УДК 614.254:614.23

**ВНЕДРЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ
В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРМЕНИИ**

М.З. Нариманян, А.Ю. Гаспарян, Г.Г. Саканян

*/Ереванский государственный медицинский университет им. М.Гераци,
кафедра семейной медицины /
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слов: реформирование здравоохранения, семейная медицина,
профилактика, здоровый образ жизни

За последнее десятилетие произошли существенные изменения в сфере здравоохранения многих стран мира, которые приняли болезненный характер в странах Центральной, Восточной Европы, СНГ, в том числе и в Армении. В Армении преобразования происходили в условиях последствий разрушительного землетрясения декабря 1988 г., проблемы беженцев, экономической блокады, снижения качества жизни широких слоев населения и существенного снижения экономического потенциала республики. Несомненно, что все это в значительной мере отразилось на ходе преобразований во всех отраслях здравоохранения и определило на многие десятилетия вперед пути становления народного хозяйства в целом.

Население Армении составляет 3791200 чел., из них 66,9% — городское население, 33,1% — сельское, 56% — лица трудоспособного возраста (данные 01.01.1998 г.) [22]. После приобретения независимости в декабре 1991 г. здравоохранение республики встало перед проблемой реорганизации и разработки новых приоритетов. До декабря 1991 г. в Армении характерными особенностями медицинской помощи были социальная справедливость, лечебно-профилактическая направленность, общедоступность и централизованность. Недостатки этой системы, основными из которых являлись нерациональное распределение кадров, приоритетность стационарной помощи, несовершенство качества медицинских услуг в поликлинической сети и исключительно бюджетное финансирование, предопределили необходимость реорганизации и разработки новых приоритетов развития в условиях дефицита финансовых средств [15, 22].

Анализ динамики показателей состояния здоровья населения Армении за последнее десятилетие свидетельствует о необходимости комплексных мер по выходу из кризиса. По данным официальной статистики [18], отмечается значительное ухудшение показателей естественного прироста населения: 1985 — 18,9, 1990 — 17,4, 1995 — 6,4, 1997 — 5,3 (на 1000 населения). Вызывает тревогу снижение рождаемости как в городской, так и сельской местности: 1985 — 25,0, 1990 — 24,0, 1995 — 13,0, 1997 — 11,6. Подобная тенденция демографических по-

казателей отмечена и во многих странах СНГ, причем в России, начиная с 1992 г., показатель естественного прироста регистрируется со знаком «минус» (1992 — 1,5, 1993 — 5,1, 1994 — 6,2) в основном за счет повышения уровня смертности (соответственно 12,2, 14,5 и 15,6 на 1000 населения).

За последние 20 лет в Армении благодаря службе охраны материнства и детства удалось достичь снижения показателя смертности детей до 1 года: 1985 — 24,8, 1990 — 18,6, 1997 — 15,4 (на 1000 родившихся). Тот же показатель в бывшем СССР достигал 22,0, а в настоящее время во многих странах СНГ, за исключением Молдовы, продолжает оставаться на достаточно высоком уровне. В России после значительного подъема младенческой смертности в 1993 г. (19,9) отмечается тенденция к снижению: 1994 — 18,6, 1995 — 18,1, 1996 — 17,4, 1997 — 17,2 [2]. Тем не менее, как в Армении, так и СНГ в целом в столь важный показатель уровня развития здравоохранения продолжает оставаться высоким по сравнению с развитыми странами (в Японии — 4,4, США — 8,9, Нидерландах — 6,5, Великобритании — 7,4, Финляндии — 8,3) [8, 23].

В Армении материнская смертность на протяжении последних 10 лет колебалась в значительных пределах: 1987 — 40,8, 1988 — 29,4, 1990 — 40,1, 1992 — 14,2, 1993 — 27,1, 1994 — 29,3, 1995 — 34,7, 1996 — 20,8, 1997 — 38,7 (число женщин, умерших в результате осложнений беременности, родов, послеродового периода на 100 000 живорожденных). Для сравнения, в России за тот же период времени наиболее высокая материнская смертность отмечена в 1995г. — 53,3, с последующим снижением показателя, начиная с 1996г. — 48,9.

В период с 1987 по 1997г. в Армении увеличилась смертность от болезней сердечно-сосудистой системы: соответственно 281,62 и 336,64 на 100 000 населения, в том числе от ИБС — 183,96 и 224,25, злокачественных новообразований — 85,7 и 96,51, болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета — 9,09 и 32,64, в том числе от сахарного диабета — 7,0 и 31,27, болезней органов пищеварения — 21,81 и 23,93, психических расстройств — 1,48 и 2,69. Динамика этих показателей в определенной степени характеризует переходный период в системе здравоохранения.

