



# ВОЗ

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

---

SCHERFIGSVEJ 8  
DK-2100 COPENHAGEN Ø  
DENMARK  
Тел.: +45 39 17 17 17  
Факс: +45 39 17 18 18  
ТЕЛЕКС: 12000  
E-MAIL: [POSTMASTER@WHO.DK](mailto:POSTMASTER@WHO.DK)  
WEB SITE: [HTTP://WWW.WHO.DK](http://WWW.WHO.DK)

EUR/ICP/DLVR 04 02 02  
НЕОТРЕДАКТИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ  
E69117R

## *ТРЕТЬЕ СОВЕЩАНИЕ В РАМКАХ САНКТ- ПЕТЕРБУРГСКОЙ ИНИЦИАТИВЫ ПО ОБРАЗОВАНИЮ И ОБУЧЕНИЮ ВОПРОСАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ*

Отчет о совещании ВОЗ

Бишкек, Киргизия  
18–20 ноября 1999 г.

## ЗДОРОВЬЕ-21: ЕВРОПЕЙСКАЯ ЗАДАЧА 15

### ИНТЕГРИРОВАННЫЙ СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ\*

К 2010 г. населению Региона должен быть обеспечен лучший доступ к первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на оказание помощи семье и общине, при поддержке гибкой и одновременно стабильной больничной системы.

(\*Принято на сорок восьмой сессии Европейского регионального комитета, Копенгаген, сентябрь 1998 г.)

## РЕЗЮМЕ

Третье совещание сети “Санкт-Петербургской инициативы” проходило 18–20 ноября 1999 г. в Бишкеке (Киргизия). Совещание было организовано совместно Европейским региональным бюро и Министерством здравоохранения Киргизии. Целью совещания было обсуждение диагностических и терапевтических рекомендаций и руководящих принципов общей практики, а также обучение вопросам укрепления здоровья и профилактики болезней. Кроме того, ставилась цель рассмотрения хода работы по внедрению планов и программ образования и просвещения по вопросам практики и обучения в странах-участницах. В работе совещания приняли участие, в общей сложности, 40 представителей из 11 новых независимых государств (ННГ). В ходе обсуждений была подчеркнута важность наличия во всех ННГ на общенациональном уровне профилактических и клиничко-диагностических терапевтических руководств и рекомендаций. Было отмечено, что важным средством для разработки рекомендаций и руководств является международное сотрудничество. На совещании была подчеркнута необходимость разработки комплекта учебных материалов по вопросам укрепления здоровья и профилактики болезней на официальных языках ВОЗ.

---

#### © Всемирная организация здравоохранения – 2000 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык при условии, что при этом будет сделана ссылка на исходный документ (не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях). Что касается использования эмблемы ВОЗ, то разрешение на это должно быть получено от Европейского регионального бюро ВОЗ. Любой перевод должен включать следующие слова: *Переводчик настоящего документа несет ответственность за точность перевода*. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные авторами в данном документе, несут сами авторы.



## СОДЕРЖАНИЕ

*Стр.*

Введение .....	1
Разработка клинических руководств .....	1
Обучение по укреплению здоровья и профилактике болезней в области общей практики/семейной медицины .....	6
Отчеты по странам .....	13
Выводы и рекомендации.....	17
Приложение 1. Рабочая документация и основные справочно-информационные материалы.....	18
Приложение 2. Список участников .....	19

## Введение

Третье совещание в рамках Санкт-Петербургской инициативы по образованию и обучению по вопросам общей практики/семейной медицины проходило 18–20 ноября 1999 г. в Бишкеке (Киргизия). Совещание было организовано совместно Европейским региональным бюро и Министерством здравоохранения Киргизии. Среди 40 участников совещания были представители 11 новых независимых государств (ННГ), специалисты в области медицинского образования, управления здравоохранением и обучения общепрактикующих врачей/семейных врачей (Приложение 2). Свои доклады/отчеты на совещании представили эксперты из стран, где система оказания первичной медико-санитарной помощи на базе общей/семейной практики<sup>1</sup> хорошо развита.

Д-р Mårten Kvist, технический советник отделения первичной медико-санитарной помощи (Европейское региональное бюро ВОЗ), приветствовал участников совещания от имени Регионального директора ВОЗ и перечислил вопросы, которые были рассмотрены на предыдущих совещаниях. Заместитель министра здравоохранения д-р Г.К. Алиев приветствовал участников от имени Министра здравоохранения Киргизии.

Профессор Ольга Кузнецова (Российская Федерация) была избрана Председателем, а профессор Сергей Денисов (Беларусь) Составителем отчета.

В соответствии с соглашением, достигнутым на втором совещании во Львове в 1998 г., целью этого совещания было обсуждение нижеследующих тем:

1. Разработка клинических руководств и рекомендаций (стандарты, протоколы) диагностики и лечения основных заболеваний в рамках семейной практики.
2. Обучение вопросам укрепления здоровья и профилактики в рамках семейной практики.
3. Обзор процесса развития семейной практики в ННГ.

На основе докладов, отчетов, обсуждений было отмечено, что некоторый прогресс в деле развития семейной практики достигнут во всех ННГ. Созданы новые кафедры и центры семейной практики, а также медицинские школы почти во всех странах-участницах (кроме Азербайджана), и во многих городах и сельской местности созданы и функционируют центры семейной практики.

Проблемы диагностических и терапевтических руководств и руководящих принципов по общей практике, а также обучения вопросам укрепления здоровья и профилактики болезней в рамках общей практики обсуждались в двух рабочих группах под руководством д-ра Самвела Ованесяна (группа 1) и д-ра Назарали Усубалиева (группа 2).

## Разработка клинических руководств

Г-жа Juliet Miller, координатор Шотландской межуниверситетской сети по подготовке руководства в области диагностики и лечения (SIGN), Соединенное

---

<sup>1</sup> В данном отчете термин “семейная практика” применяется попеременно с термином “общая практика”.

Королевство, осветила в своем выступлении вопросы подготовки документации (стандарты), начиная с определения цели и задач и принятия окончательных решений.

Сеть SIGN была создана в 1993 г. на базе Королевской академии колледжей и факультетов Шотландии для целей спонсорства и поддержки деятельности в области разработки руководств по клинической диагностике на основе подтвержденных фактических данных для национальной службы здравоохранения (NHS) в Шотландии. На сегодняшний день SIGN опубликовано 40 руководств и еще 20 тем находятся в процессе разработки.

Клиническое практическое руководство было определено как “систематически обновляемые материалы в помощь врачу и пациентам в целях подбора нужного лечения в различных клинических ситуациях” (Field & Lohr, 1990 г.). Они изданы для того, чтобы помочь врачу выявить, оценить и применить наилучший вариант лечения на основании описания множества случаев и мнений из лечебной практики. Клиническое руководство не является поваренной книгой или учебником, а служит пособием для принятия клинических решений и планирования. В тех случаях, когда существует несколько вариантов лечения и каждый из них может по-разному отразиться на здоровье пациента, а также богатый исследовательский опыт эффективного лечения, руководство может помочь врачам и другим медработникам принять нужное решение по надлежащему и эффективному лечению пациентов.

