

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2026-2-578-594

СОПОСТАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА Г. МОСКВЫ С РЕГИОНАЛЬНЫМИ И МЕЖДУНАРОДНЫМИ СИСТЕМАМИ

В.А. Белкина, А.В. Уткин, Д.Ю. Каримова

*Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ
Государственный научный центр Российской Федерации «Федеральный медицинский
биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства
России, г. Москва*

Введение. Федеральная программа «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (НММО ПМСП) стала прямым продолжением пилотного проекта «Бережливая поликлиника» и получила нормативное закрепление в методических рекомендациях Минздрава РФ как целевая организационная модель, где увязаны уровни зрелости, показатели доступности, качества и удовлетворенности пациентов, а также требования к цифровой инфраструктуре.

Цель. Провести сопоставительный анализ организационной модели ПМСП Центрального административного округа г. Москвы с региональными и международными системами.

Материалы и методы. Проведен систематизированный анализ 192 научных публикаций (99 англоязычных, 93 русскоязычные) из баз данных PubMed, Web of Science, Scopus, eLibrary и КиберЛенинка за 2019–2026 годы, а также нормативно-правовых документов. Для детального анализа отобраны, по ключевым словам первичная медико-санитарная помощь, организационная модель здравоохранения, зарубежное здравоохранение, 36 из них.

Результаты и обсуждение. В исследованиях цифровой зрелости первичного звена на сегодняшний день для субъектов РФ предлагаются интегральные индексы, учитывающие не только общий уровень цифровизации, но и конкретные параметры — в частности, оснащенность медицинских организаций высокоскоростным интернетом и степень использования телемедицины. Подобная оценка позволяет разводить регионы не по формальному участию в проекте, а по реальному потенциалу внедрения бережливых подходов. Международный опыт показывает: в мегаполисе с неоднородной демографической структурой, где сосуществуют «стареющие» районы и высокомобильные работающие группы, устойчивый эффект возникает не от одной цифровизации как таковой, а от связки процессной управляемости — маршрутов, ожидания, распределения нагрузки — с развитыми каналами цифрового доступа. Такие закономерности демонстрирует здравоохранение Японии, США, Канады, ОАЭ и ряда других стран. Европейский контекст в целом задает более широкую рамку. Смысловой акцент смещается к системности. В докладе OECD «Health at a Glance 2023» подчеркивается центральное значение укрепленной ПМСП и цифровых инструментов — электронных записей, телемедицины, пациентских порталов — для устойчивости систем здравоохранения и для управления нагрузкой. Речь идет не о частной модернизации, а о базовой архитектуре.

Выводы. Международные сопоставления в итоге показывают довольно ясную закономерность: цифровизация первичного звена выступает необходимым, но сама по себе недостаточным условием устойчивого роста эффективности, тогда как максимальный

результат достигается при соединении цифровых каналов доступа с управляемыми маршрутами, выравниванием нагрузки и мерами по снижению цифрового неравенства.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, организационная модель здравоохранения, зарубежное здравоохранение

COMPARISON OF THE ORGANIZATIONAL MODEL OF THE PRIMARY MEDICAL CARE IN THE CENTRAL ADMINISTRATIVE DISTRICT OF MOSCOW WITH REGIONAL AND INTERNATIONAL SYSTEMS

V.A. Belkina, A.V. Utkin, D.Yu. Karimova

Medical and Biological University of Innovation and Continuing Education of the Federal State Budgetary Institution State Research Center of the Russian Federation "Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan" of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow

Introduction. The Federal program "New Model of a Medical Organization Providing Primary Health Care" (NMOM PHC) became a direct continuation of the pilot project "Lean Polyclinic" and was regulated in the methodological recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation as a target organizational model that links the levels of maturity, indicators of accessibility, quality, and patient satisfaction, as well as requirements for digital infrastructure.

Purpose. To conduct a comparative analysis of the organizational model of PHC in the Central Administrative District of Moscow with regional and international systems.

Materials and methods. A systematic analysis of 192 scientific publications (99 in English, 93 in Russian) from the PubMed, Web of Science, Scopus, eLibrary, and CyberLeninka databases for 2019–2026, as well as regulatory documents, was conducted. For detailed analysis, 36 publications were selected based on the keywords primary health care, healthcare organizational model, and foreign healthcare.

