

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА И РАЗРАБОТКИ ОПТИМИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ



Ризаев Жасур Алимджанович, Рискиев Умидилла Рахматуллаевич, Ибрагимов Шерзод Умидович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТИЗИМЛИ ТАҲЛИЛ ВА ОПТИМАЛЛАШТИРИШ МОДЕЛИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ АСОСИДА БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ ЁРДАМИНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ВА УНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Ризаев Жасур Алимджанович, Рискиев Умидилла Рахматуллаевич, Ибрагимов Шерзод Умидович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

IMPROVING THE ORGANIZATION AND INCREASING THE EFFICIENCY OF PRIMARY HEALTH CARE BASED ON SYSTEM ANALYSIS AND DEVELOPMENT OF AN OPTIMIZATION MODEL

Rizaev Jasur Alimdjanoich, Riskiev Umidilla Rakhmatullaevich, Ibragimov Sherzod Umidovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Долзарблиги. Бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ) соғлиқни сақлаш тизимининг асосий бўғини бўлиб, тиббий хизматларнинг қулайлиги ва сифатини белгилайди. Сурункали касалликларнинг кўпайиши ва тиббиёт тизимида юкларнинг ортиши шароитида БТСЁни ташкил этишни оптималлаштириш масалалари алоҳида аҳамият касб этмоқда. Тадқиқотнинг мақсади қиёсий таҳлил ва тизимли ёндашув асосида БТСЁни ташкил этишни такомиллаштириш ва самарадорлигини ошириш моделини ишлаб чиқиш ва илмий асослашдан иборат. Материаллар ва усуллар. Тадқиқот таҳлилий ва ташкилий-моделлаштириш характерига эга бўлди. Ўзбекистон Республикаси ва бир қатор хорижий мамлакатлар, жумладан Германия, Жанубий Корея ва Туркиядаги БТСЁ тизимлари қиёсий таҳлил қилинган. Тизимли таҳлил, эксперт баҳолаш ва ташкилий жараёнларни моделлаштириш усулларидан фойдаланилган. Натижалар. Ўзбекистон Республикасида БТСЁ самарадорлиги бир қатор асосий кўрсаткичлар бўйича халқаро кўрсаткичлардан паст эканлиги аниқланди: шифокорга тушадиган юклама 35-45% га юқори, рақамлаштириш даражаси 40-50% га паст, профилактика дастурлари билан қамраб олиш 25-30% га паст, олдини олиш мумкин бўлган касалхонага ётқизиш частотаси эса 1,8-2 барабар юқори. Беморларни кўп босқичли саралаш, стандартлаштирилган йўналтириш ва жараёнларни рақамли қўллаб-қувватлашни ўз ичига олган интеграцияланган ташкилий модель ишлаб чиқилди. Моделлаштириш шуни кўрсатдики, моделни жорий этиш шифокорга тушадиган юкларни 25-30 фоизга, тақрорий мурожаатларни 30-35 фоизга камайтириш ва эрта таъхис қўйиш даражасини 68-72 фоизга ошириш имконини беради. Хулоса. Таклиф этилган модель БТСЁ самарадорлиги, қулайлиги ва сифатини оширишни таъминлайди ҳамда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш шароитида қўлланилиши мумкин.

Калим сўзлар: бирламчи тиббий-санитария ёрдами, соғлиқни сақлашни ташкил этиш, самарадорлик, беморларни йўналтириш, рақамлаштириш, профилактика.

Abstract. Background. Primary health care (PHC) is a fundamental component of health systems, determining accessibility and quality of medical services. In the context of increasing prevalence of chronic diseases and growing healthcare burden, optimization of PHC organization becomes critically important. Objective. To develop and scientifically substantiate a model for improving the organization and efficiency of PHC based on comparative analysis and a system-based approach. Materials and methods. The study had an analytical and organizational-modeling design. A comparative analysis of PHC systems in the Republic of Uzbekistan and selected countries (Germany, South Korea, Turkey) was performed. System analysis, expert evaluation, and organizational modeling methods were applied. Results. The findings indicate that PHC efficiency in Uzbekistan is lower compared to international benchmarks: physician workload is higher by 35–45%, digitalization level is lower by 40–50%, preventive coverage is reduced by 25–30%, and the rate of avoidable hospitalizations is 1.8–2 times higher. An integrated organizational model was developed, incorporating multi-level pa-

tient filtering, standardized routing, and digital support. Modeling results demonstrate that implementation of the proposed model may reduce physician workload by 25–30%, decrease repeat visits by 30–35%, and increase early diagnosis rates up to 68–72%. Conclusion. The proposed model improves efficiency, accessibility, and quality of PHC and can be applied within healthcare system reforms.