Показатели смертности в целом свидетельствуют о тяжелом положении в сфере амбулаторно-поликлинической службы. Информативную значимость этих показателей для оценки состояния общественного здоровья и планирования ряда первоочередных здравоохранительных мероприятий трудно переоценить. Следует, однако, учитывать и то, что с 90-х годов, в связи с сокращением потока населения в лечебно-профилактические учреждения, ухудшилась регистрация хронических неинфекционных заболеваний, в частности, среди пожилого населения, что несколько снижает информативность ряда показателей [5].

Однако даже имеющиеся официальные данные о структуре заболеваемости взрослых и подростков указывают на ослабление позиций некогда мощной системы профилактической медицины. Так, отмечается рост инфекционных и паразитарных болезней — в 1988 г. — 710,4, в 1997 г. — 865,7 на 100000 населения, болезней крови и кроветворных органов — соответственно 13,0 и 72,0, болезней нервной системы и органов чувств — 706,4 и 771,7.

В этих условиях органами здравоохранения Армении были приложены усилия по укреплению первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Было увеличено число амбулаторно-поликлинических учреждений в системе Минздрава: 1986 — 493, 1987 — 503, 1988 — 513, 1991 — 537, 1993 — 517, 1996 — 499, 1997 — 488. Важным представляется существенное увеличение числа не входящих в

состав больничных учреждений поликлиник (1986 — 30, 1997 — 80) и амбулаторий (соответственно 197 и 213), в том числе сельских (189 и 207). Количество детских поликлиник с 8 в 1986 г. увеличилось до 38 в 1997 г. Параллельно несколько улучшилось бюджетное финансирование амбулаторно-поликлинической службы, которое стало ощутимым в 1999 г. Так, если в 1996 г. на долю стационарных медицинских услуг приходилось 65% бюджетных средств здравоохранения (в развитых странах 35–50%), а на амбулаторные — всего 13%, то в 1997 г. это соотношение составило 64 и 16%, а в 1999 — 47,7 и 26,4%. В 1997 г. по сравнению с предыдущим годом несколько увеличилось выделение средств на амбулаторное посещение каждого жителя: 525 драмов против 486. Однако несмотря на некоторые положительные сдвиги в распределении бюджетных средств, финансирование отрасли остается на низком уровне, что и влияет на весь процесс реорганизации. Наглядным подтверждением наличия острого дефицита финансовых средств является то, что в 1997 г. расходы здравоохранения в пересчете на душу населения составили всего 6 долларов США (2% от общего валового продукта; в развитых странах 6,5–13,5%). Для сравнения в России в том же году расходы здравоохранения на душу населения составили 79 долларов США.

Несмотря на увеличение количества амбулаторно-поликлинических учреждений в Армении, снизилась обращаемость населения за первичной медицинской помощью. Число посещений в эти учреждения составило: в 1987 — абсолютное число 33627,3, среднее число посещений на 1 жителя 9,8; 1989 — 28045,4 и 8,0; 1991 — 26871,4 и 7,4; 1993 — 20580,5 и 5,5; 1995 — 18121,5 и 4,8; 1997 — 12224,4 и 3,2.

Известно, что качество ПМСП оценивается по уровню заболеваемости и смертности, амбулаторной посещаемости, нетрудоспособности и инвалидности, а также удовлетворенностью больных работой врача и качеством жизни больных. Исходя из вышепредставленных данных, можно сделать вывод о необходимости реорганизации первичного звена здравоохранения Армении, которая с учетом мирового опыта, приобретенного в период после Алма-Атинской Международной конференции под эгидой ВОЗ (1978), должна быть нацелена на создание законодательно-правовой, образовательной, научной и материально-технической баз для научно обоснованного и планомерного внедрения института семейной медицины, ориентированного на общество в целом, семью и индивидуума. Несомненно, что внедрение этого института посредством административно-приказных мер, в «одночасье» превращающих участковых терапевтов и педиатров в семейных врачей, не имеющих достаточных знаний, навыков и умений по семейной практике и не осознающих идеологию этой новой для них дисциплины, чревато дискредитацией самой сути преобразований ПМСП.