Исследования показали, что клиническое практическое руководство может быть эффективным средством реформирования здравоохранения и улучшения результатов лечения. Однако руководство различается в рамках достижения в зависимости от степени достижения с его помощью результатов в области здравоохранения. Эта презентация заостряет внимание на тех аспектах процесса разработки руководства, которые влияют на достоверность и приемлемость руководящих принципов и рекомендаций (руководства), и в ней предлагается обсудить методологию развития, которую сеть SIGN разработала с тем, чтобы охватить эти области. Ключевые элементы методологии заключаются в том, что:

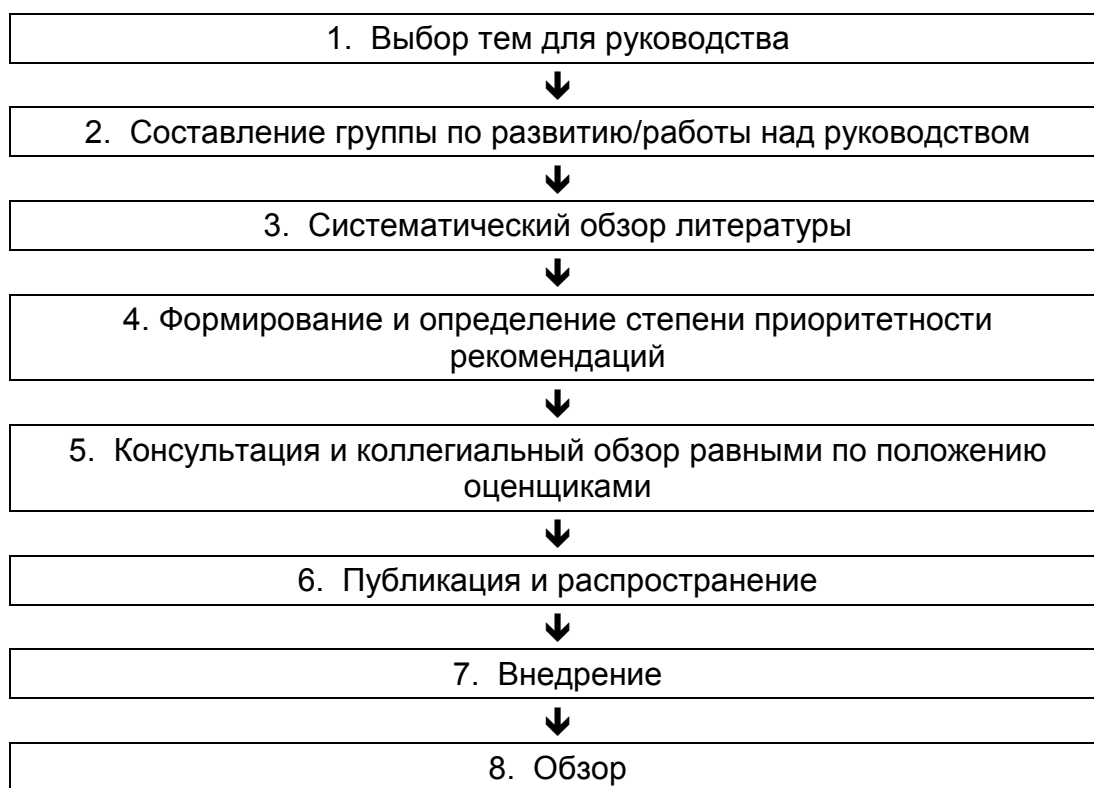
- руководство было разработано многодисциплинарными специалистами из различных стран;
- предлагается систематический и критический обзор научной литературы;
- рекомендации дифференцируются в зависимости от степени убедительности и доказательности подтверждающих фактических данных.

Обзор процесса работы над руководством SIGN представлен на рис. 1.

### **Выбор тем для руководства**

Опыт SIGN и других издательств руководств показывал, что подбор тем имеет решающее значение. Выбор тем для включения в основную программу издания SIGN произведен с учетом таких факторов, как тяжесть заболевания, различные возможности лечения той или иной болезни на практике, потенциальные возможности улучшения результатов лечения. К этому можно добавить необходимость хорошего примера из практики лечения, на основании которого можно сделать рекомендации.

Рисунок 1. Обзор процесса работы над руководством SIGN.



### ***Состав рабочей группы руководства***

Процесс составления руководств должен включать в себя участие представителей всех ключевых групп и дисциплин, включая соответствующие группы врачей, пациентов и других работников здравоохранения. Руководства и рекомендации не должны разрабатываться теоретическими работниками и клиницистами старшего звена, оторванными от давления и стрессов повседневной реальности, а людьми, хорошо знакомыми с практикой. “Только тогда руководство будет бесценной моделью, когда оно точно отражает рутинный рабочий процесс большинства врачей” (Farmer, 1993 г.). Очень важно, чтобы в составлении руководства участвовали представители различных медицинских профессий для того, чтобы:

- весь соответствующий научный опыт был верно и критично оценен;
- практические проблемы использования руководства были четко определены и адресованы;
- поддерживающие группы видели дееспособность, полезность издания руководства и хотели бы сотрудничать по внедрению/претворению.

### ***Систематический обзор литературы***

Руководства, которые были составлены на базе консенсуса мнения экспертов или на основе несистематического обзора литературы, подверглись критике как не отражающие современные медицинские знания и склонные к тенденциозности. Поэтому руководство должно базироваться на систематическом обзоре лечебной практики, т.е. литература

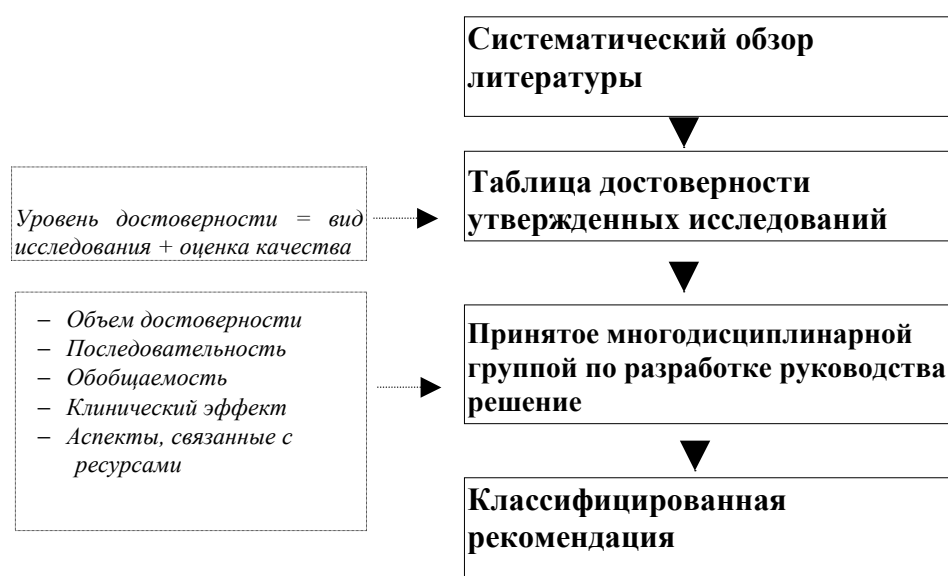
должна быть отобрана в соответствии со стратегическим направлением поиска; определёнными критериями включения и исключения и оцениваться согласно существующим методологическим стандартам. Методологическая оценка каждого исследования, включенного в доказательную основу руководства, базируется на таких аспектах плана исследования, которые имеют решающее влияние для достижения обоснованных результатов. Результат этой оценки повлияет на уровень фактической обоснованности документа, что, в свою очередь, скажется на качестве поддерживаемой ими рекомендации (см. ниже).

### **Формирование и классификация рекомендаций**

Процесс подбора, подытоживания материала на основе достоверности для включения в рекомендации руководства включает в себя (объективно) оценку изучения случаев и её качество (как описано выше, через систематический обзор литературы) и (возможно, более субъективно) суждение о большей или меньшей последовательности, клиническом соответствии и ценности/применимости фактических данных. После этого проводится классификация руководящих принципов и рекомендаций, в зависимости от степени и уровней достоверности и подтвержденности фактическими данными. Этот процесс отображен на рис. 2.

Нужно подчеркнуть, что классификация связана не с важностью рекомендаций, а с силой приводимых доказательств и фактических данных и, в частности, с предсказывающей и прогнозирующей способностью и особенностями исследования, особенно, на весомость/авторитетность описанных случаев из достоверных источников, из которого были взяты эти данные. Таким образом, классификация указывает читателям руководства на вероятность достижения прогнозируемого результата в случае выполнения рекомендации.

