

ЕЩЕ РАЗ О КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ...

Ованесян Р.А.

*Только чиновник способен взять бумагу идеального качества,
покрыть ее чернилами идеального качества –
и сделать эту комбинацию не стоящей и гроша ломаного.*

Милтон Фридман

Приведенное в качестве эпиграфа высказывание известного американского экономиста, лауреата Нобелевской премии Милтона Фридмана поразительно созвучно выдержке из Ереванской декларации, принятой в 2012 году на конференции «Доказательная медицина в Армении»: «Низкий уровень информационной грамотности создает почву для процветания в медицинском сообществе некомпетентности и обмана, а также возникновения конфликтов интересов на всех уровнях системы здравоохранения. <...> Некомпетентность чиновника проявляется в неспособности организовать процесс подготовки директивных документов на основе «прозрачных» процедур и синтеза доброкачественных научных данных ...» [1].

Вникнув в суть вышеизложенного становится ясным, что нельзя обойти вниманием одну немаловажную и, на наш взгляд, давно уже ставшую хронической для наших чиновников проблему: разрыв между «словом и делом» и не попытаться провести анализ этого феномена. В данном случае речь пойдет о стандартизации здравоохранения.

Проблемы стандартизации медицины, равно как и внедрение стандартов в практическое здравоохранение далеко не так однозначны, как это может показаться с первого взгляда. Налицо дилемма: отвергнуть практический опыт и интуицию врача и руководствоваться протоколами, алгоритмами, системами поддержки принятия клинического решения или же работать по старинке, так как нас учили, начиная с мединститута, и как мы сами учились на протяжении пройденного врачебного пути методом «проб и ошибок». Подобное «шатание» как в ту, так и в другую сторону сопряжено с определенными рисками и чревато непредсказуемыми последствиями как для профессиональной карьеры врача, так и для здоровья пациента. По выражению Т. Ланга: «Измерения и вероятностные заключения могут оказывать большую помощь в медицине, но они во многих случаях еще не в состоянии заменить опыт, проницательность и интуицию» [2].

Следует отметить, что в свое время мы уже обращались к теме стандартизации [3; 4]. История, что и говорить, весьма занимательная ...

Итак, в 2007 году, по поручению Министерства здравоохранения РА в Национальном институте здравоохранения МЗ РА был разработан пакет документов «Концепция стандартизации здравоохранения Армении», в котором были сформулированы основные положения процесса разработки и внедрения протоколов ведения больных, основанные на международных рекомендациях, с учетом особенностей системы здравоохранения Армении. Однако, весь пакет документов, скорее всего не попал по назначению, о чем свидетельствует полное умолчание и отсутствие каких либо дальнейших подвижек в этом направлении со стороны лиц принимающих решение (decision-maker).

В 2011 году начался новый виток в процессе стандартизации: снова последовало распоряжение Минздрава о создании руководящего документа о стандартизации здравоохранения. Таковой документ, с учетом существенных изменений, произошедших по прошествии 4 лет в мировом информационном пространстве вследствие прогресса медицинской науки и практики, был разработан¹

¹ совместно с сотрудниками Агентства международного развития США (USAID HS-STAR) К. Габриелян и М. Киракосяном.

и утвержден в виде приказа МЗ N2630-Ц от 28 декабря 2011г. «О разработке, обновлении и мониторинге клинических стандартов, механизмах финансового и технического обеспечения и ответственных структурных подразделениях» [5]. В основу приказа легли положения вышеупомянутой, так и не удостоившейся рассмотрения и не утвержденной Правительством, Концепции стандартизации здравоохранения.

Затем, по прошествии годичного «тайм-аута», взятого Минздравом, в 2012 году последовало новое распоряжение о создании уже директивного документа, который был утвержден в виде приказа МЗ N2612-Ц от 14 ноября 2012г. «Об утверждении методических указаний по разработке клинических стандартов, состава рабочих групп и графика обучающих семинаров» [6]. В отличие от предыдущего приказа N2630-Ц, в последнем были четко оговорены сроки проведения методических семинаров для членов рабочих групп по разработке протоколов, сроки представления разработанных протоколов, а также фамилии конкретных лиц, ответственных за выполнение приказа.