Results and discussion. In the studies of the digital maturity of the primary healthcare sector, integral indices are proposed for the constituent entities of the Russian Federation, which take into account not only the overall level of digitalization, but also specific parameters, such as the availability of high-speed internet in medical organizations and the extent of telemedicine use. This assessment allows for the differentiation of regions based on their actual potential for implementing lean approaches, rather than their formal participation in the project. International experience shows that in a metropolis with a heterogeneous demographic structure, where "aging" areas and highly mobile working groups coexist, a sustainable effect is achieved not only through digitalization per se, but also through the combination of process management, such as routing, waiting times, and workload distribution, with well-developed digital access channels. This pattern is evident in the healthcare systems of Japan, the United States, Canada, the United Arab Emirates, and several other countries. The European context provides a broader framework for this approach. The focus is shifting to system-level solutions. The OECD's "Health at a Glance 2023" report highlights the central importance of strengthened primary healthcare and digital tools, such as electronic records, telemedicine, and patient portals, for the sustainability of healthcare systems and for managing workload. This is not about private modernization but about the underlying architecture.

Conclusions. International comparisons ultimately show a fairly clear pattern: the digitalization of the primary sector is a necessary but insufficient condition for sustainable growth in efficiency, while

the maximum result is achieved by combining digital access channels with managed routes, load balancing, and measures to reduce digital inequality.

Keywords: primary healthcare, the organizational model of healthcare, foreign healthcare

Введение. Федеральная программа «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (НММО ПМСП) стала прямым продолжением пилотного проекта «Бережливая поликлиника» и получила нормативное закрепление в методических рекомендациях Минздрава РФ и НМИЦ ТПМ. В редакциях последних лет, подготовленных коллективом под руководством Е.В. Каракулиной, НММО ПМСП описывается уже не как набор разрозненных улучшений, а как целевая организационная модель, где увязаны уровни зрелости, показатели доступности, качества и удовлетворенности пациентов, а также требования к цифровой инфраструктуре. Цифры показательны. По федеральным отчетам и методическим материалам, к концу 2024 г. участие в тиражировании НММО ПМСП должно охватить не менее 77,6% поликлиник и поликлинических подразделений во всех 85 субъектах РФ [1, 2].

Цель. Провести сопоставительный анализ организационной модели первичной медико-санитарной помощи Центрального административного округа г. Москвы с региональными и международными системами.

Материалы и методы. Проведен систематизированный анализ 192 научных публикаций (99 англоязычных, 93 русскоязычные) из баз данных PubMed, Web of Science, Scopus, eLibrary и КиберЛенинка за 2019–2026 годы, а также нормативно-правовых документов. Для детального анализа отобраны 36 источников по ключевым словам первичная медико-санитарная помощь, организационная модель здравоохранения.

Результаты и обсуждение. На уровне практики выяснилось, что в крупных городах успех внедрения НММО ПМСП определяется не одной только регламентацией потоков пациентов и перераспределением маршрутов внутри учреждения. Этого мало. В ряде публикаций прямо подчеркивается зависимость результатов от состояния цифровой среды: наличия высокоскоростного доступа в интернет, защищенных каналов связи и интегрированных медицинских информационных систем, без которых бережливые решения теряют управленческую точность и хуже встраиваются в повседневную работу поликлиники [3, 4].

Сдвиг заметен и в исследованиях цифровой зрелости первичного звена, где для субъектов РФ предлагаются интегральные индексы, учитывающие не только общий уровень

цифровизации, но и конкретные параметры — в частности, оснащенность медицинских организаций высокоскоростным интернетом и степень использования телемедицины. Логика здесь вполне прозрачна. Подобная оценка позволяет разводить регионы не по формальному участию в проекте, а по реальному потенциалу внедрения бережливых подходов и НММО, то есть по вероятной эффективности организационных изменений в конкретной инфраструктурной среде [4].

Итоги проекта и специфика ЦАО Москвы

Для Городской поликлиники (ГП) № 220 Департамента здравоохранения г. Москвы и ее филиалов, работающих в Центральном административном округе (ЦАО), исходные условия выглядят иными: учреждение встроено в уже сложившуюся городскую экосистему ЕМИАС/ЕМК и опирается на развитые цифровые сервисы, которые в других территориях еще только формируются. Это существенное преимущество. По данным открытых городских рейтингов и независимой оценки качества условий оказания услуг (НОК), поликлиники ЦАО, включая ГП № 220, занимают ведущие позиции по удовлетворенности пациентов, организации маршрутизации и доступности записи [5, 6]. При этом анализ обращений граждан, в том числе через региональные цифровые платформы еЦУР, показывает достаточно жесткую зависимость: снижение числа жалоб и рост рейтинга учреждения связаны прежде всего с улучшением организационных процессов и клиентских сервисов [7].

Для ЦАО Москвы НММО ПМСП, следовательно, разворачивается не в условиях догоняющей модернизации, а на фоне уже высокой цифровой зрелости, работающих каналов обратной связи и устойчивой ориентации на удовлетворенность пациентов. Контекст благоприятный. Именно в такой среде принципы бережливого производства получают не декларативное, а вполне прикладное продолжение, а амбулаторная помощь — дополнительный ресурс для дальнейшего организационного совершенствования.