Keywords: *primary health care, healthcare organization, efficiency, patient routing, digitalization, prevention.*

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является ключевым компонентом устойчивых систем здравоохранения, обеспечивающим доступность, непрерывность и координацию медицинской помощи. Эффективная организация ПМСП позволяет снижать уровень предотвратимой заболеваемости и смертности, а также уменьшать нагрузку на стационарный сектор [29, 30]. В последние годы глобальный рост распространенности хронических неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистую патологию, сахарный диабет и неврологические расстройства, требует усиления роли ПМСП как основного звена ранней диагностики, профилактики и долгосрочного наблюдения пациентов [15–17, 26]. По данным современных исследований, значительная часть осложнений хронических заболеваний может быть предотвращена при своевременном выявлении и ведении пациентов на уровне первичного звена [15, 22].

Несмотря на признанную значимость ПМСП, во многих странах сохраняются системные проблемы, связанные с неэффективной организацией медицинской помощи. К числу ключевых ограничений относятся перегрузка врачей первичного звена, недостаточная координация между уровнями оказания помощи, слабая интеграция профилактических программ и ограниченное использование цифровых технологий [16, 22, 26]. Отсутствие четкой маршрутизации пациентов приводит к увеличению числа необоснованных обращений на специализированный уровень и росту затрат системы здравоохранения [14, 22].

Сравнительный анализ международного опыта показывает, что эффективность ПМСП существенно варьирует в зависимости от организационной модели. В странах Западной Европы внедрение института врача общей практики, цифровых платформ и системы gatekeeping позволило повысить управляемость потоков пациентов и снизить уровень госпитализаций [16, 26]. В Южной Корее и ряде стран Азии ключевую роль играет цифровизация медицинских процессов, включая телемедицину и электронные медицинские системы, что обеспечивает высокую скорость диагностики и мониторинга пациентов [15, 30].

В странах СНГ вопросы совершенствования ПМСП также находятся в центре внимания научных исследований, однако имеют свою специфику. Основными проблемами остаются недостаточная эффективность профилактических меро-

приятий, высокая нагрузка на врачей и ограниченные возможности ранней диагностики [1, 2, 4]. Исследования, посвященные организации амбулаторной помощи, указывают на необходимость внедрения современных организационных моделей и междисциплинарного подхода в системе первичной помощи [9].

В Республике Узбекистан в последние годы проведен ряд реформ, направленных на модернизацию системы здравоохранения и усиление роли ПМСП. Однако сохраняются проблемы, связанные с фрагментацией медицинской помощи, отсутствием стандартизированной маршрутизации пациентов и недостаточной интеграцией цифровых решений [3, 5, 10]. По данным отечественных авторов, значительная часть пациентов обращается за специализированной помощью без предварительного прохождения первичного звена, что свидетельствует о недостаточной эффективности организационной структуры ПМСП [3, 10].

В развитых странах исследования ПМСП преимущественно направлены на повышение качества медицинской помощи, персонализацию лечения и внедрение инновационных технологий, тогда как в странах с реформирующейся системой здравоохранения основное внимание уделяется организационной оптимизации, доступности и рациональному распределению ресурсов [22, 25, 30]. Это различие определяет необходимость адаптации международного опыта с учетом национальных особенностей.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных отдельным аспектам функционирования ПМСП, недостаточно изученной остается проблема комплексной оптимизации системы на основе интеграции сравнительного анализа и разработки организационной модели, направленной на повышение эффективности, раннюю диагностику и профилактику заболеваний [1, 16, 26]. Научная новизна настоящего исследования заключается в разработке интегрированной организационной модели ПМСП, основанной на сравнительном анализе международного опыта и адаптированной к условиям Республики Узбекистан. Предложенная модель включает многоуровневую систему фильтрации пациентов, стандартизированную маршрутизацию и элементы цифровизации, что позволяет повысить эффективность использования ресурсов и качество медицинской помощи [5, 30].

