Узбекистан. Работает система патронажа за состоянием здоровья населения, особенно в сельской местности. Идет процесс восстановления классической формы диспансерного наблюдения не только больных, но и здоровых лиц, с вниманием к НИЗ⁵⁵.

Медицинская первичная, вторичная, третичная профилактика, школы здоровья

Рекомендация ЕРБ ВОЗ:

*"Использовать в ПМСП инструменты выделения групп населения по стратификации риска, чтобы улучшить качество медицинской помощи, улучшить процесс принятия клинических решений, адаптировать предоставление услуг, активно работать с пациентами и выявлять когорты населения, испытывающие неравенство в отношении здоровья. Постепенно переходить к моделям оказания помощи, стратифицированным по риску, в которых многопрофильные бригады ПМСП предоставляют скоординированную помощь, основанную на более широком спектре потребностей людей и определяющих их факторах"*².

Ниже следуют результаты доказательных систематических обзоров по эффективным подходам к медицинской профилактике, выполненные Сотрудничающим центром ВОЗ по методам и инструментам Health Evidence.

"Работники ПМСП играют важную роль в содействии принятию пациентом решения о проведении скрининга по выявлению рака. Мероприятия, оказавшие положительное влияние на участие в скрининге, были преимущественно многокомпонентными и в большинстве своем включали комбинации аудита и обратной связи, напоминания, оценку результатов и улучшение с учетом оценки, а также обучение пациентов по всем программам скрининга" [16].

"Результаты обзора свидетельствуют о том, что некоторые кратковременные вмешательства для повышения физической активности (ФА), проводимые в медицинском учреждении, эффективны для повышения ФА в среднесрочной перспективе. Имеются ограниченные доказательства долгосрочной эффективности таких вмешательств" [17].

"Получены доказательства того, что кратковременные консультации, охватывающие различные вопросы укрепления здоровья, уже после одного сеанса длительностью всего 5 мин могут положительно влиять на многие показатели здоровья" [18].

"Данные с высокой степенью достоверности свидетельствуют о том, что обучение самоконтролю наиболее эффективно в снижении систолического и диастолического артериального давления (АД) у пожилых пациентов с артериальной гипертензией, за которыми следуют аэробные упражнения средней интенсивности. Силовые тренировки средней интенсивности являются наиболее эффективным упражнением для снижения систолического АД" [19].

"В данном систематическом обзоре и мета-анализе распространение информации о риске ССЗ, независимо от метода, снизило общие факторы риска и повысило самооценку риска пациентами. Информирование пациентов о риске ССЗ следует проводить на обычных консультациях" [20].

"Групповые мероприятия по прекращению курения удваивают частоту отказа от курения при 6-месячном наблюдении. Для эффективной помощи при отказе от курения рекомендуется внедрение групповых программ по отказу от курения, которые включают несколько мероприятий" [21].

Покажем опыт стран СНГ по организации медицинской профилактики.

Азербайджан. Каждый гражданин имеет право на получение бесплатных консультаций, проведение обследования и нахождение под диспансерным наблюдением по месту жительства по вопросам планирования семьи, наличия болезней, представляющих опасность для окружающих, медико-биологическим аспектам взаимоотношений семьи и брака, а также с целью предотвращения возможных наследственных болезней в роду³.

Армения. Охват пропаганды ЗОЖ — все население⁵.

Беларусь. Организации здравоохранения в пределах своей компетенции осуществляют медицинскую профилактику путем проведения медицинских осмотров, диспансеризации населения, мероприятий по раннему выявлению и реагированию, формированию ЗОЖ, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в т.ч. по проведению профилактических прививок, других мероприятий по медицинской профилактике. Обязательные и внеочередные медицинские осмотры работающих проводятся государственными организациями здравоохранения⁵.

Казахстан. Используются профилактика и управление заболеваниями на ранних стадиях. Для фокусного воздействия на подростков и молодежь функционирует 166 молодежных центров здоровья, которые оказывают медико-социальную

помощь в области охраны репродуктивного и психического здоровья⁷.