Сравнение с другими регионами России

Практика внедрения НММО ПМСП и проектов «Бережливая поликлиника» складывается по регионам неравномерно. Разрыв заметен сразу. При внешнем единстве федеральной рамки результаты зависят от локальной управленческой культуры, состояния кадрового ресурса, цифровой базы и способности региональной системы здравоохранения переводить методические установки в устойчивые организационные решения, а не в краткосрочные кампании с ограниченным эффектом.

В Республике Татарстан бережливые технологии разворачиваются не только в общей сети первичного звена, но и в специализированных сегментах здравоохранения, включая профпатологическую помощь, где акцент сделан на упорядочивании потоков пациентов, сокращении времени ожидания и перенастройке внутренних процессов медицинских организаций. Картина здесь предметная. Анализ потоков создания ценности в региональной службе выявил избыточные временные потери, перегрузку персонала и слабую преемственность между медицинскими организациями; именно такое сочетание проблем и стало основанием для внедрения бережливых инструментов и поэтапного перехода системы к целевому состоянию [7, 8].

Иной ракурс задает Тульская область, вошедшая в число пилотных регионов федерального проекта «Бережливая поликлиника». В методических материалах и публикациях, подготовленных совместно с Минздравом области и ТулГУ, показано, что реинжиниринг процессов регистратуры — внедрение электронной очереди, предварительной записи и стандартизированных сценариев обслуживания — позволил убрать «живые» очереди и заметно сократить время ожидания на ключевых отрезках маршрута пациента [9, 10]. Сдвиг оказался вполне осязаемым.

Совсем другая ситуация сохраняется в ряде территорий Сибири, Дальнего Востока, а также в отдельных субъектах Центрального и Северо-Западного федеральных округов, где масштабирование НММО по-прежнему упирается в кадровый дефицит и инфраструктурную слабость первичного звена. Ограничения здесь системные. Исследования, опубликованные в рецензируемых журналах в 2023-2024 гг., показывают, что даже при наличии федерального финансирования и типовых методических рекомендаций не исчезают диспропорции в обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом, а развитие цифровой инфраструктуры медицинских организаций остается неравномерным [11-13].

При всем при том опыт других субъектов РФ показывает не столько единый сценарий внедрения, сколько вариативность темпов и масштабов реализации бережливых проектов. В одних территориях новая модель медицинской организации вводилась через быстрое расширение числа участников, в других — через более осторожное, ступенчатое наращивание охвата и постепенное достижение целевых критериев соответствия НММО, что прямо указывает на различия в организационных возможностях и в ресурсной обеспеченности региональных систем здравоохранения [14]. Механизм работает по-разному.

Более прикладное выражение та же логика получает в субъектах, где модернизация первичного звена опирается одновременно на принципы НММО ПМСП и на цифровые решения, включая Калининградскую область. Показателен частный результат. В публикации Шикиной И.Б. и соавт. (2020) показано, что развитие амбулаторных служб, организация профилактических осмотров и использование электронных сервисов связаны с ростом удовлетворенности медицинской помощью среди населения старше 60 лет [15].

На этом фоне сопоставление с московской практикой, прежде всего с ЦАО, задает верхнюю точку сравнения: столица демонстрирует наиболее высокий уровень цифровизации, более выстроенную организацию потоков и устойчиво высокую удовлетворенность пациентов, тогда как в регионах с затяжным кадровым и инфраструктурным дефицитом эффекты НММО часто оказываются частичными и не складываются в целостную модель преобразований. Контраст очевиден. Вместе с тем федеральная методическая поддержка, внимание к оценке цифровой зрелости и развитие каналов обратной связи с гражданами — еЦУР, НОК — постепенно создают условия для выравнивания качества первичной помощи, пусть и не в одном темпе, а через разные траектории регионального движения [1, 13].

*Международные сопоставления и ориентиры совершенствования ПМСП для
мегаполиса с неоднородной демографической структурой*

Для корректной интерпретации результатов НММО ПМСП и московской практики ЦАО требуется сопоставление с зарубежными моделями организации первичной помощи, регулирования доступности и масштабирования цифровых сервисов. Без сравнительного ракурса картина неполна. Международный опыт показывает: в мегаполисе с неоднородной демографической структурой, где сосуществуют «стареющие» районы и высококомобильные работающие группы, устойчивый эффект возникает не от одной цифровизации как таковой, а от связки процессной управляемости — маршрутов, ожидания, распределения нагрузки — с развитыми каналами цифрового доступа (16-18).