Цель исследования. Разработать и научно обосновать модель совершенствования организа-

ции и повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи на основе сравнительного анализа и системного подхода.

Материалы и методы. Настоящее исследование носило комплексный аналитический, сравнительный и организационно-моделирующий характер и было направлено на выявление ключевых факторов, определяющих эффективность ПМСП, а также на разработку научно обоснованной модели ее оптимизации. Выбор данного дизайна обусловлен необходимостью интеграции различных методологических подходов, включая анализ систем здравоохранения, оценку организационных процессов и моделирование управленческих решений [16, 26].

С методологической точки зрения исследование относится к категории обсервационных аналитических исследований с элементами сравнительного системного анализа и организационного моделирования. По уровню доказательности полученные результаты могут быть отнесены к уровню III, что соответствует международным подходам к оценке доказательной базы в исследованиях организационных интервенций [15, 22].

В рамках исследования проведен сравнительный анализ организации ПМСП в Республике Узбекистан и ряде зарубежных стран, включая Германию, Южную Корею и Турцию. Выбор указанных стран обусловлен различиями в организационных моделях здравоохранения, уровне цифровизации и степени внедрения профилактических программ, что позволяет выявить эффективные управленческие решения и адаптировать их к национальным условиям [22, 25, 30].

Анализ нормативно-правовых документов и официальных статистических данных позволил оценить текущее состояние ПМСП, выявить существующие организационные ограничения и определить приоритетные направления развития. Системный и структурно-функциональный анализ позволил рассматривать первичное звено здравоохранения как единую интегрированную систему, включающую пациентов, медицинский персонал, организационные процессы и информационные технологии [16, 26, 29].

Для оценки эффективности функционирования ПМСП были определены интегральные критерии, отражающие доступность и качество медицинской помощи: время ожидания приема, уровень охвата населения, нагрузка на врачей, частота первичных и повторных обращений, уровень ранней диагностики, доля предотвратимых госпитализаций, охват профилактическими программами и уровень цифровизации медицинских услуг [15, 22, 29, 30].

Результаты исследования. Проведенный комплексный анализ организации ПМСП в Республике Узбекистан показал, что при относитель-

но высоком уровне территориальной доступности медицинских услуг сохраняются значимые организационные ограничения, влияющие на эффективность системы в целом. Среднее время ожидания первичного приема врача составляет $2,3 \pm 0,4$ дня, а в отдельных регионах достигает 3,5 дней, что превышает рекомендуемые международные ориентиры более чем в 2 раза [30].

Несмотря на высокий формальный охват населения ПМСП (85-88%), данный показатель преимущественно отражает доступность, тогда как качественные характеристики оказания медицинской помощи остаются недостаточно реализованными [3, 10]. На одного врача первичного звена приходится в среднем 28-32 пациента в день, что на 35-45% превышает аналогичные показатели стран с эффективной системой ПМСП [22, 26]. В условиях такой нагрузки продолжительность консультации сокращается до 10-12 минут, что ограничивает возможности ранней диагностики, профилактического консультирования и комплексного ведения пациентов [14, 26].

Показатели ранней диагностики хронических заболеваний составляют 52-58%, что на 15-20% ниже, чем в странах с развитой системой ПМСП, где данный показатель превышает 70% [15]. Ограниченная эффективность амбулаторного этапа подтверждается высокой долей госпитализаций, потенциально предотвращаемых на уровне первичного звена, которая достигает 18-22%, что в 1,8-2 раза выше международных значений [22, 30]. Охват профилактическими и скрининговыми программами остается на уровне 38-42%, что на 25-30% ниже, чем в странах с эффективно организованной системой ПМСП [5].