Кыргызстан. Организации здравоохранения, оказывающие ПМСП, обязаны вести пропаганду ЗОЖ и мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию населения с методической поддержкой и при координации Республиканского центра укрепления здоровья и массовой коммуникации²⁸.

Молдова. Профилактические услуги, оказываемые семейным врачом: а) пропаганда ЗОЖ, привитие навыков по предупреждению и борьбе с факторами риска, а также консалтинг по борьбе с наркотиками: обучение родителей основным правилам воспитания ребенка; выявление, мониторинг и устранение факторов риска; б) наблюдение за физическим и психомоторным развитием ребенка; в) вакцинация согласно Национальной программе по иммунизации [1].

Таджикистан. В первичном звене здравоохранения широко продвигается грудное вскармливание, принимаются меры по предотвращению недостаточности питания среди беременных и новорожденных, контролируется здоровье и питание школьников. Иммунизация детей выполняется в соответствии с расширенной программой иммунизации и национальным графиком вакцинации⁹. ПМСП задействована в выполнении национальных программ по ЗОЖ, физической активности, борьбе с ожирением, улучшением программ питания (Таджикистан присоединился ко Всемирному движению за улучшение питания — Scaling Up Nutrition (SUN)).

Туркменистан. Принят в 2021г отдельный закон о профилактике НИЗ⁵⁹. Основными направлениями государственной политики в сфере профилактики НИЗ и борьбы с ними являются поддержание необходимого социального уровня жизнедеятельности больных НИЗ в любом возрасте; осуществление мер по укреплению здоровья, профилактике, раннему выявлению, лечению и непрерывному ведению лиц с высоким риском или вероятностью возникновения НИЗ для профилактики осложнений состояния здоровья, сокращения потребности в стационарном лечении и дорогостоящих высокотехнологичных вмешательствах, а также снижения преждевременной смертности; оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи, в т.ч. медицинской помощи на бесплатной или льготной основе, путем установления и соблюдения государственных стандартов медико-социального обслуживания больных НИЗ.

Узбекистан. Работает система патронажа за состоянием здоровья населения, особенно в сельской местности. Указом Президента о стратификации риска на уровне ПМСП установлено 4 группы

риска на основе диагнозов и поведенческих факторов риска, связанных с НИЗ⁶⁰.

Заключение

Многие элементы из рекомендованных в операционном механизме ПМСП ВОЗ¹ в отношении развития ПМСП реализованы или стоят в повестке дня развития рассмотренных в данной обзорной статье государств — членов СНГ. В то же время понятие ПМСП в законодательстве всех рассмотренных стран отличается от понятия ПМСП в трактовке ВОЗ (но близко соответствует понятию ВОЗ "первичная помощь") и имеет межстрановые различия в том, что именно включается в это понятие и, соответственно, какие структуры и ресурсы образуют подсистему ПМСП. Между странами СНГ наблюдается значимое различие во включении или невключении в ПМСП оказания специализированной помощи в амбулаторных учреждениях. Например, по российскому законодательству ПМСП оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов МО, оказывающих специализированную, в т.ч. высокотехнологичную медицинскую помощь. Объединяет все страны СНГ понимание на государственном уровне приоритетной значимости ПМСП и важности усилий правительств по укреплению первичного звена здравоохранения и его профилактической направленности, а также то, что врачи ПМСП рассматриваются в качестве точки первого контакта населения с системой здравоохранения. Почти во всех рассмотренных странах работает территориально-участковый принцип оказания ПМСП; все страны вновь развивают сельские медицинские пункты (в основном ФАП) в различных форматах; СМП и неотложная помощь сохранены (но в различающихся организационных формах) и укрепляются.

Понимание диспансеризации и диспансерного наблюдения различается по странам СНГ, но во всех рассмотренных подсистемах ПМСП проводятся профилактические осмотры (с разной периодичностью и различными долями охвата населения) и ведется динамическое наблюдение больных с хроническими состояниями.