Великобритания через систему NHS демонстрирует одну из наиболее выстроенных моделей управления доступностью первичной помощи. Цифры здесь показательны. По данным GP Patient Survey и отчетов NHS England, в 2024 г. более половины пациентов получали очный прием в первичном звене в день обращения или на следующий день, заметная доля визитов приходилась на срок до двух недель, а статистика ONS по опыту доступа к GP фиксировала около 39% приемов в день обращения, примерно 45% — в течение двух недель и порядка 16% — с ожиданием дольше [19]. Именно такие параметры выступают ориентиром

для регулирования спроса и времени ожидания при высокой нагрузке. Стратегические документы, включая «NHS Long Term Plan», а также развитие NHS App подтверждают устойчивое расширение цифровых взаимодействий — онлайн-записи, электронных рецептов, доступа к сведениям о здоровье — как части модели “digital-first” [20, 21].

Американский опыт, напротив, хорошо высвечивает риски роста ожидания в условиях высокой фрагментации системы и ограниченной пропускной способности. Ситуация жесткая. Согласно отчету AMN Healthcare «2025 Survey of Physician Appointment Wait Times and Medicare and Medicaid Acceptance Rates», средний срок ожидания записи к врачу для новых пациентов в крупных агломерациях достигал 31 дня, что на 19% выше уровня 2022 г. и на 48% больше по сравнению с 2004 г. [22]. Для Москвы и ЦАО подобное сопоставление имеет прикладной смысл: оно подчеркивает значение управляемых маршрутов и плотной городской сети первичной помощи как инструмента, сдерживающего нарастание ожидания при высоком спросе.

Канада и ряд других стран с развитым первичным звеном показывают уже другую линию — встраивание виртуальных контактов в стандартный маршрут пациента. Логика меняется заметно. Отчеты Канадского института информации по здравоохранению (СИН) указывают на устойчивую интеграцию виртуальной помощи в первичное звено и на измеримые эффекты по доступности, тогда как на уровне провинций складываются модели, балансирующие очные и дистанционные консультации [17, 24]. Одновременно исследования периода пандемии COVID-19 в США и Канаде показали, что расширение виртуальной помощи не сопровождалось ростом обращений в отделения неотложной помощи, но отчетливо выявило проблему цифрового неравенства — более низкую вовлеченность пожилых и социально уязвимых групп [16-18]. Для ЦАО отсюда вытекает вполне практический вывод: телемедицину следует развивать вместе с поддержкой пользователей, включая обучение и сохранение альтернативных каналов доступа.

Япония дает особенно важный ориентир для территорий с выраженным старением населения. Контекст показателен. Страна относится к числу «суперстареющих»: доля населения 65+ приближается к 29% к 2024 г., а такая демографическая конфигурация требует гериатрически ориентированных моделей ПМСП, тесной стыковки медицинской и социальной поддержки, а также устойчивого акцента на профилактике и наблюдении хронических НИЗ [24]. Для «стареющих» районов ЦАО наибольший интерес представляют

практики координации на уровне врача первичного звена, элементы патронажа и домашнего наблюдения, а также использование телемониторинга пациентов с НИЗ [24].

Китайский опыт важен в другом отношении: КНР демонстрирует быстрый рост дистанционных форм помощи и последовательную институционализацию цифровых каналов. Темп здесь высокий. За последние годы в стране сформировалась крупная сеть интернет-больниц и телемедицинских сервисов, интегрированных с первичным звеном; обзоры фиксируют движение от первых пилотов 2015 г. к сотням организаций в 2020-х гг., а также распространение дистанционных консультаций, повторных рецептов и сопровождения хронических пациентов [25,26]. В статистических бюллетенях Национальной комиссии здравоохранения отдельно отмечается масштабирование телемедицины: к 2023 г. дистанционные сервисы были внедрены в большинстве государственных больниц второго уровня и выше при параллельном развитии сети городских центров первичной помощи [27]. Для ЦАО подобный опыт подтверждает потенциал перевода части обращений — повторных консультаций, контрольных визитов, получения результатов — в дистанционный формат ради разгрузки очных приемов [25, 27, 28].

Скандинавские страны, в частности Норвегия, показывают значение зрелой цифровой инфраструктуры первичного звена. Здесь важен интерфейс. Национальный портал Helsenorge обеспечивает онлайн-запись к врачу, электронные консультации в текстовом и видеоформате, а также доступ к личным медицинским данным; по данным исследований, более 20% консультаций врача общей практики включали электронное взаимодействие, а 58% участников опроса связывали внедрение электронных консультаций с улучшением качества лечения [28]. Норвежский пример подчеркивает значение удобного «единого окна» цифровых услуг при одновременном сохранении очных маршрутов для групп риска.

Бразилия, в свою очередь, интересна как пример командно-ориентированной организации первичной помощи. Модель работает иначе. Программа семейной медицины (Family Health Strategy, FHS) ассоциирована со снижением госпитализаций по состояниям, чувствительным к амбулаторной помощи (ACSC), и с улучшением охвата профилактическими услугами [29, 30]. Для ЦАО подобный опыт особенно важен как аргумент в пользу усиления командной работы, мультидисциплинарности, профилактической направленности и более последовательного сопровождения хронических пациентов [29, 30].