Дополнительным фактором, ограничивающим эффективность системы, является недостаточный уровень цифровизации медицинских процессов. Электронные медицинские карты используются лишь в 45-50% случаев, а телемедицинские технологии - менее чем в 20%, что на 40-50% ниже уровня цифровизации, достигнутого в развитых странах [22, 30]. В Германии нагрузка на врача не превышает 18-22 пациента в день, в Южной Корее уровень цифровизации достигает 85-90%, а в Турции охват профилактическими программами составляет 65-70% [22, 26, 30].

В таблице 1 представлены основные организационные и клинико-управленческие показатели, характеризующие эффективность первичной медико-санитарной помощи в Республике Узбекистан в сопоставлении с международными значениями.

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют, что эффективность ПМСП определяется не только уровнем ресурсного обеспечения, но и особенностями организационной структуры.

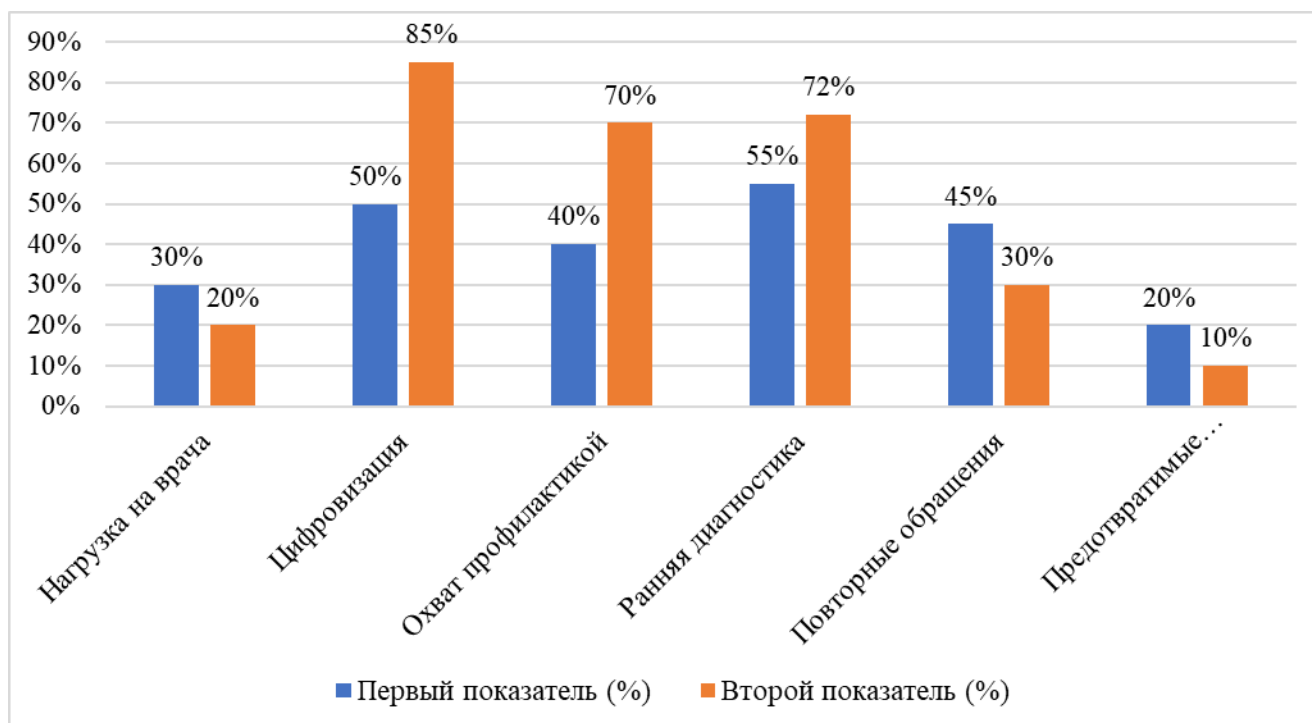


Рис. 1. Сравнительный анализ показателей эффективности первичной медико-санитарной помощи

Выявленные различия между Республикой Узбекистан и странами с развитой системой здравоохранения подтверждают, что ключевые показатели эффективности, включая нагрузку на врача, уровень цифровизации, охват профилактическими программами и частоту предотвратимых госпитализаций, напрямую зависят от принципов организации медицинской помощи и степени интеграции управленческих решений [16, 22].