Предпосылкой для внедрения семейной медицины в Армении стал ряд этапных преобразований. Так, с 1996 г. вступил в силу закон РА «О медицинской помощи и обслуживании населения», на основе которого было издано Постановление Правительства РА от 15.05.1997 г. за N135 «О государственном заказе и целевых программах здравоохранения РА». Это позволило внедрить новые механизмы финансирования отрасли за счет привлечения небюджетных средств и, что особенно важно, разработать пакет основных медицинских услуг, оказываемых населению в рамках государственного заказа. Законодательно закрепленное многообразие источников финансирования (бюджетное, страховое, непосредственная оплата и др.) послужило стимулом для дальнейшего развития

ПМСП. Возникла необходимость разработки медико-экономических, санитарно-гигиенических и технологических стандартов, без которых невозможно обеспечить качество медицинской помощи в условиях дефицита средств, в том числе и на уровне первичной медицины.

Следующим шагом стало Постановление Правительства РА от 24.02.1999 г. за N85 «Об утверждении государственных целевых программ здравоохранения на 1999 г.», в которых указывалось о таких задачах как профилактика и лечение социально значимых заболеваний, обеспечение неотложной медицинской помощи, охрана здоровья матери и ребенка, помощь социально необеспеченным слоям населения. Отмечалось также о программе развития ПМСП, внедрении семейной медицины и оптимизации механизмов финансирования здравоохранения за счет кредитных средств Всемирного Банка.

2 сентября 1997 г. между Республикой Армения и Международной ассоциацией развития Всемирного Банка было подписано соглашение о предоставлении Армении кредита для реализации программы развития финансирования здравоохранения и первичной охраны здоровья. 2 марта того же года соглашение было утверждено Национальным Собранием РА. Основной целью документа стало содействие Правительству РА в повышении качества, эффективности и доступности услуг первичной охраны здоровья посредством обучения семейной медицине и подготовки квалифицированных преподавательских кадров на кафедрах семейной медицины зарубежных университетов, имеющих достаточный опыт в области семейной медицины, разработки и внедрения руководств-инструкций для их практической деятельности, а также реконструирования и оснащения оборудованием кафедр семейной медицины вузов и амбулаторно-поликлинического звена. Существенно и то, что документом предусматривается усовершенствование методологии составления пакета основных услуг, оказываемых в рамках госзаказа, улучшение механизмов финансирования специалистов первичной медицины и подготовка необходимых документов для внедрения обязательного медицинского страхования.

Программа финансирования предполагает также создание соответствующего информационного поля, реструктуризацию и ремонтирование 70 сельских врачебных амбулаторий под офисы семейных врачей. В рамках данной программы разработаны "Положение о семейном враче и квалификационная характеристика", которые утверждены в МЗ РА в июне 1999 г., список необходимого для офиса семейного врача оборудования, инструментария и лекарственных средств. На основе Положения разработаны учебные программы до- и последиplomного образования, руководства-инструкции по ряду актуальных медико-социальных проблем (ИБС, сердечная недостаточность, ожирение, бронхиальная астма, синдром раздраженного кишечника и др.). В последних разграничены функции семейного врача по ведению больных, их обучению и направлению на консультации к узким специалистам.

Нормативная документация семейной практики призвана внедрить модель семейной медицины в системе ПМСП, по возможности стандартизировать лечебно-диагностические и профилактические мероприятия, осуществляемые на первичном уровне, способствовать преемственности и непрерывности медицинской помощи на всех уровнях охраны здоровья населения, обеспечить качество и доступность медицинской помощи для широких слоев населения и в целом улучшить ряд здравоохраненных и демографических показателей.

Согласно решению коллегии МЗ РА (июнь 1997 г.) в Ереванском государственном медицинском университете и Национальном институте здравоохранения открыты и к концу 1999 г. укомплектованы сотрудниками и оснащены соответствующей материально-технической базой кафедры семейной медицины. В ЕрГМУ с 14-го сентября 1999 г. двухгодичную подготовку по СМ проходят 14 клинординаторов и 1 аспирант, а с сентября 2000 г. начнется обучение основам СМ студентов 6-го курса, рассчитанное на 60 академических часов. С октября 1999 г. в НИЗ годичную специализацию по СМ прошли 28 врачей сельских амбулаторий. На обеих кафедрах в центре внимания — обучение принципам СМ с учетом предыдущей специализации (внутренние болезни или педиатрия). При этом, как нам кажется, в программах по СМ основное место должны занять разделы по менеджменту и финансированию в условиях семейной практики, консультированию населения по психо-социальным, социально-гигиеническим и медицинским проблемам широкого профиля, профилактике хронических неинфекционных заболеваний, стрессов и укреплению здоровья. Учитывая опыт подготовки по СМ в Великобритании и Голландии, представляется целесообразным распределение учебной нагрузки таким образом, чтобы больше половины часов отводилось на амбулаторный прием и консультирование пациентов. При этом немаловажным представляется проведение научных исследований по медико-биологическим и социальным проблемам современной семьи, что позволит выявить роль и место общепрактической медицины в условиях здравоохранения Армении.