Отталкиваясь от указанного выше доклада ВОЗ 2002г⁵⁷ и проанализировав последующее развитие идеи перехода от "радарного", связанного с понятием "случай оказания медицинской помощи", к непрерывному ее оказанию и подходу ведения командой специалистов больных хроническими заболеваниями, а также проанализировав опыт государств — участников СНГ — по диспансеризации и диспансерному наблюдению прикре-

пленного к участку населения, предлагаем дать название этому принципу организации ПМСП — принцип "перманентности" и применять его не только при ведении хронических состояний у пациентов, но и по отношению к каждому прикрепленному жителю участка — оказывать ему постоянную помощь в управлении своим здоровьем на протяжении всей жизни. В значительной степени в диспансерном наблюдении этот принцип используется, но диспансерное наблюдение относится лишь к одному из множества организационных процессов ПМСП, а в организации систем здравоохранения всех стран СНГ по-прежнему применяется "радарный" принцип, основанный на понятии "случай" (в управлении, разработке порядков оказания помощи, в учете и отчетности и т.д.). Кроме того, диспансерное наблюдение осуществляет и контролирует врач, а пациент выступает пассивным звеном в этом процессе. Однако при условии применения принципа "перманентности" помощи обе стороны должны стать активными участниками процесса. Страны СНГ частично уже применяют принцип "перманентности" в ПМСП — участковые врачи проводят в зоне обслуживания регулярные профилактические осмотры населения, включая активные приглашения, ведут диспансерное наблюдение больных с хроническими состояниями, выполняют для населения функцию первого контакта с системой здравоохранения и координируют его маршрут к специалистам и при необходимости госпитализации и т.д.

При анализе источников в отношении организационного аспекта ПМСП было отмечено, что многие рекомендованные и реализованные в странах СНГ организационные решения были основаны на применении цифровых технологий, которые также будут играть ключевую роль в применении на практике принципа "перманентности" — без цифровой интегрированной информационной системы здравоохранения его невозможно будет полностью реализовать. Аспект финансирования с характеристиками его принципов, структуры и организации финансирования ПМСП при условии применения принципа "перманентности" должны претерпеть существенные изменения и с большой долей вероятности будет доказана экономическая эффективность таких изменений, как и изменений в структуре, распределении и использовании ресурсов и системы управления ПМСП. Поэтому в следующих обзорных статьях по аспектам ПМСП авторами запланировано изучение воздействия реализации эффективных рекомендаций и лучшего опыта стран (и потенциальные эффекты применения предложенного принципа "перманентности") на улучшение результатов работы подсистемы ПМСП.

⁶⁰ ВОЗ. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Узбекистане: Аргументы в пользу инвестирования. ЕРБ ВОЗ. 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/362355> (10.07.2024).