Одним из центральных факторов, ограничивающих эффективность ПМСП, является высокая нагрузка на врачей первичного звена. Превышение данного показателя на 35–45% по сравнению с международными значениями сопровождается сокращением времени клинического контакта и снижением качества первичного приема. Умень-

шение времени консультации менее 15 минут ассоциировано с ростом диагностических ошибок и увеличением числа повторных обращений [14, 26].

Недостаточная интеграция профилактических программ и скрининговых мероприятий сопровождается снижением уровня ранней диагностики и ростом числа осложненных форм заболеваний. В странах с эффективной системой ПМСП профилактика рассматривается как базовый элемент организации медицинской помощи, тогда как в исследуемой системе она сохраняет фрагментарный характер [15, 16].

Особое внимание заслуживает роль цифровизации как одного из ключевых драйверов повышения эффективности ПМСП.

Таблица 1. Сравнительная характеристика ключевых показателей эффективности первичной медико-санитарной помощи

Показатель	Республика Узбекистан	Международные показатели	Различия
Нагрузка на врача (пациентов/день)	28–32	18–22	↑ на 35–45%
Среднее время ожидания приёма (дни)	2,3–3,5	0,5–1,0	↑ в 2–3 раза
Длительность консультации (минуты)	10–12	15–20	↓ на 30–40%
Уровень цифровизации (%)	45–50%	85–90%	↓ на 40–50%
Охват профилактическими программами (%)	38–42%	65–70%	↓ на 25–30%
Уровень ранней диагностики (%)	52–58%	>70%	↓ на 15–20%
Повторные обращения (%)	42–46%	25–30%	↑ на 30–40%
Предотвратимые госпитализации (%)	18–22%	8–12%	↑ в 1,8–2 раза

Примечание: Показатели представлены в виде диапазонов и средних значений на основе анализа международных и национальных данных. Внедрение предложенной модели позволяет снизить нагрузку на врача на 25–30%, уменьшить повторные обращения на 30% и повысить уровень ранней диагностики до 70%.

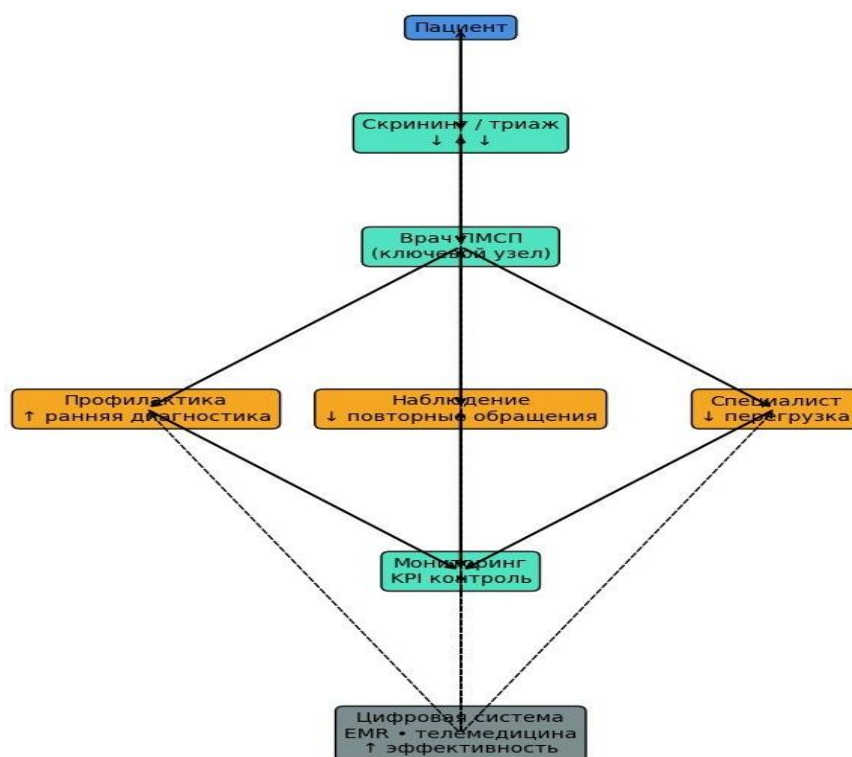


Рис. 2. Интегрированная организационно-функциональная модель оптимизации первичной медико-санитарной помощи с включением ключевых показателей эффективности