Помимо разработки новых нормативно-правовых, учебно-методических документов и проведения научных исследований, важно активное участие кафедр семейной медицины в развитии информационного поля. Первоочередной задачей при этом является изучение мирового опыта СМ и информирование населения о внедрении СМ в Армении. В решении этой проблемы существенную роль может сыграть учрежденная в декабре 1999 г. Ассоциация семейных врачей, целью которой является содействие развитию семейной медицины в Армении. В ее рамках возможно укрепление сотрудничества с общественными организациями как в республике, так и за ее пределами, в особенности с ассоциациями семейных врачей Европы, США и СНГ (в частности, с Ассоциацией семейных врачей Санкт-Петербурга). Это позволит также оценить преимущества и недостатки различных форм семейной практики и разработать ее основные ориентиры.

На наш взгляд, в современных условиях семейная практика должна ориентироваться в первую очередь на эффективные профилактические мероприятия, не требующие значительных финансовых затрат и при правильной их организации способствующие экономии средств.

Профилактика была приоритетным направлением советского здравоохранения, которая в течение десятилетий была оттеснена на задний план в силу естественного процесса дифференциации медицинской практики, внедрения дорогостоящих эффективных и высокоспециализированных лечебных технологий, лечебно-профилактической направленности советского здравоохранения со значительным превалированием стационарной помощи, развивавшейся в условиях относительно обеспеченного бюджета отрасли, и целого ряда других причин. Тем самым потерял свою актуальность и значимость принцип «дешевле болезнь предупредить, чем потом ее лечить».

Профилактические мероприятия, осуществляемые в амбулаторно-поликлиническом звене, не могли иметь значительного эффекта из-за отсутствия в данной системе ПМСП фигуры, полностью несущей ответственность за здоровье обслуживаемого контингента. Участковый принцип с его основными фигурами — участковым терапевтом и педиатром, не имеющими достаточных знаний, навыков и умений по смежным специальностям, а также соответствующей нормативно-правовой базы, распределял основной объем лечебно-профилактической и консультативной помощи между узкими специалистами поликлинического звена, обследующих пациентов и практически здоровых лиц с узкопрофессиональных позиций, и способствовал тем самым повышению уровня госпитализации больных, зачастую нуждающихся в квалифицированной многопрофильной помощи первичного уровня. Это привело к девальвации профилактической направленности ПМСП и снижению ответственности участковых врачей за профилактику и укрепление здоровья населения. Следует также добавить, что в условиях резкого ухудшения социально-экономического положения в республике снизилась санитарная культура и медицинская активность населения, незаинтересованного в укреплении собственного здоровья, что явилось серьезной проблемой для здравоохранения и системы социального обеспечения.

Исходя из вышеизложенного, обосновано включение в программы до- и последипломного образования по дисциплине «семейная медицина», а также в практические руководства-инструкции разделов по укреплению здоровья, пропаганде здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике широко распространенных хронических неинфекционных заболеваний. В этой связи следует отметить о выведенной Ю.П.Лисицыным [12, 16] «формуле» (модели), согласно которой удельный вес факторов, влияющих на здоровье человека, продолжительность его жизни и активной трудовой деятельности, развитие заболеваний распределяется следующим образом: 49—53% — факторы образа жизни (курение, несбалансированное питание, употребление алкоголя, вредные условия труда, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами, непрочность семьи, одиночество, низкий культурный уровень, чрезмерно высокий уровень урбанизации), 18—20% — генетические и биологические факторы (предрасположенность к наследственным и дегенеративным болезням), 17—20% — факторы внешней среды и природно-климатические условия и лишь 8—10% — здравоохранительные факторы (неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество и несвоевременность медицинской помощи).