Саудовская Аравия демонстрирует уже масштаб национальной цифровой интеграции. Масштаб впечатляет. Проект Seha Virtual Hospital и платформа «Sehhaty» развернуты как

массовые цифровые сервисы: по данным Минздрава и международных обзоров, виртуальный госпиталь подключает более 150-200 больниц, расширяя доступ к специализированной помощи вне зависимости от места проживания, а приложение Sehhaty действует как единая «витрина» цифровых медицинских услуг для миллионов пользователей [31-34]. Для ЦАО особенно ценны подходы к созданию единого пользовательского интерфейса и к связке виртуальных и очных маршрутов [32-34].

Опыт ОАЭ, прежде всего Абу-Даби, подчеркивает роль интегрированной медицинской информации в обеспечении непрерывности маршрута пациента. Здесь решает связность. Система обмена медицинской информацией «Malaffi» объединяет медицинские организации и дает клиницистам доступ к единой записи пациента в режиме реального времени, что повышает преемственность и управляемость маршрутизации [35]. Такая логика сопоставима с развитием интегрированных цифровых контуров в крупных городах и напрямую поддерживает управляемые маршруты пациента в масштабных городских сетях [35].

Европейский контекст в целом задает более широкую рамку. Смысловой акцент смещается к системности. В докладе OECD «Health at a Glance 2023» подчеркивается центральное значение укрепленной ПМСП и цифровых инструментов — электронных записей, телемедицины, пациентских порталов — для устойчивости систем здравоохранения и для управления нагрузкой [36]. Речь идет не о частной модернизации, а о базовой архитектуре.

Заключение. Международные сопоставления в итоге показывают довольно ясную закономерность: цифровизация первичного звена выступает необходимым, но сама по себе недостаточным условием устойчивого роста эффективности, тогда как максимальный результат достигается при соединении цифровых каналов доступа с управляемыми маршрутами, выравниванием нагрузки и мерами по снижению цифрового неравенства. Для ЦАО Москвы, где сочетаются выраженное демографическое старение и высокая концентрация экономически активного, «цифрово продвинутого» населения, наибольшую актуальность приобретают развитие сильной пациентоориентированной ПМСП, углубленная интеграция цифровых сервисов и удержание баланса между очными и виртуальными форматами обслуживания.

Список литературы

1. Каракулина Е. В., Щеголев П.Е., Ходырева И.Н. Новая модель медицинской организации (4-е издание): методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, 2024; 308 с. Текст: электронный. doi:10.15829/ROPNIZ-k10-2024.EDNVZHF.
URL:https://medrakityanskayar31.gosweb.gosuslugi.ru/netcat_files/8/9/2_MR_TsPMSP_Novaya_model_meditinskoy_organizatsii_4.pdf (дата обращения: 10.11.2025).
2. Каракулина Е. В., Вергазова Э.К., Ходырева И.Н. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь: методические рекомендации (2-е изд. с доп. и уточн.) (утв. Минздравом РФ 30.07.2019). Текст: электронный. URL:https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/052/045/original/Medicinskaya_pomosh_na_domu_2020.pdf?1600334887 (дата обращения: 10.11.2025).
3. Вошев Д. В., Сон И.М., Вошева Н.А. Медицинские информационные системы как элемент инфраструктурной готовности ПМСП. Текст: электронный . Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2023;(9)10:71–79.
4. Тлигулов Ю. А., Ходакова О.В. Результаты аудита цифровой зрелости медицинской организации как основа управленческих решений. Текст: электронный. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;(4):464–476.
5. Вошев, Д. В. Скоростной интернет в медицинских организациях как показатель «цифровой зрелости» первичной медико-санитарной помощи. Текст: электронный. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;(4):127–144.
6. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators Paris: OECD Publishing, 2023. Текст : электронный. DOI: 10.1787/7a7afb35-en. URL: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (дата обращения: 10.11.2025).
7. Примачева, А. Р., Сабгайда Т.П., Тришина П.И., Гурняк И.С. Отражают ли обращения пациентов их удовлетворенность медицинской помощью? Текст: электронный. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;(4):310–331.
8. Сабитова М. М., Берхеева З.М. Возможности использования бережливых технологий в профпатологической службе Республики Татарстан. Текст: электронный. Медицина труда и промышленная экология. 2019;59(9):739–740. DOI:10.31089/1026–9428-2019-59-9-739-740.
9. Семина Т. А., Томаева М.А., Торшхоева Т.Т., Китанина К.Ю. Реализация проекта «Бережливая поликлиника в Тульской области»: методические рекомендации. Тула: Изд-во

ТулГУ, 2017;36 с. Текст: электронный. – URL: <http://medtsu.tula.ru/uml/17bp12.pdf> (дата обращения: 10.11.2025).