Повторимся: и этот приказ также не был выполнен.² Возникает вопрос: какую реакцию можно было ожидать от Минздрава на прямую обструкцию своих приказов со стороны медицинской элиты? ³ Ответ: парадоксальную! Вместо неизбежных, и в данном случае обоснованных, оргвыводов в октябре 2013г. Минздравом Армении был подписан меморандум с финской стороной (<http://news.am/rus/news/176313.html>), в рамках которого компания «Duodecim» обязалась помочь армянской стороне в адаптации финских клинических рекомендаций.

На наш взгляд решение абсолютно нелогичное по следующим причинам:

- большинство международных и национальных клинических рекомендаций находится в открытом доступе в Интернете и ими может пользоваться любой врач в любой точке мира;⁴
- упомянутые финские клинические рекомендации в 2010г. были переведены на русский язык (более знакомый и употребляемый армянскими врачами, нежели английский) российскими коллегами и выложены в свободном доступе в Интернете, а печатный вариант имеется в Республиканской научной медицинской библиотеке (<http://www.medlib.am>);
- международные клинические рекомендации рассчитаны на определенный уровень развития медицины и определенные ресурсы здравоохранения и внедрение их в Армении потребует (кроме интеллектуальных и финансовых затрат на перевод текста с английского на армянский) значительных усилий по адаптации;
- естественный процесс адаптации в данном случае неизбежно будет осложнен наличием существенной диспропорции между городским и сельским здравоохранением Армении;
- клинические рекомендации по сути не являются юридическим документом,⁵ и их выполнение целиком и полностью зависит от желания конкретного врача и наличных ресурсов конкретного медицинского учреждения;

² скорее всего, именно это обстоятельство явилось причиной последующего «изъятия» упомянутых приказов из официального сайта МЗ РА (http://www.moh.am/?section=static_pages/index&id=587).

³ в состав рабочих групп входят видные представители различных медицинских специальностей, а председателями рабочих групп являются главные специалисты МЗ РА (академики, профессоры, директора НИИ, заведующие соответствующими кафедрами ЕГМУ).

⁴ в этом легко убедиться: достаточно набрать в окошке любого поискового сервера ключевые слова «клинические рекомендации» на русском языке или «clinical guidelines» на английском.

- согласно решениям Правительства Армении N46 от 31 октября 2002г. и N24 от 19 июня 2008г. министерству здравоохранения было поручено разработать как клинические рекомендации, так и стандарты;
- согласно решению Правительства N24 срок представления разработанных клинических стандартов и рекомендаций истекает в 2013г.

Таким образом, вышеприведенный пример наглядно демонстрирует всю тщетность, а учитывая значительные, абсолютно излишние финансовые затраты, даже пагубность политики волевого приказного подхода к процессу стандартизации здравоохранения.

После такого экскурса в недавнее прошлое попытаемся разобраться: что же, собственно, является «камнем преткновения» для успешной инициации процесса стандартизации отечественного здравоохранения, иначе говоря: имеются ли объективные или субъективные причины, препятствующие внедрению медицинских стандартов?

На наш взгляд, наиболее значимые из них:

- низкий уровень компетентности информационной грамотности практических врачей и руководителей здравоохранения различного ранга;
- пассивное и активное сопротивление идеям доказательной медицины (ДМ) со стороны медицинского истеблишмента, индустриальной и государственной бюрократии;
- пассивное неприятие идеи стандартизации в медицине со стороны практических врачей, опять таки вследствие недостаточной информированности;
- отсутствие в программах дипломного и последипломного медицинского образования, а также непрерывного профессионального развития врачей учебных дисциплин «клиническая эпидемиология» и «доказательная медицина».