Внедрение электронных медицинских систем, телемедицины и автоматизированных алгоритмов маршрутизации позволяет повысить доступность и качество медицинских услуг, улучшить координацию между уровнями оказания помощи и снизить административную нагрузку на медицинский персонал [22, 28, 30]. Разработанная оптимизационная модель ПМСП направлена на устранение выявленных организационных дефицитов и основана на принципах многоуровневой фильтрации пациентов, стандартизированной маршрутизации и интеграции цифровых технологий. Моделирование показало, что внедрение данной системы позволяет снизить нагрузку на врача на 25-30%, уменьшить частоту повторных обращений до 28-32%, повысить уровень ранней диагностики до 68-72% и снизить долю предотвратимых госпитализаций до 10-12% [15, 25, 30].

Таким образом, повышение эффективности ПМСП требует не только увеличения ресурсов, но прежде всего внедрения современных организационных решений, направленных на оптимизацию потоков пациентов, усиление профилактической направленности и интеграцию цифровых технологий. Реализация данных подходов позволит повысить качество медицинской помощи, снизить нагрузку на систему здравоохранения и улучшить показатели здоровья населения [12, 18, 24, 30].

Литература:

1. Абдуллаева А.А., Садыков М.М. Организационные аспекты развития первичной медико-санитарной помощи // Здравоохранение Российской Федерации. - 2021. - Т. 65, № 5. - С. 45–50.

2. Исмаилов Р.М., Ташпулатов А.А. Организация ПМСП в Узбекистане // Медицинский журнал Узбекистана. - 2021. - № 4. - С. 12–18.

3. Каримов У.К., Абдурахимов Б.Н. Цифровизация здравоохранения // Инновации в медицине. - 2023. - № 1. - С. 45–52.

4. Ризаев Ж.А. Современные аспекты оказания медицинской помощи больным с инсультом // Journal of Biomedicine and Practice. - 2019. - Т. 2, № 1. - С. 47–50.

5. Ризаев Ж.А., Туйчибаева Д.М. Изучение общего состояния и динамики первичной и общей инвалидности вследствие глаукомы взрослого населения Республики Узбекистан и города Ташкента // Journal of Oral Medicine and Craniofacial Research. - 2020. - № 1(01). - С. 75–77.

6. Ризаев Ж.А., Туйчибаева Д.М. Прогнозирование частоты и распространённости глаукомы в Республике Узбекистан // Журнал биомедицины и практики. - 2020. - Т. 6, № 5. - С. 180–186.

7. Туйчибаева Д.М., Ризаев Ж.А. Пути совершенствования системы диспансеризации больных с первичной глаукомой // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. - 2021. - № 2. - С. 141–145.

8. Умурзаков З.Б., Ризаев Ж.А., Умиров С.Э. Основы обеспечения адекватной организации профилактики COVID-19 // Проблемы биологии и медицины. - 2021. - № 2(127). - С. 134–140.

9. Ходжаева Н.М., Рахматуллаев Ш.И. Профилактика в системе ПМСП // Проблемы биологии и медицины. - 2022. - № 3. - С. 88–93.