Вне зависимости от места работы современного семейного врача, будь то сельская местность или город, существенным в его деятельности будет изучение психологической атмосферы в семье, влияния стрессовых ситуаций на здоровье ее членов на протяжении всей жизни [6] и, что чрезвычайно важно, выявление ранних проявлений социально-стрессовых и политических расстройств, которые развиваются в условиях социально-стрессовых и политических катаклизмов, ведут к "невротизации общества" и психосоматизации [1]. Владая соответствующими знаниями и навыками по предупреждению и ликвидации последствий патогенного воздействия стресса, повышению адаптационных возможностей организма и являясь ответственным за здоровье курируемого населения, семейный врач будет играть конструктивную роль в профилактике широкого спектра заболеваний и повышении уровня общественного здоровья. В этой непростой работе ему необходимо тесное сотрудничество с социальными работниками, организаторами

здравоохранения, страховыми и общественными организациями, а также административными органами [13, 14; 19]. Для налаживания этого сотрудничества принципиальное значение имеет последипломное образование и приобретение знаний во время регулярных переподготовок врачей в зарубежных странах с устоявшимися традициями семейной медицины.

Ценным представляется накопленный за последние годы опыт международной интегрированной программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний (countrywide integrated noncommunicable diseases intervention — CINDI) [11, 24], свидетельствующий о необходимости целенаправленных мероприятий по изучению образа жизни населения для выявления наиболее распространенных факторов риска заболеваний и консультирования населения по вопросам укрепления здоровья и влияния таких факторов риска как курение, несбалансированное питание, недостаточная физическая активность, употребление алкоголя. Ведущая роль в реализации профилактических программ отводится первичному звену здравоохранения и, в частности, институту семейной практики, наделенному оптимальными возможностями по эффективной работе с широкими слоями населения, средствами массовой информации, многими общественными организациями, административными структурами, широким кругом работников медицинской и социальной сферы и обладающего наиболее полной информацией о генетических, семейных особенностях и уровне образования населения.

Координация профилактических программ CINDI, учрежденной в 1984 г., осуществляется Европейским Региональным Бюро ВОЗ, рассматривающей эти программы в качестве «инструментов» для достижения целей глобальной стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в 21 веке». Принципиально важно, что в программе CINDI задействованы Всемирная организация семейных врачей (WONCA), Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (Москва), кафедры семейной медицины многих институтов СНГ (в частности Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования), а странами-участницами являются 23 государства (по данным 1997 г.), в том числе Россия, Эстония, Туркменистан и другие страны СНГ, где при активном участии врачей общей практики с успехом был реализован ряд проектов первичной и вторичной профилактики CINDI («Брось курить и стань победителем», «Здоровый образ жизни», «Здоровый ребенок в Эстонии», скрининг факторов риска, программы по изучению отношения населения к собственному здоровью и знанию факторов риска широко распространенных заболеваний, укреплению здоровья матери и ребенка), организованы национальные научные исследования и образовательные курсы, разработаны национальные руководства по профилактике в первичном звене здравоохранения и др. Все это послужило укреплению позиций врачей общей практики и явилось веским доказательством того, что институт общеврачебной практики — ключевое звено в сохранении и укреплении здоровья населения [20].

На наш взгляд, приоритет профилактической направленности до- и последиplomного образования по семейной медицине, соответствующих руководств-инструкций в современных условиях общественного здоровья в Армении будет способствовать становлению новой специальности и эффективному взаимодействию первичной, вторичной и третичной медицины. Глубокие знания в области общей терапии (интернологии), стрессологии, психологии, профилактики наиболее часто встречающихся в местных условиях патологий, а также органи-

зации здравоохранения дадут возможность семейному врачу в значительной мере реализовать функции «регулятора», «интегратора» и «адвоката здоровья курируемого населения» [3, 4, 7, 17, 21], стать связующим звеном между многочисленными узкими специалистами всех уровней системы охраны здоровья.

Профилактическая направленность семейной практики, наряду с выполнением семейным врачом отмеченных функций, позволит ему соответствовать модели международного образца, которая наиболее полно охарактеризована А.Ф. Красновым [9, 10]: "Семейный врач — это высокопрофессиональный интернист-терапевт-педиатр-гериатр с глубоким генетико-иммунологическим подходом к профилактике и лечению болезней; специалист, владеющий нужным объемом знаний и навыков в области специализированных видов медицинской помощи; личность, способная решать медико-социальные и генетические проблемы семьи на базе прочной гуманитарной подготовки".