Литература/References

- Zarbailova NC. Professional standard of general practitioner/family physician in the increasing burden of diseases. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2017;5:29-35. (In Russ.) Зарбаилова Н.К. Профессиональный стандарт врача общей практики/семейного врача в контексте возросшего бремени заболеваний. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2017;5:29-35. EDN: ZUCHZP.
- Starshinin AV, Timofeeva AA. Modern models of polyclinic management: literature review. *Zdorove megalopolisa*. 2023;4(2):101-11. (In Russ.) Старшинин А.В., Тимофеева А.С. Современные модели управления поликлиникой: литературный обзор. *Здоровье мегаполиса*. 2023;4(2):101-11. doi:10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i2;101-111. EDN: GQSYV.
- Brimkulov NN, Sydykova SZ, Zhajloobaeva AT, et al. Family doctors are leaders on the path to better health (for World Family Doctor Day — May 19). *Vestnik Kyrgyzskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii imeni IK Ahunbaeva*. 2018;1:31-6. (In Russ.) Бримкулов Н.Н., Сыдыкова С.Ж., Жайлообаева А.Т. и др. Семейные врачи — лидеры на пути к лучшему здоровью (к Всемирному Дню семейного врача — 19 мая). *Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева*. 2018;1:31-6. doi:10.54890/v1i1.242. EDN: XZNZED.
- Son IM, Men'shikova LI, Krjakova MJU, et al. Brigade form of a labor organization in the medical site as a perspective direction for primary health care improving. *Profilakticheskaya medicina*. 2023;26(11):7-13. (In Russ.) Сон И.М., Меньшикова Л.И., Крякова М.Ю. и др. Бригадная форма организации труда на врачебном участке как перспективное направление совершенствования первичной медико-санитарной помощи. *Профилактическая медицина*. 2023;26(11):7-13. doi:10.17116/profmed2023261117. EDN: FVLZCO.
- Brimkulov NN. Family medicine: the past, the present and the future (on the materials of the 1st Congress of general practitioners and family doctors, Bishkek, Kyrgyzstan, 29-30 October 2015). *Rossijskij semejnyj vrach*. 2015;19(3):33-6. (In Russ.) Бримкулов Н.Н. Семейная медицина: прошлое, настоящее и будущее (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29-30 октября 2015 года). *Российский семейный врач*. 2015;19(3):33-6. EDN: VPMKGZ.
- Shevsky VI, Sheiman IM, Shishkin SV. New models of primary health care: international experience and Russian perspectives. *Socialnye aspekty zdorovya naseleniya*. 2022;68(2):2. (In Russ.) Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2022;68(2):2. doi:10.21045/2071-5021-2021-68-2-2. EDN: QCRAME.
- Merekina MD, Kalininskaya AA, Lazarev AV, et al. Stationary-substituting forms of work as a health preservation reserve. *Menedzher zdavoohraneniya*. 2021;7:57-65. (In Russ.) Мерекина М.Д., Калининская А.А., Лазарев А.В. и др. Стационарозамещающие формы работы как резерв здоровьесбережения. *Менеджер здравоохранения*. 2021;7:57-65. doi:10.21045/1811-0185-2021-7-57-65. EDN: YBGKFA.
- Kalininskaya AA, Bakirova EA, Kizeev MV, et al. Scientific substantiation of proposals for improving medical care for villagers. *Manager Zdavoohraneniya*. 2023;3:13-24. (In Russ.) Калининская А.А., Бакирова Э.А., Кизеев М.В. и др. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи жителям села. *Менеджер здравоохранения*. 2023;3:13-24. doi:10.21045/1811-0185-2023-3-13-24. EDN: NQEJLR.
- Rugol LV, Son IM, Kirillov VI, et al. Organizational technologies that increase the availability of health care for the population. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(2):26-34. (In Russ.) Руголь Л.В., Сон И.М., Кириллов В.И. и др. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения. *Профилактическая медицина*. 2020;23(2):26-34. doi:10.17116/profmed20202302126. EDN: KBCBYF.
- Bagnenko SF, Minnullin IP, Miroshnichenko AG, et al. Directions for improving the organization of emergency medical services, specialized medical care and medical evacuation in subject of Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2019;3:70-4. (In Russ.) Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г. и др. Направления совершенствования организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах и медицинской эвакуации в субъекте Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2019;3:70-4. doi:10.35576/article_5d135f4a728e49.79827942. EDN: EHDKHN.
- Chua CMS, Chua JYX, Shorey S. Effectiveness of home-based interventions in improving loneliness and social connectedness among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2024;28(1):1-10. doi:10.1080/13607863.2023.2237919. EDN: GMSMOU.