Рисунок 2. Составление и классификация рекомендаций.



### **Консультация и коллегиальная оценка равными по уровню специалистами**

SIGN проводит открытое обсуждение на уровне страны для обсуждения проектов рекомендаций при составлении каждого руководства. Они проводятся в то время, когда

руководство находится еще в процессе разработки, и даёт группе по разработке руководства возможность представить свои предварительные выводы и проект рекомендаций более широкому кругу лиц. Преимущества такого открытого обсуждения имеют две стороны:

- рабочая группа получает ценную информацию и предложения для дополнительных примеров, которые они могут рассмотреть в очередном издании, либо практические советы по претворению, внедрению руководства.
- участники получают возможность внести свой вклад и повлиять на выпуск окончательного руководства, создав ощущение сопричастности и расширив границы участвующих в издании руководства как географически, так и дисциплинарно.

руководство также должно обсуждаться независимыми экспертами до опубликования для обеспечения соответствующей полноты охвата, аккуратности и верности перевода/передачи существа вопросов, и достоверности описываемых случаев, на базе которых делаются рекомендации.

### **Публикация и распространение**

Распространение печатной продукции в чистом виде оказалось неэффективным для достижения желаемых изменений на практике: руководство окажется более эффективным, если оно распространяется активным преподавательским составом и внедряется путем напоминаний – с привязкой к конкретным пациентам – и в непосредственной связи с профессиональной деятельностью (см. ниже). Однако руководство должно распространяться среди как можно более широкой аудитории, с тем чтобы оно в последующем нашло своё применение в практике. Руководства сети SIGN распространяются несколькими путями: в дополнение к печатному изданию руководства издается “Краткое руководство” с ключевыми рекомендациями, а ключевые сообщения для различных групп, включая врачей первичной медико-санитарной помощи и пациентов, распространяются всеми возможными видами средств коммуникаций. Все руководства сети SIGN можно получить бесплатно на странице: [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk).

### **Применение/внедрение**

Внедрение – это, пожалуй, самый важный, но наименее понимаемый элемент процесса издания руководства. Исследования показали, что одиночное внедрение неэффективно – нужны активные, нацеленные, многосторонние стратегические действия. Поддержка по выпуску руководства в области первичной медико-санитарной подготовки в Шотландии оказывается Королевским колледжем по подготовке врачей общей практики, который имеет новаторскую программу интегрированных проектов с акцентом на выявление и преодоление возможных препятствий и средств для претворения, базируясь на следующих принципах:

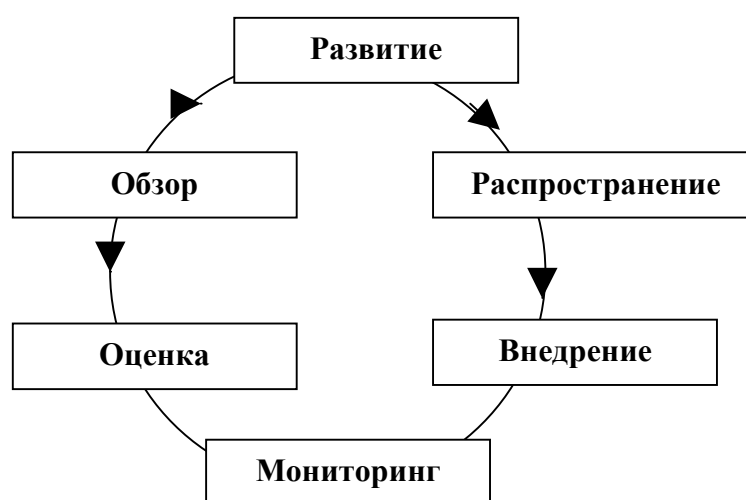
- предложение разнообразных инициатив/методов обучения;
- обеспечение надлежащего формата информации;
- использование национальных инициатив/методов для их продвижения и популяризации;
- поощрение многодисциплинарного сотрудничества в работе по внедрению, применению руководства.



### **Запланированный обзор**

В руководстве должна быть проставлена дата, когда будет проведён следующий обзор и опубликованы результаты проведенных исследований/опытов на основе последних публикаций. Обратите внимание на то, что руководство может служить стимулом для исследовательской работы: важным дополнительным вкладом руководства является также развитие процесса обзора имеющихся недостатков/упущений в базе данных случаев. Таким образом, развитие руководства, его применение и обзор не должны быть “линейным” процессом, как было показано на рис. 1, а круговым процессом взаимозависимых действий, которые должны совместно работать на повышение стандартов и качества служб лечения и ухода, как это проиллюстрировано на рис. 3.

Рисунок 3. Круговой цикл работы с руководствами.



### **Обучение по укреплению здоровья и профилактике болезней в области общей практики/семейной медицины**

Д-р Peter Макага, технический советник Европейского регионального бюро ВОЗ по политике в области развития здравоохранения в странах, представил в своем выступлении тематику укрепления здоровья и профилактики болезней в общей практике. Вначале он сослался на Оттавскую хартию, в которой были отмечены как положительные результаты, так и позитивные изменения в области укрепления здоровья. Согласно Оттавской Хартии: “укрепление здоровья – это процесс, позволяющий людям осуществлять контроль за основными факторами, определяющими их здоровье, и таким образом улучшить его”.

Укрепление здоровья представлено как процесс, указывая, что это средство, а не самодовлеющий конечный результат, показатель. Укрепление здоровья – это деятельность, направленная на то, чтобы люди были способны осуществлять действия. Итак, укрепление здоровья – это не то, что может быть произведено над или по отношению к людям, но то что можно сделать только совместно с людьми – как индивидуально, так и в группах. Активное участие и партнёрство очень важно в процессе укрепления здоровья.

Целью этой деятельности является усиление навыков и умений людей предпринимать действия, и способность групп или общественных формирований (общин, населения) действовать коллективно для осуществления контроля за основными факторами, определяющими здоровье. Следовательно, полномочия отдельных людей и общественных формирований являются ценными результатами.

Чтобы определить основные определяющие здоровье факторы, нужны действия, направленные на укрепление здоровья, включающие как более пристальное внимание и контроль своего здоровья отдельными людьми (включая поведение, привычки людей), так и – на более широком уровне – социальные, экономические и экологические условия. Таким образом, действия, которые поддерживают здоровый образ жизни и создают атмосферу, способствующую здоровой окружающей среде, также являются ценными составляющими и исходными для укрепления здоровья.

Плохое определение и измерение предполагаемых результатов деятельности по укреплению здоровья давно считается камнем преткновения на пути к прогрессу. Лучшее определение предполагаемых результатов предопределяет более подходящие и убеждающие оценки действий и программ по укреплению здоровья, а лучшая пропаганда способствует тому, чтобы укреплению здоровья сопутствовал “успех”.

### ***Конечные результаты здоровья и определения “успеха” в укреплении здоровья***

Во многих странах в настоящее время значительное внимание уделяется конечным результатам в отношении здоровья. Результат здоровья может быть в таких случаях определен как изменение здоровья одного человека или группы людей, которое является результатом одного или серии вмешательств.

Движущей силой, которая стоит за уделяемым результатам (или конечным) показателям здоровья вниманием, является необходимость улучшить эффективность и действенность инвестиций, делаемых как людьми, так и их правительствами, особенно в сфере услуг здравоохранения – так, чтобы акцент делался не на то, что сделано, а на то, что этим достигнуто. Много спорят о том, что концентрация внимания на результатах, конечных показателях (нежели на отражении вклада в форме медицинских процедур/количестве больничных коек и т.д.) обеспечивает более рациональный путь решения вопроса о том, какие виды вмешательства принесут наибольшую пользу здравоохранению применительно к той или иной конкретной инвестиции.