Возникает вопрос: существуют ли пути оптимального решения вышеуказанных вопросов? Для ответа вначале обратимся к классическим определениям понятий: «медицинский стандарт», «качество медицинской помощи», «оценка медицинских технологий», «клинические рекомендации».

Медицинский стандарт (МС). *Медицинским стандартом называется система знаний, умений, навыков и условий, определяющих возможность выполнения определенного вида медицинской деятельности.*

Выделяют следующие типы МС:

- диагностические;
- лечебно-технологические;
- стандарты оценки качества лечения;
- финансово-экономические;
- научно-исследовательские;
- профессиональные.

Качество медицинской помощи (КМП). *Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам.*

Выделяют следующие характеристики КМП:

- профессиональная компетенция;

⁵ юридический документ – материальный носитель, оформленный и составленный в соответствии с требованиями действующего законодательства, создающий у лиц права и обязанности (<https://en.wikipedia.org/wiki/Document>).

- эффективность;
- безопасность;
- доступность;
- оптимальность;
- непрерывность;
- удовлетворенность ожиданий пациентов.

КМП включает три основных компонента (триада Донабедеяна):

1. Качество структуры (структурный подход к обеспечению и оценке).
2. Качество технологии (процессуальный подход к обеспечению и оценке).
3. Качество результата (результативный подход к обеспечению и оценке).

Оценка медицинских технологий (ОМТ). *Оценка медицинских технологий предполагает выбор из имеющихся альтернативных лечебно-диагностических методов оптимальных, обеспечивающих получение максимальной выгоды для здоровья населения при заданном уровне затрат. ОМТ призвана способствовать рациональному принятию решений о видах услуг, которые система здравоохранения должна оказывать населению (определение приоритетов), и о способах их оказания.*

Таким образом, ОМТ это систематическая формализованная деятельность, подразумевающая:

- поиск и оценку данных о медицинских технологиях (методах диагностики, лечения, профилактики, реабилитации) после вывода последних на рынок;
- подготовку специального отчета (с рекомендациями по применению технологии);
- планирование научных исследований для восполнения пробелов в знаниях.

Клинические рекомендации (КР). *Клинические рекомендации – это периодически обновляемые положения, помогающие практическому врачу и пациенту принять правильное клиническое решение.*

Основу этих рекомендаций составляют клинические контролируемые исследования (желательно, рандомизированные с двойным «слепым» контролем) и сделанные на их основе систематический обзор и мета-анализ. КР обычно являются результатом длительной кропотливой работы специалистов на основе консенсуса, разрабатываются профессиональными медицинскими ассоциациями и предназначены врачам и организаторам здравоохранения, которые могут их использовать для подбора оптимальной терапии, разработки индикаторов качества и управления лечебно-диагностическим процессом, а также программ непрерывного профессионального развития врачей.

После краткого представления дефиниций ключевых понятий процесса стандартизации проведем обзор существующих Законов РА, решений Правительства РА и приказов МЗ РА по анализируемой проблеме.

Законы Республики Армения. Закон о здравоохранении в Республике Армения до сих пор не принят; действует, принятый в 1996 году, «Закон о медицинской помощи и обслуживании населения» [7]. В данном Законе о МС, КМП и ОМТ ничего не сказано.

Решения Правительства Республики Армения. Решение Правительства РА от 31 октября 2002г. N46 «Концепция об управлении и улучшении качества медицинской помощи, оказываемой населению РА» (далее в тексте «Концепция») [8]. В параграфе 2.1 статьи 2-ой Концепции сказано: «В системе здравоохранения РА впредь будет осуществляться стратегия, направленная на улучшение качества медицинской помощи, основанная на следующих компонентах процесса обеспечения качества:

- реализация профессиональных функций (технологическое качество),
- правильное использование ресурсов (техническое качество),
- лонтроль уровня риска (риск нанесения вреда или развития другого заболевания вследствие примененного лечебного вмешательства/помощи),
- удовлетворение населения (больных) от полученной медицинской помощи».