- Collins D, Ciobanu A, Curocichin G, et al. Protocol for the evaluation of a pilot implementation of essential interventions for the prevention of cardiovascular diseases in primary healthcare in the Republic of Moldova. *BMJ Open*. 2019;9(7):e025705. doi:10.1136/bmjopen-2018-025705. EDN: ZEJLDZ.
- Gazheva AV, GorbatoV SYu, Kravchuk AA, et al. Review of modern approaches to the organization of medical examinations, screenings in the primary health care system: Expert review. *GBU g. Moskvu "NIIOZMM DZM"*, 2023. p. 168. (In Russ.) Гажева А.В., Горбатов С.Ю., Кравчук А.А. и др. Обзор современных подходов к организации диспансеризации, скринингов в системе первичной медико-санитарной помощи: Экспертный обзор. М.: ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ" организации здравоохранения и медицинскими менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 2023. с. 168. ISBN: 978-5-907547-97-1. EDN: GDZGWJ.
- Sachek MM, Shchavaleva MV, Boldyreva IN. Tools that increase the quality of life of the population. The evolution of medical examination in the healthcare system of the Republic of Belarus. *O'zbekiston harbiy tibbiyoti*, 2024;3:26-32. (In Russ.) Сачек М.М., Щавелева М.В., Болдырева И.Н. Инструменты, повышающие качество жизни населения. Эволюция диспансеризации в системе здравоохранения Республики Беларусь. *O'zbekiston harbiy tibbiyoti*. 2024;3:26-32.
- Starshinin AV, Aksenova EI, Gavrilenko OF, et al. Monitoring of patients with chronic diseases. World experience. М.: ГБУ г. Moskvu "NIIOZMM DZM". 2023. p. 340. (In Russ.) Старшинин А.В., Аксенова Е.И., Гавриленко О.Ф. и др. Наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями. Мировой опыт. М.: ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ". 2023. p. 340. ISBN: 978-5-907547-39-1.
- Verbunt EJ, Newman G, Creagh NS, et al. Primary care practice-based interventions and their effect on participation in population-based cancer screening programs: A systematic narrative review. *Prim Health Care Res Dev*. 2024;25:e12. doi:10.1017/s1463423623000713. EDN: BADECV.
- Green ET, Cox NS, Arden CM, et al. What is the effect of a brief intervention to promote physical activity when delivered in a health care setting? A systematic review. *Health Promot J Austr*. 2023;34(4):809-24. doi:10.1002/hpja.697. EDN: FZGDFM.
- Howarth A, Smith JaG, Perkins-Porras L, et al. Effects of Brief Mindfulness-Based Interventions on Health-Related Outcomes: a Systematic Review. *Mindfulness*. 2019;10(10): 1957-68. doi:10.1007/s12671-019-01163-1. EDN: DPNVNY.
- Li Y, Cao Y, Ding M, et al. Non-pharmacological interventions for older patients with hypertension: A systematic review and network meta-analysis. *Geriatr Nurs*. 2022;47:71-80. doi:10.1016/j.gerinurse.2022.06.015. EDN: NQTPBK.
- Bakhit M, Fien S, Abukmail E, et al. Cardiovascular disease risk communication and prevention: A meta-analysis. *Eur Heart J*. 2024;45(12):998-1013. doi:10.1093/eurheartj/ehae002. EDN: EFAHOJ.
- Martínez Vispo C, López-Durán A, Suárez-Castro D, et al. Remote vs in-person group-based smoking cessation interventions: smokers characteristics and intervention outcomes. *Tob Prev Cessation*. 2023;9:Suppl2. doi:10.18332/tpc/172702. EDN: CVJDOZ.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Шепель Р. Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, в.н.с., руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Короткова А. В. — к.м.н., эксперт группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи, ORCID: 0000-0002-93685357;

Наумова Я. С. — руководитель отдела международных связей и сотрудничества, эксперт группы по организации медицинской помощи отдела организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи, ORCID: 0009-0001-2704-6581;

Ахвердиев Г. О. — директор, ORCID: 0009-0007-7587-5679;

Щербинский А. А. — директор, ORCID: 0009-0008-2387-5666;

Сачек М. М. — д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения, ORCID: 0009-0004-9110-0185;

Кулкаева Г. У. — к.м.н., председатель Правления Национального научного центра развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой Министерства здравоохранения Республики Казахстан, ORCID: 0000-0003-2737-2069;

Бримкулов Н. Н. — д.м.н., профессор кафедры семейной медицины последипломного образования, ORCID: 0000-0002-7821-7133;

Мухсинзода Г. М. — д.м.н., первый зам. Министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ORCID: 0000-0002-7095-792X;

Уразалиева И. Р. — к.м.н., доцент Школы общественного здравоохранения, ORCID: 0000-0003-1281-0935;

Огнева Е. Ю. — к.м.н., зам. руководителя координационного центра, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом медико-социальной экспертизы, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья, ORCID: 0000-0002-9780-2442.