10. Царенко А. С. «Бережливое государство»: перспективы применения бережливых технологий в госуправлении в России и за рубежом. Текст: электронный. Государственное управление (Электронный вестник). 2014;(45):74–109. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/berezhlivoe-gosudarstvo-perspektivy-primeneniya-berezhlivyh-tehnologiy-v-gosudarstvennom-upravlenii-v-rossii-i-za-rubezhom> (дата обращения: 10.11.2025).

11. Вошев Д. В., Вошева Н.А., Сон И.М., Драпкина О.М. Инновационные подходы к развитию ПМСП с применением цифровых технологий. Дальневосточный медицинский журнал. 2023;(4):139–150.

12. Вошев Д. В. Скоростной интернет в медицинских организациях как показатель «цифровой зрелости» первичной медико-санитарной помощи. Текст: электронный. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;(4):127–144.

13. Примачева А. Р., Сабгайда Т.П., Тришина П.И., Гурняк И.С. Отражают ли обращения пациентов их удовлетворенность медицинской помощью? Текст: электронный. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;(4):310–331. –

14. Сенижук А. И., Дружинина Ю.В., Важаева С.С., Климович К.И. Реализация проекта «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» на региональном уровне. Текст: электронный. Вестник Ивановской медицинской академии. 2022;27(4):13–17. DOI: 10.52246/1606–8157_2022_27_4_13.

15. Шикина, И. Б., Чухриенко И.Ю., Задоркина Т.Г. Самооценка здоровья и удовлетворенность медицинской помощью сельского населения 60+. Текст: электронный. Менеджер здравоохранения. 2020;(10):36–43.

16. Canadian Institute for Health Information. Virtual care in Canada: strengthening data and information. Ottawa: CIHI, 2022. Текст : электронный.

17. Glazier R. H., Green M.E., F. C. Wu Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. Текст : электронный. CMAJ. – 2021. – Т. 193, № 6. – С. E200–E210. – DOI: 10.1503/cmaj.202303.

18. Wakeman M., Buckman D.W., S. El-Toukhy. Disparities in digital health care use in 2022. Текст:электронный. JAMA Network Open. 2025;8(4): e255359. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2025.5359.

19. Office for National Statistics (ONS). Experiences of NHS healthcare services in England: September 2024. Текст: электронный. URL: <https://www.ons.gov.uk> (дата обращения: 10.11.2025).
20. NHS Digital. NHS App Management Information — 26.09.2025; background data quality: 2025. URL: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-app-statis> NHS England. The NHS Long Term Plan : London: NHS England, 2019. Текст: электронный. URL: <https://www.longtermplan.nhs.uk/tics/august-2025> (дата обращения: 10.11.2025).
21. NHS England. The NHS Long Term Plan. London : NHS England, 2019. Текст: электронный. URL: <https://www.longtermplan.nhs.uk> (дата обращения: 10.11.2025).
22. AMN Healthcare. 2025 Survey of Physician Appointment Wait Times and Medicare and Medicaid Acceptance Rates : report. Dallas, 2025;45 p.
23. Canadian Institute for Health Information. Virtual care in Canada: strengthening data and information. Ottawa: CIHI, 2022. Текст: электронный. URL: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/virtual-care-in-canada-strengthening-data-information-report-en.pdf> (дата обращения: 10.11.2025).
24. World Bank. Population ages 65 and above (% of total). Japan (SP.POP.65UP.TO.ZS). 2024.
25. Liang L. Development status of Internet hospitals in China. Текст: электронный Clinical Medicine. 2023;5(2):1056.
26. Wang S., Wang X., Zhou Y., Xu J. Utilization of, satisfaction toward, and challenges for Internet-based healthcare services provided by primary health institutions: evidence from China/ Текст : электронный. Frontiers in Public Health. 2023;(10) DOI: 10.3389/fpubh.2022.1100634.
27. National Health Commission of the People's Republic of China. Statistical Communiqué on the Development of Health Services in China 2023. Beijing, 2024.
28. Zanaboni P., Fagerlund A.J. Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their GP in Norway. Текст: электронный. BMJ Open. 2020;10(6):e034773. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034773.
29. Macinko J., Harris M.J. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. Текст: электронный . New England Journal of Medicine. 2015;372(23):2177–2181. DOI: 10.1056/NEJMp1501140.