Укрепление здоровья будет благоприятно развиваться в атмосфере, когда потенциально существенные здравоохранительные задачи будут достигаться сравнительно малыми вложениями в другие формы служб здравоохранения. Однако эти довольно сложные и отдаленные отношения между типичными действиями по укреплению здоровья и результатами, выраженные в рамках изменения в физическом состоянии или состоянии болезни, усугубляемые нехваткой фактических данных и достоверности по отношению к основным действиям системы здравоохранения, затрудняют, собственно, достижение возможного, казалось бы, прогресса. Кроме того, результаты здравоохранения, которые в основном выражены в рамках физического состояния или состояния болезни, не обязательно представляют собой ценные показатели по укреплению здоровья. Модель конечных результатов укрепления здоровья показана на рис. 4.

Рисунок 4. Модель конечных результатов укрепления здоровья.



### ***Здравоохранительные и социальные результаты***

В Оттавской хартии здоровье определено как источник/ресурс жизни, а не цель существования. Социальные результаты отражают это функциональное определение здоровья и в его модели выступают на вершине иерархии как конечный пункт здоровья и медицинских вмешательств. Таким образом, такие результаты, как качество жизни, функциональная независимость и содействие, имеют наивысшую ценность в этой модели. В связи с этим, хоть и не единственный влияющий фактор, результаты здоровья более узко определены в аспекте опыта болезни, физическом и ментальном статусе здоровья.

### ***Промежуточные результаты здравоохранения***

Промежуточные результаты здравоохранения представляют собой решающие факторы и социальные последствия здравоохранения. Укрепление здоровья направлено на повышение контроля людей за такими детерминантами. Поведение человека, которое направлено на профилактику болезней или защиту от травм (в случаях физической деятельности), либо – наоборот – провоцирующее риск заболеваний (как, например, курение), отражено в задаче, которая называется “здоровый образ жизни”. Физическая среда может ограничить доступ к службам здравоохранения или представить прямую угрозу физической безопасности людей, тогда как экономические и социальные условия

могут ограничить активное участие людей в жизни общества. Эти детерминанты представлены в задаче по здоровой окружающей среде. Эта среда может напрямую влиять на здравоохранение и социальные результаты, а также косвенно оказывать влияние на образ жизни людей – как здоровый, так и нездоровый (например, посредством ограничения доступа к центрам физической культуры). Доступ и соответствующее использование служб здравоохранения признаны важными детерминантами состояния здоровья и представлены как эффективные службы здравоохранения.

### **Результаты укрепления здоровья**

Результаты укрепления здоровья отражают сочетание личностных, социальных факторов и факторов окружающей среды, которые являются средствами улучшения контроля людей и изменения таким образом определяющих факторов здоровья (промежуточные результаты здравоохранения). Они также представляют более быстрые результаты планируемых действий по укреплению здоровья.

Познавательные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность людей получить доступ, понять и использовать информацию таким образом, чтобы укрепить и приобрести хорошее здоровье, обобщены как модель грамотности в вопросах здравоохранения. Примерами укрепления здоровья могут служить, в частности, улучшение знаний по вопросам здравоохранения, мотивация к ведению здорового образа жизни, умение ориентироваться в службах здравоохранения и знать, куда и к кому обратиться и что и как делать для доступа к службам охраны здоровья и другим вспомогательным службам, в случае необходимости. Кроме того, как и грамотность вообще, грамотность в вопросах здравоохранения означает больше, чем способность прочесть брошюру, проспекты или инструкции или назначить время для посещения врача. Более того, как и грамотность вообще, “медико-санитарная” грамотность даёт людям необходимые навыки и уверенность (самоэффективность) для участия в повседневной жизнедеятельности, включая политический процесс (таким образом, грамотность в вопросах здравоохранения отражает более широкий спектр функций).

Социальная мобилизация включает организованные усилия, направленные на укрепление действий и контроль социальных групп над основными факторами/детерминантами здоровья. Это включает в себя мобилизацию людских и материальных ресурсов в социальных действиях, направленных на преодоление структурных барьеров, усиление социальной поддержки, и консолидацию социальных норм, способствующих обеспечению здоровья. Примеры же результатов могут колебаться от улучшения социальных взаимосвязей и социальной поддержки до улучшения компетентности общины и усиления правомочий и возможностей общины.

Здоровая окружающая среда в большой степени определяется здоровой общественной политикой и организационной практикой. Политически выработанное законодательство, финансирование, регулирование и стимул значительно влияют на организационную практику. Таким образом, примерами могут служить изменения здоровья и социальная политика, направленная на улучшение доступа к службам, социальным благам и услугам, соответствующим жилищным условиям, и изменения организационной практики, которые должны создать лучшую среду, атмосферу для поддержки здоровья.

## **Действия по укреплению здоровья**

Образование состоит в основном из создания возможности для обучения, которое направлено на улучшение грамотности в области личной гигиены, а также способности людей и общин действовать в целях укрепления здоровья и профилактики болезней. Содействие – это совместная деятельность отдельных людей и социальных групп для мобилизации социальных и материальных ресурсов для здравоохранения. Защита, пропаганда и продвижение – это действия от лица отдельных лиц и/или общин, коммун, населения по преодолению структурных барьеров для достижения здоровья.

Такой подход может быть использован не только для иллюстрации связей между различными уровнями результатов, но и внутри этих уровней. Например, среди промежуточных результатов, действия по созданию здоровой окружающей среды могут быть как прямым показателем социальной политики здравоохранения (например, путем создания надежной рабочей и жилищной атмосферы либо повышения справедливости и равенства доступа к ресурсам), так и способом отдельно влиять и способствовать здоровому образу жизни, например, путем улучшения доступа к здоровой пище или затрудняя доступ к табачным изделиям.

Различные уровни результата регистрируются в различные временные отрезки, в зависимости от природы вмешательства и характера решаемой социальной или связанной со здравоохранением проблемы.

## **Укрепление здоровья и первичная медико-санитарная помощь**

Ответственность за укрепление здоровья распределена между отдельными людьми, группами населения, профессиями, связанными со здравоохранением, социальными институтами и правительственными учреждениями. Укрепление здоровья содействует личностному и социальному развитию через комплекс мер, среди которых образование в области здравоохранения играет жизненно важную роль.

В рамках работы по укреплению здоровья центральное место должна занимать цель по формированию у населения компетентности в области здоровья. Для этого требуются программы, чтобы предоставить людям реальные правомочия, повысить их самооценку и помочь им развивать и наиболее широко использовать свои физические, психические и эмоциональные способности. Этого можно достигнуть путем усиления процессов принятия решений, межличностных отношений, стратегического подхода к решению проблем и подсказывая людям варианты и возможности, позволяющие осуществлять и улучшать контроль за своей жизнью.

Укрепление здоровья должно стимулировать экономические, социальные и личностные преимущества здорового образа жизни. Оно должно способствовать положительному подходу к вопросам взаимосвязи между здравоохранением и окружающей средой, экологией и устойчивым развитием. Это означает, что укрепление здоровья является ключевым компонентом стратегии ЗДОРОВЬЕ-21, основным элементом которой должно стать образование в области здравоохранения. Образование должно быть связано с другими усилиями по убеждению людей вести здоровый образ жизни. Например, вклад в здравоохранение будет существенно усилен, если он будет связан с ценовой политикой и налогообложением на табачные изделия, алкоголь и продукты питания. Образование в области здравоохранения может также способствовать ориентации на здоровый образ жизни. В “школах укрепления здоровья” должно быть

введено обучение здоровому образу жизни, укреплению здоровья, должны быть составлены программы, в которых бы обсуждались все аспекты здравоохранения. Кроме того, должна оказываться поддержка взрослому населению, чтобы оно стало более эффективным поборником оздоровления окружающей среды, связывая здоровье и экологические аспекты.