Поступила 16.02.00

ԸՆՏԱՆԵԿԱԼ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱԳԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱՆՑՈՒՄԱՅԻՆ ՓՈՒԼՈՒՄ

Մ.Ձ. Նարիմանյան, Ա. Յու. Գասպարյան, Գ.Գ. Սահակյան

Նայաստանի առողջապահության համակարգը պահանջում է արմարական փոփոխություններ հասարակական առողջության բոլոր օղակներում առանձնապես առաջնային բժշկա-սոցիալական օգնության մեջ, որը պետք է լինի բազմակողմանի, ուղղված հասարակության, ընտանիքի և անհատի վրա, պետք է նպաստի բնակչության բժշկա- և հոգեբանասոցիալական պրոբլեմների լուծմանը: Նողվածում համեմատական տեսանկյունով ներկայացված են հայաստանի հասարակական առողջապահության վիճակում որոշ տեղաշարժերը վերջին տասնամյակում: Նշված է, որ անցումը առողջապահության առաջնային ծառայության տեղամասային սկզբունքից դեպի ընտանեկանը կնպաստի, առաջին հերթին, կանխարգելիչ բժշկության զարգացմանը: Վերլուծված են Նայաստանում ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ներդրման օրենսդիր, նորմատիվային, կրթական, գիտական և կազմակերպչական նախադրյալները:

IMPLEMENTATION OF FAMILY MEDICINE IN ARMENIAN HEALTH CARE SYSTEM IN TRANSITION PERIOD

M.Z. Narimanyan, A.Yu. Gasparyan, G.H. Sakanyan

The current state of health care system in Armenia requires radical reforms in all spheres of public health, especially in primary medicosocial health care that should be comprehensive, community, family and individual-oriented, and should allow to solve major relevant medical and psychosocial problems of population. This article presents some shifts in Armenian public health indices during the last decade and underlines ultimate necessity of implementation of general practice/family medicine. It is noted that transition of district medicine to general practice will allow to improve the state of preventive medicine.

Analysis of some legal, educational, scientific and technical reorganisation taken place in primary health care testifies that premises of general practice implementation in Armenia have been created. For successful development of the new institution it is especially important to prioritize preventive activities of Armenian generalists in the frame of their gatekeeping and health care structures integrating functions.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Русский мед. журнал, 1996, 3, 11, с. 23.
2. Алферова Т.С., Шиган С.А., Гаптов В.Б., Шаталова Е.Ю. Российский мед. журнал, 1998, 6, с. 14.
3. Атоян Е.В., Акулин И.М., Корюкин В.Г. В сб.: Актуальные проблемы здравоохранения Санкт-Петербурга. С-Пб, 1993, с. 45.
4. Галкин В.А. Тер. архив, 1999, 1, с. 6.
5. Гарибян Л. Арохчапутюн, Ереван, 1999, 1-2, с. 16.
6. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Психосоциальные проблемы семейной медицины. Санкт-Петербург, 1998.
7. Губачев Ю.М. Семейная медицина в России. Санкт-Петербург, 1998.
8. Здоровье и здравоохранение в Нидерландах, 1998.
9. Краснов А.Ф., Мовшович Б.Л. Клин. мед., 1996, 8, с. 76.
10. Краснов А.Ф., Мовшович Б.Л. Тер. архив, 1998, 1, с. 72.
11. Кузнецова О.Ю., Меркушева Е.В., Щербо А.П., Свонсон Э. Русский семейный врач, 1999, 1, с. 14.
12. Лисицын Ю.Л. Здравоохранение Российской Федерации, 1998, 3, с. 49.
13. Мнацаканян А.Ю. В сб.: Научные труды и сообщения. НИЗ МЗ РА. Ереван, 1998, с. 35.
14. Мнацаканян А.Ю. Вестник МАНЭБ, 1999, 7, с. 91.
15. Программа реформ и развития здравоохранения Армении (на арм. яз.). МЗ РА, Ереван, 1997.
16. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: (под ред. Ю.Л.Лисицына), М., 1987.
17. Семейная медицина. Руководство, том 1. Самара, 1994.
18. Статистический сборник Республиканского информационно-аналитического центра здравоохранения. Ереван, 1997.
19. Voerma G.W., deJong A.J., Mulder P.H. Utrecht, Nivel, Netherlands, 1993, p. 9.
20. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI). Highlights, 1999, p. 5.
21. Franks P., Clancy C., Natting P. N. Engl. J. Med., 1992, 327, p. 424.
22. Health Care Systems in Transition (Draft). Armenia, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
23. Lember M. Family medicine, 1996, 28, 4, p. 282.
24. Preventive primary care. Recommendations for promoting good practice. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, ed.: L.Dobrossy, 1994.