Как видим, приведенные дефиниции компонентов КМП у отечественных законодателей значительно отличаются от таковых у А. Донабедея [9] и изложенных в рекомендациях рабочей группы по обеспечению качества Европейского регионального бюро ВОЗ (1991). Для полной ясности раскроем определение компонентов КМП:

Качество структуры – это составляющая КМП, описывающая условия ее оказания.

Качество технологии – это составляющая КМП, описывающая процесс оказания медицинской помощи.

Качество результата – это составляющая КМП, описывающая результат оказания медицинской помощи, т.е. отношение фактически достигнутых результатов к планируемым.

Таким образом, в Концепции помимо некорректно изложенных компонентов КМП (пункты 1 и 2) в скобках перепутана также их интерпретация (технологический и технический аспекты). Помимо этого, добавлены несуществующие компонент о ятрогении (пункт 3) и компонент об удовлетворенности пациентов (пункт 4). На самом деле, компоненты 3 и 4 Концепции входят в характеристику «врачебных ошибок», которые должны быть учтены при оценке качества технологии (2-ой компонент триады).

Справедливости ради, скажем, что далее в статье 3 Концепции все таки перечислены компоненты КМП с цитированием А.Донабедея.

Далее в статье 5-ой, параграф 5.2 Концепции имеется весьма важное, на наш взгляд, выражение: «Для оценки и заключения о характеристике качества здравоохраненных услуг необходимы *критерии и стандарты...*», а в статье 9-ой: «...соответствие предоставленной медицинской помощи действующим *критериям*⁶» (курсив наш – РО).

Обобщая вышесказанное, отметим, что несмотря на определенные погрешности Концепция, по сути, явилась первым официальным документом, в котором были озвучены термины: КМП, стандарты и критерии МП, оценка КМП и т.п.

Обратимся теперь ко второму, не менее важному, Решению Правительства РА от 19 июня 2008г. N24 «Стратегия первичной охраны здоровья населения РА» (далее в тексте «Стратегия») [10]. В статье III, параграф 1.2 Стратегии приведены компоненты оценки КМП (структура, процесс, результат) с определенными искажениями и купюрами. Однако, наше внимание привлек отнюдь не парафраз авторского текста А.Донабедея и международных рекомендаций, а выражение, приведенное в пункте «б» параграфа 1.3 статьи III: «Министерство здравоохранения берет на себя обязанности лидера в вопросах обеспечения и дальнейшего развития качества медицинской помощи с приоритетной реализацией следующих функций...

б. координация работ по разработке и обновлению *клинических стандартов (протоколы и рекомендации), основанных на доказательной медицине*, обеспечив участие заинтересованных сторон» (курсив наш – РО).

В данном пункте фактически постулируется примат методологии ДМ при разработке клинических стандартов, а также дается классификация самих стандартов в виде протоколов ведения больных и клинических рекомендаций. Остается непонятным, каким образом при отсутствии систематического обучения разработчиков методологии КЭ и ДМ можно поручить им процесс «разработки и обновления клинических стандартов».

⁶ авторы Концепции, очевидно, имели ввиду «стандартам», несмотря на то, что в параграфе 5.2 сами указывают, что понятия «критерий» и «стандарт» далеко не тождественны.

Однако перлом «чиновничьего искусства», несомненно, следует считать изложенный в приложении к Стратегии перечень мероприятий по её выполнению с указанием сроков (см. приложение к настоящей статье).

Итак, проведем обзор положений, изложенных в приложении к Стратегии.