Опыт показывает, что институты по укреплению здоровья на национальном и федеральном уровнях должны иметь более весомый мандат и более высокий уровень автономии. Тогда они смогут обеспечить руководство по развитию и мобилизации поддержки на уровне общины, а также обеспечить техническую и материальную помощь, укрепляя исследовательскую работу и распространяя новые знания. Эти институты должны также развивать образовательные курсы и разрабатывать учебные материалы по всем дисциплинам и охватывая все профессиональные группы. Учебные программы по укреплению здоровья должны быть содержательны и способствовать повышению и распространению компетентности.

Стратегии образования в области здравоохранения должны представлять собой соединение централизованных и децентрализованных действий, которые будут рассматривать каждую группу в обществе как объект для образования и вложения средств. Например, школьное и дошкольное образование в области здравоохранения, укрепления здоровья на рабочем месте и взрослое обучение может внести свой вклад в программы физической подготовки населения. Группы взаимопомощи, проявляющие заботу о людях с различными видами нетрудоспособности или хронических болезней, а также о тех, кто желает бросить курить, пить или сбросить избыточный вес, активно ведут просветительную здравоохранительную работу во многих странах. Коммерческие организации – такие, например, как поставщики и производители продуктов питания, – начинают брать на себя функции по медико-санитарному просвещению через плакаты и лозунги о здоровом образе жизни как на рабочем месте, так и в местах продажи своей продукции. Важной частью стратегии является завоевание доверия у потенциальных партнеров, работающих за пределами сектора здравоохранения, и время для оказания им помощи по достижению их собственных целей, пропагандируя здоровый образ жизни и здоровые товары. Большой упор должен быть сделан на обеспечение политической, технической и финансовой поддержки и повышение осознания, что возможности укрепления здоровья значительно расширятся, если к этому делу привлекать группы вне сектора здравоохранения.

Службы здравоохранения должны играть более существенную роль в укреплении здоровья и предотвращении болезней, обеспечивая обучение в области здравоохранения. В первичной медико-санитарной подготовке понадобятся более современные подходы к организации ухода, вознаграждения/оплаты и управления персоналом. Базовое и специальное обучение врачей, медсестер и других профессиональных работников здравоохранения должно осуществляться с уделением большого внимания вопросам укрепления здоровья. Это означает не только включение нового предмета, который должен отражать социальные, экономические и психологические факторы, связанные с выбором соответствующего образа жизни, но и использование различных методов преподавания и обучения.

### **Пять основных проблемных областей**

1. *Работники здравоохранения не обладают достаточно подробным набором знаний по вопросам укрепления здоровья.* В процессе работы мы убедились, что врачи в особенности очень плохо информированы о концепции укрепления здоровья. Большинство их советов основывается на довольно нечетких и неопределенных обобщениях. Их способы помощи людям, кто обращается к ним за консультацией, зачастую основаны на знаниях, которые едва ли лучше или глубже, чем имеющиеся у среднего читателя воскресной газеты. Нам думается, что это происходит из-за низкого уровня преподавания профилактических дисциплин и низкого статуса таких предметов как на уровне дипломного, так и последипломного образования.
2. *Ещё очень много предстоит сделать по развитию совместного подхода к работе в области первичной медико-санитарной подготовки.* И вновь наши исследования показали, что такое понятие, как интегрированная совместная работа в составе групп по достижению общих целей, еще далеко не внедрена. Слишком часто существующие группы – это “сборная солянка” представителей различных отдаленных друг от друга специальностей, которых не связывает ни общность ценностей, ни совместные цели или статус. Особенно нас удивило то, что во многих случаях различные члены “команд” имели весьма скудные познания о навыках, способностях, уровне или системах ценностей других членов группы.
3. *Не налажено делопроизводство, и оно не способствует распространению профилактической деятельности.* Многие недавние обзоры показали, что отсутствует организация, и делопроизводство по первичной медико-санитарной подготовке находится в плачевном состоянии. Нам кажется, что удовлетворительная работа по профилактике здравоохранения не может проводиться без того, чтобы уделялось большее внимание делопроизводству и базовому административному и общему управлению в области первичной медико-санитарной подготовки.
4. *Между лучшим опытом работы в области первичной медико-санитарной подготовки и худшим – огромная пропасть.* Группам, которые занимались разработкой учебных материалов, пришлось столкнуться с огромной разницей в опыте работы по первичной медико-санитарной подготовке: в лучших случаях были взяты на вооружение передовые концепции профилактической работы, медицины, ориентированной на пациента и работы многопрофессиональных групп, тогда как в худших случаях имели место косная ориентированность только на самих себя, сопротивление каким-либо переменам либо вообще недопущение перемен. Уровень этих разногласий и насколько общая картина становится лучше или хуже – предмет, который нужно выносить на обсуждение.
5. *Работники здравоохранения нуждаются в помощи по развитию навыков общения, ведения диалога и вынесения оценки.* Хотя эти навыки и считаются основными “орудиями” труда в профессии, потребители постоянно жалуются на отсутствие у работников здравоохранения сколько-нибудь эффективных навыков общения или даже умения установить и поддерживать удовлетворительные отношения с пациентами.

## **Отчеты по странам**

В ходе пленарных заседаний участники совещания представили краткие отчеты о развитии общей/семейной практики и обучении общепрактикующих врачей в ННГ.

### **Армения**

Реформа здравоохранения в Армении была начата в 1997 г. Разработанная первоначально стратегия была затем включена в проект Всемирного банка. В Ереванском государственном медицинском университете была создана кафедра семейной практики. Хотя учебная программа для планов все еще находится в процессе подготовки, в 1999 г. была принята учебная программа по специальному обучению вопросам общей практики, рассчитанная на три года. Данным видом обучения было охвачено 12 врачей. В Национальном институте здравоохранения 27 врачей приступили к годичному последиplomного “блочному” обучению с охватом ряда специальностей. К числу некоторых новшеств относятся новые методы обучения. Обучение в составе небольшой группы, имитация пациентов, обучение на базе проблем и лаборатория навыков – вот некоторые из “нововведений”. В трех училищах по сестринскому делу планируется также последиplomное обучение медсестер, специализирующихся по вопросам ухода и помощи в рамках охраны здоровья семьи. Сразу же после завершения обучения были предложены 4–6-месячные курсы обучения.

Система оплаты труда общепрактикующих врачей (ОПВ) была преобразована в систему, основывающуюся на подушной оплате, в 1997 г. Начиная с 2000 г. вводится система перекредитации врачей.

### **Азербайджан**

В Азербайджане имеется два медицинских училища и три училища по подготовке медсестер. Государственный университет отвечает за подготовку на уровне ВУЗовского образования, и Институт повышения квалификации – за специальную подготовку по различным дисциплинам. На четвертом году обучения студенты проходят подготовку по проблемам лечения от туберкулеза, малярии, полиомиелита, а также безопасного материнства и проблем детского возраста, которые ставятся ВОЗ и учитываются и утверждаются Министерством здравоохранения. В настоящее время имеется три отдельных курса по педиатрии и медицине. Для проходящих специализацию по педиатрии предусмотрена более комплексная учебная программа, чем для лиц со специализацией по медицине. В 1998 г. была учреждена государственная комиссия по реформе здравоохранения. До настоящего времени отсутствует кафедра по общей практике/семейной медицине, и не осуществляется последиplomная подготовка по этой дисциплине.