30. Pinto L. F., Giovanella L. The family health strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions. Текст: электронный. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1903–1914. – DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.
31. Almoajel A., Alnuwaysir N., Ghazzai A. Alotaibi Digital health in Saudi Arabia: user perspectives, adoption rates, benefits, and challenges. Текст: электронный. *Journal of Medicine, Law & Public Health*. 2025;5(4):727–738. DOI: 10.52609/jmlph.v5i4.229.
32. Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia. Seha Virtual Hospital: annual report 2023–2024. Riyadh, 2024.
33. Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia. Seha Virtual Hospital: project description. 2025.
34. Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia. Sehhaty Platform: unified health platform of MOH. 2025.
35. Malaffi – Abu Dhabi Health Information Exchange: About. – Department of Health – Abu Dhabi, 2021. Текст: электронный. URL: <https://www.malaffi.ae> (дата обращения: 10.11.2025).
36. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Текст: электронный. Paris : OECD Publishing, 2023. DOI: 10.1787/7a7afb35-en.

References

1. Karakulina E. V., Shchegolev P.E., Khodyreva I.N. New model of medical organization (4th edition): methodological recommendations. M.: ROPNIZ, 2024; 308 p. Text: electronic. doi: 10.15829/ROPNIZ-k10-2024. EDN VZHF.
2. Karakulina E. V., Vergazova E.K., Khodyreva I.N. New model of a medical organization providing primary health care: methodological recommendations (2nd ed. with add. and ref.) (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation on 30.07.2019).
3. Voshev D. V., Son I.M., Vosheva N.A. Medical Information Systems as an Element of Primary Health Care Infrastructure Readiness. Text: electronic . *Problems of Standardization in Healthcare*. 2023;(9)10:71–79.
4. Tligurov Yu. A., Khodakova O.V. Results of the audit of the digital maturity of a medical organization as a basis for managerial decisions. Text: electronic. *Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2024;(4):464–476.

5. Voshev, D. V. High-speed Internet in medical organizations as an indicator of the “digital maturity” of primary health care. Text: electronic. Modern problems of healthcare and medical statistics. 2024;(4):127–144.
6. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators Paris: OECD Publishing, 2023. Text: electronic. DOI: 10.1787/7a7afb35-en.
7. Primacheva, A. R., Sabgayda T.P., Trishina P.I., and Gurnyak I.S. Do patients' complaints reflect their satisfaction with medical care? Text: electronic. Modern Problems of Healthcare and Medical Statistics. 2024;(4):310–331.
8. Sabitova M. M., Berkheeva Z. M. Possibilities of Using Lean Technologies in the Occupational Pathology Service of the Republic of Tatarstan. Text: electronic. Occupational Medicine and Industrial Ecology. 2019;59(9):739–740. DOI:10.31089/1026–9428-2019-59-9-739-740.
9. Semina T. A., Tomaeva M.A., Torshkhoyeva T.T., Kitanina K.Yu. Implementation of the "Lean Polyclinic in the Tula Region" Project: Methodological Recommendations. Tula: Tula State University Publishing House, 2017;36 p.
10. Tsarenko, A. S. "The Lean State": Prospects for Applying Lean Technologies in Public Administration in Russia and Abroad. Text: electronic. Public Administration (Electronic Bulletin). 2014;(45):74–109.
11. Voshev D. V., Vosheva N.A., Son I.M., Drapkina O.M. Innovative approaches to the development of primary health care using digital technologies. Text: electronic. Far Eastern Medical Journal. 2023;(4):139–150.
12. Voshev D. V. High-Speed Internet in Medical Organizations as an Indicator of the "Digital Maturity" of Primary Health Care. Text: electronic. Modern Problems of Healthcare and Medical Statistics. 2024;(4):127–144.
13. Primacheva A. R., Sabgayda T.P., Trishina P.I., Gurnyak I.S. Do patients' complaints reflect their satisfaction with medical care? Text: electronic. Modern Problems of Healthcare and Medical Statistics. 2024;(4):310–331.
14. Senizhuk A. I., Druzhinina Yu.V., Vazhaeva S.S., Klimovich K.I. Implementation of the project "New model of a medical organization providing primary health care" at the regional level. Text: electronic. Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. 2022;27(4):13–17.DOI:10.52246/1606–8157_2022_27_4_13.