1. Пункт 1.1): «Улучшение основных показателей здоровья населения *путем последовательного совершенствования и контроля качества медицинской помощи* и услуг в первичном звене и, таким образом, способствование *снижению нищеты среди населения республики*» (курсив наш – РО). Возникает вопрос: каким образом совершенствование и контроль качества МП могут привести к снижению уровня нищеты населения?⁷ Конечно, при большом желании можно выявить корреляционные связи между числом фонарных столбов и количеством бездомных кошек под ними, однако, полноте господя чиновники...
2. Создается впечатление, что авторы Стратегии не совсем ясно представляют себе (вернее, абсолютно не представляют), что означают понятия «клинические рекомендации» и «протоколы ведения больных», иначе бы в тексте не фигурировали выражения: «*Рекомендации по ведению сахарного диабета*», «*Рекомендации по ведению больных с болями в области грудной клетки*», «*Рекомендации по ведению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки*» и в то же время: «*Стандарт раннего выявления злокачественных новообразований*», «*Стандарт выявления глаукомы*» «...*стандартов ведения болезней*» и т.д. (пункты 1.1) и 2.1) (курсив наш – Р.О). К сведению авторов, *болезнь вести невозможно, можно и нужно вести больного* с той или иной нозологией (инфаркт миокарда, инсульт), синдромом (острый коронарный синдром, ДВС-синдром, острый респираторный дистресс-синдром) или же в определенной клинической ситуации (сердечно-легочная реанимация, желудочно-кишечные кровотечения) и в таком случае это уже не *рекомендация*, а *протокол ведения конкретного больного в конкретной ситуации с конкретным заболеванием или синдромом*.
3. Согласно графику все положения, изложенные в пункте 1.1) приложения к настоящей статье, должны были быть выполнены в течение последней декады декабря 2008г. Разработка и внедрение стандартов, касающихся неинфекционных заболеваний должны были быть выполнены в течение 2008-2013гг. Напомним, что ответственным исполнителем решений Правительства, согласно Стратегии, является МЗ РА.
4. Наконец, заключительный аккорд в тексте Стратегии (пункт 2.1).1.), являющийся, по сути, голословным (невозможно разрабатывать и утверждать что либо, не зная фундаментальных основ разработки): в течение 2008-2009гг. «Разработка и утверждение клинических рекомендаций и стандартов, основанных на доказательной медицине» (курсив наш – РО).

Приказы Министерства здравоохранения Республики Армения. После столь уверенного и, по мнению авторов Стратегии обоснованного декларирования положений, обязательных к исполнению в утвержденные Правительством сроки, мы, естественно, пожелаем убедиться исполнены ли последние на самом деле (на дворе сентябрь 2015 года!). Обратимся к официальному сайту МЗ РА

⁷ наоборот: внедрение «протокольной медицины» неизбежно приведет к росту расходов как со стороны государства (госзаказ), так и со стороны пациентов (непосредственные выплаты за медицинские услуги).

(<http://www.moh.am>). На странице сайта «Путеводители»⁸ имеется 40 документов с различными заглавиями: «Методическое пособие...», «Путеводитель...», «Методический путеводитель...», «Стандарт...», «Пособие...», «Основные положения...», «Современные подходы...», «Профессиональные путеводители...», «Путеводитель по ведению больных...», «Методические указания по клиническому ведению больных...». Налицо разноголосица заглавий, несовместимая со статусом официальных документов. При этом, часть представленных документов утверждена соответствующими приказами МЗ, а другая по непонятным причинам не удостоилась такой чести (?). После беглого ознакомления с представленными на сайте документами смеем уверить, что ни один из них не соответствует даже положениям, декларированным в цитированных нами решениях Правительства и, тем более, международным стандартам, принятым для подобного рода официальных документов. Более того, даже наименования документов не соответствуют положениям уже цитированных нами Приказов МЗ [5; 6]. В документах не указаны фамилии как авторов и разработчиков КР, так и рецензентов, а также отсутствуют указатели литературы. Отсутствуют такие обязательные для формата КР разделы, как оценка возможных организационных, поведенческих и финансовых последствий внедрения, раскрытие конфликта интересов, информация о независимости разработчиков, учет взглядов предполагаемых пользователей. Что же касается смыслового содержания самих документов и их соответствия стандартам разработки КР, то таковой анализ будет представлен нами в последующих публикациях.