### **Беларусь**

Подготовительную стадию по выполнению программы в области семейной практики в Беларуси предполагалось завершить в 1999 г. Средства и возможности (кафедра, учебные планы и программы) для подготовки общепрактикующих врачей были предоставлены в Институте повышения квалификации дипломированных специалистов. Тринадцать обучающихся проходили трехнедельную подготовку в 1999 г. в Нидерландах. В общей сложности, создано 88 сельских семейных практик (с 94 общепрактикующими врачами). В сельских районах Минской области были созданы 10 опытно-экспериментальных пунктов (с 13 ОПВ). Эти пункты были надлежащим образом оснащены и оборудованы. Начиная с января 1999 г. в рамках семейной практики



проводится компьютеризованная регистрация пациентов. Помощь извне была получена по каналам партнерства с Утрехтским институтом NIVEL (сотрудничающий центр ВОЗ, Нидерланды).

### **Грузия**

Обучение общепрактикующих врачей в Грузии было начато в 1997 г. Недавно в Тбилиси был создан факультет семейной медицины. Восемь врачей из пяти основных поликлиник проходили годичную подготовку в Лондонском университете (Соединенное Королевство) и позднее обучались в течение одного месяца в Эссекском университете. Некоторые из них получили также дополнительную подготовку в Швеции по вопросам управления в области первичной медико-санитарной помощи. После этого они преподавали на годичном курсе специализации, где проходили обучение 48 врачей, отобранных на конкурсной основе. Одновременно с этим проходили обучение 36 медсестер. Необходимая для обучения поддержка была получена со стороны Британского фонда “Ной-Хау” и Всемирного банка.

### **Казахстан**

Начиная с 1992 г. была начата подготовка семейных врачей в Институте повышения квалификации дипломированных специалистов. До настоящего времени 818 врачей прошли подготовку на начальных 2–4-месячных курсах обучения. В 1996–1998 гг. общепрактикующие врачи из Бристольского университета (Соединенное Королевство) провели четыре двухмесячных курса обучения для 30 врачей в двух поликлиниках г. Алматы. Кроме того, шесть врачей и два заведующих поликлиникой приняли участие в ознакомительной учебной поездке в Соединенное Королевство.

В 1997 г. была начата первая программа специализации по вопросам семейной медицины. В этом году завершили свое обучение одиннадцать врачей. Студенты были направлены на практику в г. Джезказган, славящийся наиболее совершенными практическими возможностями для обучения в стране. В настоящее время лишь преподаватели из Института повышения квалификации дипломированных специалистов г. Алматы обладают достаточным опытом для проведения обучения дипломированных специалистов со специализацией по вопросам семейной практики и для обучения на месте (без отрыва от производства) врачей по семейной практике.

### **Киргизия**

Реформа здравоохранения в Киргизии была обсуждена после кратких выступлений ряда членов специальной группы (д-р Владимир Алексеев, профессор Тулеген Чубаков, г-жа Айнагот Исакова, д-р Калыскан Култаева и д-р Асель Саргалдакова).

Документ с изложением политики Киргизии по реформе здравоохранения вышел в свет в 1994 г. При поддержке со стороны Всемирного банка и в рамках национальной программы по реформе здравоохранения МАНАС в Бишкеке в 1997 г. был учрежден центр по семейной практике (Республиканский центр медицинского персонала и фармацевтов) и в 1998 г. факультет в Медицинской академии. Подготовка и переподготовка врачей и медсестер проводятся одновременно. Начиная с 1997 г. в Киргизии прошли подготовку, в общей сложности, 819 семейных врачей. Переподготовка организована в три стадии: на первый год обучение будет проводиться в учебном центре, обслуживающем 10 000 человек; на втором году организованы краткосрочные курсы с кратковременным освобождением от работы на время обучения и на третьем году – в рамках заочного обучения и самообучения. В 1997 г. была введена специальная

программа обучения по семейной практике. Данная учебная программа включала элементы 23 дисциплин как с теоретическими, так и клиническими предметами. В качестве преподавателей при таком виде подготовки выступают 30 обучающихся, прошедших подготовку в свою очередь.

Отделение/факультет высшего сестринского образования был открыт в 1998 г. Поддержка для этого была получена в рамках партнерства со Словацким университетом. Недавно была учреждена ассоциация групп семейных врачей.

### **Республика Молдова**

Обучение общепрактикующих врачей в Республике Молдова началось после Люблянской конференции в 1996 г. Большие отделения по семейной практике были созданы в областных поликлиниках, располагающих достаточным количеством профессиональных семейных практикующих врачей. С 1997 г. проводится трехгодичное обучение по специальной программе общей практики, а с 1998 г. была организована переподготовка врачей-терапевтов и педиатров. В общей сложности, за последние годы прошли обучение по семейной практике 1300 врачей. В 1998 г. в Медицинском университете г. Кишинева было создано отделение общей практики. Первый учебный центр по семейной практике получил необходимое обеспечение за счет средств фонда Сороса и фонда Carelift International (США).

Дальнейшее развитие все еще затруднено нехваткой должностей для обучающихся в университетских учебных центрах. Кроме того, обсуждались вопросы оплаты труда семейных врачей, получивших необходимую подготовку, однако без принятия решения по этому вопросу.

### **Российская Федерация**

Развитие первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации регламентируется в соответствии с приказом, изданным в 1992 г. В настоящее время процесс реализации задач в области первичной медико-санитарной помощи находится на переходной стадии, но уже в 2003 г. он будет охватывать всю систему здравоохранения. Глубокие изменения произошли в Архангельске, Калининграде, Петрозаводске и Санкт-Петербурге. Тем не менее, реформа столкнулась с сильным сопротивлением со стороны специалистов. Начиная с 1992 г. около 5000 врачей прошли подготовку или переподготовку для работы в качестве семейных врачей. Применялись новые методы обучения, например, интерактивное обучение, методика имитации пациентов и заочное обучение. В 1995 г. была утверждена единая учебная программа специального обучения по вопросам общей практики. Большое внимание уделяется профилактическим аспектам семейной медицины, ставшей компонентом единой программы подготовки по вопросам семейной медицины. В целом ряде отделений и факультетов по семейной медицине уже начато проведение 72-часового курса обучения “профилактика в семейной медицине” для общепрактикующих врачей. Данный процесс поддерживается целым рядом международных программ, осуществляемых в России и в качестве спонсоров которых выступают ЮСАИД, фонд “Ноу-Хау” и TACIS.

Разработаны клинические рекомендации по диагностике и лечению некоторых из наиболее распространенных болезней. В качестве объекта первого опытного эксперимента по разработке таких рекомендаций были выбраны диагноз и лечение гипертонии. Рекомендации были подготовлены совместно отделением общей практики в Медицинской академии повышения квалификации дипломированных специалистов в

Санкт-Петербурге и представителями Королевского колледжа общепрактикующих врачей (Соединенное Королевство). Эти рекомендации были опубликованы в третьем номере специального журнала, посвященного проблематике семейных врачей в России за 1999 г. том 3, № 3).

### **Таджикистан**

Реформа здравоохранения в Таджикистане была начата в 1993 г. Обучение семейных врачей в Таджикистане осуществляется начиная с 1996 г. на факультете общей медицины Таджикского государственного медицинского университета. На факультете организовано пятилетнее базовое обучение и трехгодичная специальная подготовка по семейной практике. Обучение по данной программе будет завершено ее первыми выпускниками в 2004 г. Кафедра семейной медицины была учреждена в Таджикском институте повышения квалификации дипломированных специалистов в 1998 г. Переподготовка профессиональных работников здравоохранения осуществляется в рамках специальной учебной программы, рассчитанной на 1200 часов и со специализацией по 18 дисциплинам. Непрерывное медицинское обучение организовано в виде краткосрочных курсов для врачей и проводится при содействии со стороны приглашаемых преподавателей/лекторов. В 1995 г. был открыт Республиканский центр семейной практики. Недавно организованы две семейные практики в городских поликлиниках г. Душанбе. Финансовая поддержка для этого была получена через Всемирный банк.