15. Shikina, I. B., Chukhrienko I. Yu., Zadorkina T. G. Self-assessment of health and satisfaction with medical care among rural population aged 60+. Text: electronic. Healthcare Manager. 2020;(10):36–43.
16. Canadian Institute for Health Information. Virtual care in Canada: strengthening data and information. Ottawa: CIHI, 2022.
17. Glazier R. H., Green M.E., F. C. Wu Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. Text : electronic. CMAJ. 2021;193(6): Pp. E200–E210. DOI: 10.1503/cmaj.202303.
18. Wakeman M., Buckman D.W., S. El-Toukhy. Disparities in digital health care use in 2022. Текст: электронный. JAMA Network Open. 2025;8(4):e255359. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2025.5359.
19. Office for National Statistics (ONS). Experiences of NHS healthcare services in England: September 2024. Text : electronic. URL: <https://www.ons.gov.uk> (accessed: 10.11.2025).
20. NHS Digital. NHS App Management Information — 26.09.2025; background data quality: 2025.
21. NHS England. The NHS Long Term Plan. London : NHS England, 2019. Text : electronic. URL: <https://www.longtermplan.nhs.uk> (accessed: 10.11.2025).
22. AMN Healthcare. 2025 Survey of Physician Appointment Wait Times and Medicare and Medicaid Acceptance Rates : report. Dallas, 2025;45 p.
23. Canadian Institute for Health Information. Virtual Care in Canada: Strengthening Data and Information. Ottawa: CIHI, 2022. Text: electronic.
24. World Bank. Population aged 65 and over (% of total). Japan (SP.POP.65UP.TO.ZS). Text: electronic. 2024.
25. Liang L. The development status of internet hospitals in China. Specialty: electronic clinical medicine. 2023;5(2):1056.
26. Wang S., Wang H., Zhou Y., Xu J. Use of Internet-based Health Services Provided by Primary Health Care Institutions, Satisfaction with Them, and Challenges They Face: Evidence from China. Frontiers in Public Health. 2023;(10) DOI: 10.3389/fpubh.2022.1100634.
27. National Health Commission of the People's Republic of China. Statistical Communiqué on the Development of Health Services in China for 2023. Beijing, 2024.

28. Zanaboni P., Fagerlund A.J. Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their GP in Norway. Text: electronic BMJ Open. 2020;10(6):e034773. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034773.
29. Macinko J., Harris M.J. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. Text: electronic. New England Journal of Medicine. 2015;372(23):2177–2181. DOI:10.1056/NEJMp1501140.
30. Pinto L. F., Giovanella L. The family health strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions. Text: electronic. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6):1903–1914. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.
31. Almoajel A., Alnuwaysir N., Ghazzai A. Alotaibi Digital health in Saudi Arabia: user perspectives, adoption rates, benefits, and challenges. Text: electronic. Journal of Medicine, Law & Public Health. 2025;5(4):727–738. DOI: 10.52609/jmlph.v5i4.229.
32. Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia. Seha Virtual Hospital: annual report 2023–2024. Riyadh, 2024.
33. Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia. Seha Virtual Hospital: project description. 2025.
34. Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia. Sehhaty Platform: unified health platform of MOH. 2025.
35. Malaiffi – Abu Dhabi Health Information Exchange: About. – Department of Health – Abu Dhabi, 2021. Text: electronic.
36. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Text: electronic. Paris : OECD Publishing, 2023. DOI: 10.1787/7a7afb35-en.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

Сведения об авторах

Белкина Валерия Алексеевна – соискатель кафедры Общественное здоровье и здравоохранение, Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ Государственный научный центр Российской Федерации «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23. E-mail: El5263@mail.ru, ORCID 0009-0005-9104-6630

Уткин Александр Владимирович – аспирант кафедры Общественное здоровье и здравоохранение, Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ Государственный научный центр Российской Федерации «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23. E-mail: alex2284@inbox.ru, ORCID 0009-0002-6623-1656

Каримова Дания Юсуфовна – доктор медицинских наук, профессор; профессор кафедры Общественное здоровье и здравоохранение, Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ Государственный научный центр Российской Федерации «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23. E-mail: danial_karimova@mail.ru, ORCID 0000-0002-9971-8156

Information about the authors

Belkina Valeria Alekseevna is a PhD student at the Department of Public Health and Healthcare at the Medical and Biological University of Innovation and Continuing Education of the Federal State Budgetary Institution State Research Center of the Russian Federation Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 23 Marshal Novikov Street, Moscow, 123098. E-mail: E-ler5263@mail.ru, ORCID 0009-0005-9104-6630

Utkin Alexander Vladimirovich is a postgraduate student at the Department of Public Health and Healthcare at the Medical and Biological University of Innovations and Continuing Education of the Federal State Budgetary Institution State Research Center of the Russian Federation Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 23 Marshal Novikov Street, Moscow, 123098. E-mail: alex2284@inbox.ru, ORCID 0009-0002-6623-1656

Karimova Daniia Yusufovna – Doctor of Medical Sciences, Professor; Professor of the Department of Public Health and Public Health of the Medical and Biological University of Innovation and Continuing Education, Federal State Budgetary Institution State Scientific Center of the Russian Federation "Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan" of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 23 Marshala Novikova str., Moscow, 123098.-mail: danial_karimova@mail.ru, ORCID 0000-0002-9971-8156, SPIN: 6518-0847

Статья получена: 01.04.2026 г.
Принята к публикации: 25.06.2026

г.