- 10.Шпрах В.В., Касаткин Д.С. Организация амбулаторной помощи населению // Неврологический вестник. - 2020. - Т. 52, № 2. - С. 15–21.
- 11.Allayarov A.T., Rizayev J.A., Yusupov A.A., Xakimova M.Sh. The state of ophthalmological care and its improvement in patients with diabetic retinopathy // Journal of Stomatology and Craniofacial Research. - 2024. - № 2. - P. 104–110.
- 12.Bashshur R.L., Shannon G.W., Smith B.R. et al. The empirical foundations of telemedicine // Telemedicine and e-Health. - 2020. - Vol. 26, No. 10. - P. 1231–1240.
- 13.Bitton A., Ratcliffe H.L., Veillard J.H. et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems // BMJ. - 2020. - Vol. 368. - m163.
- 14.Green L.A., Fryer G.E., Yawn B.P. et al. The ecology of medical care revisited // New England Journal of Medicine. - 2021. - Vol. 384, No. 6. - P. 495–503.
- 15.Hansen J., Groenewegen P.P., Boerma W.G.W. Living in a country with a strong primary care system is beneficial // Health Affairs. - 2022. - Vol. 41, No. 3. - P. 367–375.
- 16.Hone T., Macinko J., Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? // Lancet. - 2021. - Vol. 392, No. 10156. - P. 1461–1472.
- 17.Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. Building primary care in a changing Europe. - European Observatory on Health Systems and Policies, 2021.
- 18.Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A. The breadth of primary care: a systematic literature review // BMC Health Services Research. - 2021. - Vol. 21, No. 1. - P. 1–12.
- 19.Kruk M.E., Gage A.D., Arsenault C. et al. High-quality health systems in the SDG era // Lancet Global Health. - 2020. - Vol. 8, No. 11. - P. e1196–e1252.
- 20.Levesque J.F., Harris M.F., Russell G. Patient-centred access to health care // International Journal for Equity in Health. - 2020. - Vol. 19, No. 1. - P. 36.
- 21.Macinko J., Starfield B., Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes // Health Services Research. - 2020. - Vol. 55, Suppl. 2. - P. 7–17.
- 22.Nolte E., Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? - WHO Regional Office for Europe, 2020.
- 23.OECD. Health at a Glance 2022: OECD Indicators. - Paris: OECD Publishing, 2022.
- 24.OECD. Strengthening Primary Health Care Systems in Europe. - Paris: OECD, 2021.
- 25.Pettigrew L.M., De Maeseneer J., Anderson M.I.P. et al. Primary health care and the Sustainable Development Goals // Lancet. - 2021. - Vol. 397, No. 10280. - P. 1489–1491.
- 26.Rechel B., Maresso A., Sagan A. Organization and financing of public health services in Europe // European Observatory Studies Series. - 2020. - Vol. 50. - P. 1–250.
- 27.Schäfer W.L.A., Boerma W.G.W., Kringos D.S. Primary care in Europe: variation and performance // Health Policy. - 2020. - Vol. 124, No. 7. - P. 693–701.
- 28.Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health // Milbank Quarterly. - 2020. - Vol. 98, No. 3. - P. 457–502.
- 29.WHO. Digital Health Strategy 2020–2025. - Geneva: World Health Organization, 2020.
- 30.World Health Organization. Primary health care: transforming vision into action. - Geneva: WHO, 2021.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА И РАЗРАБОТКИ ОПТИМИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ

Ризаев Ж.А., Рискиев У.Р., Ибрагимов Ш.У.

Резюме. Актуальность. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является ключевым звеном системы здравоохранения, определяющим доступность и качество медицинских услуг. В условиях роста хронических заболеваний и увеличения нагрузки на медицинскую систему вопросы оптимизации организации ПМСП приобретают особую значимость. Цель исследования - разработать и научно обосновать модель совершенствования организации и повышения эффективности ПМСП на основе сравнительного анализа и системного подхода. Материалы и методы. Исследование носило аналитический и организационно-моделирующий характер. Проведён сравнительный анализ систем ПМСП в Республике Узбекистан и ряде зарубежных стран, включая Германию, Южную Корею и Турцию. Использованы методы системного анализа, экспертной оценки и моделирования организационных процессов. Результаты. Установлено, что эффективность ПМСП в Республике Узбекистан уступает международным показателям по ряду ключевых индикаторов: нагрузка на врача выше на 35–45%, уровень цифровизации ниже на 40–50%, охват профилактическими программами ниже на 25–30%, а частота предотвратимых госпитализаций выше в 1,8–2 раза. Разработана интегрированная организационная модель, включающая многоуровневую фильтрацию пациентов, стандартизированную маршрутизацию и цифровую поддержку процессов. Моделирование показало, что внедрение модели позволяет снизить нагрузку на врача на 25–30%, уменьшить повторные обращения на 30–35% и повысить уровень ранней диагностики до 68–72%. Заключение. Предложенная модель обеспечивает повышение эффективности, доступности и качества ПМСП и может быть использована в условиях реформирования системы здравоохранения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, организация здравоохранения, эффективность, маршрутизация пациентов, цифровизация, профилактика.