### **Туркменистан**

Отделение общей практики было недавно создано в Туркменском медицинском институте путем объединения двух кафедр (терапии и педиатрии). Создана рассчитанная на один год учебная программа специализации по семейной практике. В общей сложности период обучения составляет до 130 рабочих дней (520 часов). В системе первичной медико-санитарной помощи в Туркменистане занято более 3000 ОПВ. В настоящее время 181 врач завершил программу обучения. Во время экзаменов практические умения и навыки обучаемых оцениваются различными посещающими Республику экзаменационными комиссиями OSCE<sup>2</sup>.

В результате совместных усилий 15-ти преподавателей ВУЗов были разработаны национальные рекомендации по аспектам обучения вопросам семейной практики.

### **Узбекистан**

Постановление о реформе системы здравоохранения было принято в 1998 г. Обучение вопросам семейной практики проводится в виде отдельного курса в рамках ВУЗовского образования. В двух из семи медицинских ВУЗов в Узбекистане созданы отделения семейной практики. Оба этих ВУЗа расположены в Ташкенте. Для медицинского института характерны двухуровневая система обучения медицинского персонала: обучение общепрактикующих врачей с присвоением степени бакалавра (5–7 лет) и магистратура – последипломное обучение специалистов с узкой специализацией (менее 2-х лет). До настоящего времени в трех экспериментальных областях проходили подготовку 16 обучающихся/инструкторов и примерно 150 общепрактикующих врачей. Учебные отделения были оборудованы в соответствии с европейскими стандартами, благодаря поддержке со стороны Британского фонда “Нюу-Хау” и Всемирного банка. В 1998 г. оказался весьма успешным вклад в эту деятельность со стороны экспертов из Германии.

---

<sup>2</sup> OSCE – объективное структуризованное клиническое наблюдение.

## Выводы и рекомендации

### Выводы

1. На совещании были отмечены достижения по претворению в жизнь системы семейной медицины в странах ННГ, проявившиеся, в частности, в создании отделений по семейной медицине в медицинских школах, училищах и академиях в Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Киргизии, Республике Молдова, Российской Федерации, Таджикистане, Туркменистане, Украине и Узбекистане, а также в создании ассоциаций семейных врачей на страновом уровне. Это соответствует рекомендациям предыдущих совещаний и отчета ВОЗ, а также основному рамочному документу ВОЗ и задачам, принятым Европейским обществом по общей практике/семейной медицине (ESGP/FM-WONCA/Europe).
2. Участники совещания сочли важным иметь профилактические и клинические/диагностические терапевтические рекомендации на национальном уровне во всех странах ННГ. Руководящие принципы и рекомендации могут быть разработаны по-разному – либо независимо, либо используя опыт аналогичной работы, уже сделанной в других странах. Тем не менее, руководящие принципы и рекомендации должны приниматься на местном уровне. На этой стадии процесса необходимо участие общепрактикующих/семейных врачей. Рабочие группы должны быть multidisciplinary и включать в себя по одному участнику от соответствующих других профессий. При разработке руководящих принципов и рекомендаций следует рассмотреть также вопрос об участии пациентов.
3. В соответствии с выводами предыдущего совещания, проходившего в 1998 г. в г. Львов (Украина), участники вновь заявили о необходимости обучения вопросам укрепления здоровья и профилактики болезней. Организованные ВОЗ курсы по использованию умений и навыков для осуществления изменений (“Skills for change”) направлены на повышение возможностей профессиональных работников здравоохранения по решению вопросов, связанных с поведенческими изменениями целевых контингентов населения. Перевод на русский язык соответствующего курсового материала был бы весьма важным подспорьем для каждого обучающего (в виде учебного комплекта/набора). Позднее можно было бы составить пособие на русском языке.

### Рекомендации

1. Рабочие группы по разработке/составлению руководящих принципов и рекомендаций по общей/семейной практике должны быть созданы в каждой из стран ННГ.
2. Межстрановое сотрудничество должно включать обмен опытом по вопросам разработки и составления руководящих принципов/рекомендаций, например путем коммуникационного процесса через профессиональные журналы, сеть Интернет и личную коммуникацию и т.д.
3. Учебные пакеты материалов для обучающихся по вопросам укрепления здоровья и профилактики болезней должны быть разработаны на официальных языках ВОЗ.

*Приложение 1.*

**РАБОЧАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ И ОСНОВНЫЕ  
СПРАВОЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ.**

**Рабочие документы**

EUR/ICP/DLVR 04 02 02/1	Предварительный перечень рабочих документов и основных справочно-информационных материалов
EUR/ICP/DLVR 04 02 02/2	Цели и задачи
EUR/ICP/DLVR 04 02 02/3	Повестка дня
EUR/ICP/DLVR 04 02 02/4	Предварительная программа
EUR/ICP/DLVR 04 02 02 /5	Список участников
EUR/ICP/DLVR 04 02 02/6	Диагностические и терапевтические рекомендации по общей практике – опыт Шотландии. Г-жа Juliet Miller, Шотландская междуниверситетская сеть по подготовке руководств в области диагностики и лечения, Соединенное Королевство
EUR/ICP/DLVR 04 02 02/7	Обучение по укреплению здоровья и профилактике болезней в области общей практики/семейной медицины. Д-р Peter Макага, технический советник, политика здравоохранения в странах, Европейское региональное бюро ВОЗ

**Справочно-информационные материалы**

EUR/ICP/DLVR 04 01 01	Основные принципы профессионального и административного развития общей практики/семейной медицины в Европе
EUR/ICP/DLVR 01 03 02	Семинар ВОЗ по образованию и обучению вопросам общей практики/семейной медицины: процесс и результаты реформ. Санкт-Петербург, Российская Федерация, октябрь 1997 г.
EUR/ICP/DLVR 04 02 01	Второе совещание в рамках Санкт-Петербургской инициативы “Обучение и подготовка по общей практике/семейной медицине”. Отчет о совещании ВОЗ, Львов, Украина, октябрь 1998 г.

Приложение 2.

СПИСОК УЧАСТНИКОВ.

**Армения**

Dr Rouben Hovhannisyan  
Head  
Department of Education, Science and Health Manpower  
Ministry of Health  
Toumanian Str.8  
Yerevan

Тел.: +3742582413/7565  
Факс: +374 1 19109778

Dr Samvel Hovhannisyan  
Head, General Practice Chair  
National Institute of Health  
Ministry of Health  
Toumanian Str.8  
Yerevan

Тел.: +3742234851  
Факс: +3742151097

**Азербайджан**

Dr Aida Mammedova  
Senior Specialist on Health Training  
Medical University  
c/o Ministry of Health  
Kichik Deniz 4  
370014 Baku

Тел.: +99412987260  
Факс: +994129983235  
e-mail: fma@who.baku.az

Dr Einora Mammedova  
Head, Scientific Department  
c/o Ministry of Health  
Kichik Deniz 4  
370014 Baku

Tel: +994 12987260  
Fax: +994 12983235  
e-mail: fma@who.baku.az

**Беларусь**

Professor Sergei D. Denisov (*Rapporteur*)  
First Prorector, Minsk State Medical Institute  
Dzerzhinskij Av.83  
220116 Minsk

Тел.: +375172726498  
Факс: +375172787610  
e-mail: denisov@msmi.minsk.by

Dr Lydia Minaicheva  
Deputy Head, Main Department for Medical Care  
Ministry of Health  
ul. Myasnikova 39  
220048 Minsk

Тел.: +375 172204761  
Факс: +375 172226297

**Грузия**

Dr Vazha Doborjginidze  
Director, Health Department  
Tbilisi Municipality Health  
Ministry of Health  
29a Mitskevich str.  
380060 Tbilisi

Тел.: +995 32 39 79 40  
Факс: +995 32998073

Dr David Gogoladze  
Family Physician Trainer  
National Health Management Centre  
Centre of Continuous Education  
Tbilisi

Факс: +995 32998073  
e-mail: nhmc@nilc.org.ge

**Казахстан**

Dr Serikbol R. Musinov  
Deputy Head, Committee of Health  
66 Moskovskaya str.. Office 301  
473029 Astana

Тел.: +73172337455/7  
Факс: +73172337315/27  
e-mail: zdrav@kaznet.kz

Dr Vladimir Boborykin  
Orbita-4, 20.587  
480123 Almaty

Тел.: +7 3 272206859  
Факс: +7 3 272335670  
e-mail: damilya@zreform.almaty.kz

**Киргизия**

Dr Tologan Ch. Chubakov  
Manager, Republican Centre of Continuing  
Education for high-level Medical and Pharmaceutical Personnel  
Bokombaeva str. 144a  
720063 Bishkek

Факс: +996312293593

Dr Ainura Ibrahimova  
First Deputy Director, Health Insurance Fund  
122 Chui Prospket  
720405 Bishkek

Тел.: +996312660531  
Факс: +996312660557

Ms Ainagot Isakova  
President, Kyrgystan Association of Family Doctors  
Ministry of Health of Kyrgyzstan  
Moscovskaya 148, 720405 Bishkek

Тел.: +996312663815  
Факс: +996312663649

Dr Kalyskan K. Kultaeva  
Primary H. Care Component Coordinator  
Technical Coordinator Committee of  
Health Reform Project (MANAS)  
Ministry of Health of Kyrgyzstan  
Moskovskaya Str 148, 720405 Bishkek

Факс: +996 31663707/2575

**Республика Молдова**

Dr Grigore Bivol  
Professor and Chief Specialist  
Internal Medicine and General Practice  
Ministry of Health  
1 Alexandr Str.  
MD-Chisinau 2009

Тел.: +373 2 729698  
Факс: +373 2738781

Dr Nicolae Cucos  
Associate Professor, Chair of General Practice  
Moldovian State Medical University  
“N. Testemitanu”  
165 Stefan Cel Mare Blvd.  
MD-2009 Chisinau

Факс: +3732271557

**Российская Федерация**

Professor Olga Y. Kuznetsova (*Председатель*)  
Professor and Vice-Rector  
St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education  
Head of Family Medicine Chair  
41 Kurochnaya str.  
193015 St Petersburg

Тел.: +7812 2722506  
Факс: +78122730039  
e-mail: olgakuzn@infopro.spb.su

**Таджикистан**

Dr Khuriyo Khisonova  
Assistant, Family Medicine Department  
Institute of Postgraduate Education  
Ministry of Health  
Zevczenko 69, Dushanbe 25

Тел./факс: +3772214871  
e-mail: health@tajnet.com

Ms Sayohats Khasanova  
Personnel Manager  
Project SOMONI Team on Health Care Reform  
Ministry of Health  
Zevczenko 69, Dushanbe 25

Тел./факс: +3772 215507  
e-mail: health@tajnet.com

**Туркменистан**

Dr Maral Tachmuradova  
Assistant Professor, Department of Family Medicine  
Turkmen State Medical Institute  
A. Govshudova St. 58, Ashgabat

Тел.: +993 12390047  
Факс: +993 12351874

Dr Kurbandjamal Artykova  
Chief Specialist, Department of Educational Institutions  
Science and Personnel  
Ministry of Health and Medical Industry  
Mahtumkuli pr. 90, 744000 Ashgabat

Тел.: +993 1235589  
Факс: +993 12350248

**Узбекистан**

Dr Matluba Alimova  
Head, Education Unit  
Ministry of Health  
Navoi Str. 12  
700011 Tashkent

Тел.: +98871441492  
Факс: +98871441040

Dr Mamlakat Rustamova  
Chief General Practitioner  
Department of Personel and Medical Education  
Tashkent State Medical Institute  
12 Navoi Str.  
700011 Tashkent

Тел.: +99871415343  
Факс: +9987 1441040

**НАБЛЮДАТЕЛИ**

Dr B. Akmatova  
Department of Family Physician Training Programme Begayim  
Zajnabidinov Str. 22a  
714 000 Osh, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312 66 06 44  
Факс: +996 312 66 06 91



Dr Vladimir Alekseyev  
Director, Centre for Postgraduate Training  
Kyrgyzstan Medical Academy  
Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312 544610  
Факс: +996 312 425932

Dr Anara Abilova  
Family Physician and Associate Professor  
Family Physician Training Programme  
144a, Bokonbaeva St.  
720063 Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312660644  
Факс: +996 312660691  
e-mail: fonken@bigfoot.com

Dr Aga Artikbaeva  
Republican Centre of the Continuous Medical Education  
for Medical and Pharmaceutical Personnel  
144a, Bokonbaeva St.  
720063 Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312660644  
Факс: +996 312660691

Dr Tom Chew  
Family Medicine Consultant  
Republican Centre of Continuing Education for high-level  
Medical and Pharmaceutical Personnel  
144a, Bokonbaeva St.  
720063 Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312660644  
Факс: +996 312660691  
e-mail: trchew@bigfoot.com

Professor B.S. Disuzenova  
Republican Centre of the Continuous Medical Education  
for Medical and Pharmaceutical Personnel  
144a, Bokonbaeva St.  
720063 Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312664069  
Факс: +996 312223636

Dr Tatyana Dzhumabaeva  
Republican Centre of the Continuous Medical Education  
for Medical and Pharmaceutical Personnel  
144a, Bokonbaeva St.  
720063 Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312664069  
Факс: +996 312223636

Dr Paul Fonken  
American Family Medicine Consultant  
Family Medicine Specialist Training Program  
144a, Bokonbaeva St.  
720063 Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312660644  
Факс: +996 312660691  
e-mail: fonken@bigfoot.com

Dr Edmond Moses, III  
Global Partners, Zainab Bibi 184  
P.O. #17, Box 473,  
Dushanbe 734017, Tajikistan

Тел.: 992 372210795  
e-mail: chipiori@iname.com

Dr Nazaraly N. Usubaliev  
Clinical Director  
USAID  
Karkol Center for Excellence of Family Medicine  
St. III International 3  
Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 392258234  
Факс: +996 392251256  
e-mail: abtkar@infotel.kg

### **ВРЕМЕННЫЙ СОВЕТНИК**

Г-жа Juliet Miller (*Докладчик*)  
Head of SIGN Secretariat  
Royal College of Physicians  
9 Queen Street  
Edinburgh EH2 1JQ, Scotland, United Kingdom

Тел.: +441312473660  
Факс: +441312251769  
e-mail: j.harlen@rcpe.ac.uk  
www: sign.ac.uk

### **ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

#### *Европейское региональное бюро ВОЗ*

Dr Gulin Gedik  
Project Officer for CARNET countries  
Health Care Policies and Systems  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +4539171559  
Факс: +45 39 17 1818  
e-mail: gge@who.dk

Dr Almaz S. Imanbaev  
WHO Liaison Officer  
WHO Information Centre for Central Asian Republics  
Toktogoul str. 62  
720021 Bishkek, Kyrgyzstan

Тел.: +996 312298791/8  
Тел./факс: +996312293593  
e-mail: almaz@who.bishkek.su

Dr Mårten Kvist  
Technical Adviser  
Primary Health Care Unit  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +4539171356  
Факс: +45 39 17 1865  
e-mail: mkv@who.dk

Ms Janet L. Leifelt  
Programme Assistant  
Primary Health Care Unit  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 1450  
Факс: +45 39 17 1865  
e-mail: ian@who.dk

Dr Peter Makara (*Докладчик*)  
Technical Adviser, Country Health Policy  
Country Health Policy Unit  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +4539171218  
Факс: +45 39171818

Mr Oscon A. Moldokulov  
Assistant  
WHO Liaison Office  
WHO Information Centre for Central Asian Republics  
Toktogoul str. 62  
720021 Bishkek, Kyrgyzstan

Тел./факс: +996312293593  
e-mail: almaz@who.bishkek.su