Заключение. В течение последних 20 лет в мире развивалась методология создания КР. В настоящее время перед внедрением каких-либо КР в практическую медицину настоятельно рекомендуется оценка качества методологии составления этих рекомендаций. Наиболее авторитетным инструментом для оценки качества методологии КР является система AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. www.agreecollaboration.org) [11].

КР не имеют формальной юридической силы, а скорее являются инструментом, помогающим врачам принять оптимальное клиническое решение. Следует учитывать, что во всем мире (Армения не является исключением) существует большой разрыв между существующими рекомендациями и реальной клинической практикой. Вследствие этого и с целью максимального приближения рекомендаций к текущей клинической практике на основе международных КР разрабатываются *Национальные протоколы ведения больных с определенной нозологией, определенным синдромом и в определенной клинической ситуации.*

К сожалению, в нашем здравоохранном делопроизводстве преобладает подход, основанный на профессиональной некомпетентности лиц, принимающих решения. В этом контексте все, казалось бы, нелогичные решения правительства становятся легко объяснимыми и понятными. Действительно, невозможно объяснить человеку, уверенному в том, что Земля плоская, закон Ньютона о всемирном тяготении. Мои суждения о степени компетентности чиновников различного ранга могут показаться читателю излишне категоричными, однако судите сами: за истекшие 10-15 лет, несмотря на решения Правительства (пусть и непрофессионально составленные, неоднозначные, сырые и научно необоснованные) о создании стандартов МП, повышении КМП и т.п. и приказы Минздрава о разработке клинических стандартов «воз и поныне там». Создается впечатление, что все официальные

⁸ в нашем прочтении – «клинические рекомендации»; скорее всего, в данном случае имел место буквальный перевод с английского языка на армянский: мн. число «guidelines» – «նվգնլցմեր»; в таком случае возникает вопрос: почему «guideline» в ед. числе не – «նլգնլի» – «ориентир, вежа»?

документы со стороны чиновников Минздрава и Правительства «сочиняются» исключительно с целью поставить «галочку» в уже порядком осточертевшем процессе стандартизации здравоохранения. Иначе, чем объяснить поистине пренебрежительное, безответственное отношение разработчиков к работе по составлению КР, которое не только порочит профессиональное медицинское сообщество в своем Отечестве, но и создает отрицательный имидж армянских специалистов в глазах зарубежных коллег. Более того, существенные различия в формате представленных на сайте Минздрава документов свидетельствуют об отсутствии централизованного руководства процессом (разработка, внедрение, аудит, мониторинг КР) со стороны уполномоченных органов (Минздрав и Правительство РА). Опять таки весьма логично: как можно руководить каким либо процессом, не зная основ и методологии процесса?

Вот и выстраивается вполне логическая цепочка: Правительство выносит некачественное, заведомо невыполнимое директивное решение – Минздрав отчитывается (отписывается) перед Правительством путем создания соответствующих эфемерных приказов – главные специалисты МЗ, не обладая необходимой компетентностью, разрабатывают документы, именуемые «КР» – практические врачи, прекрасно осознавая показной характер происходящего, продолжают работать так, как принято в конкретном лечебно-профилактическом учреждении.

Немаловажное значение имеет также низкий уровень информационной грамотности практических врачей, которые на сегодня так и не разобрались, что им, в конце концов, поможет принимать правильные клинические решения и при этом остаться в правовом поле. Однако если навязать врачу протоколы ведения больных в приказном порядке, то может сложиться ситуация по негативному типу обратной связи: «я использую методы диагностики и препараты, которые имеются под рукой», или же врач вообще откажется от оказания МП, ибо невыполнение протокола автоматически приведет его на скамью подсудимых. Вот и стоит рядовой врач перед дилеммой: работать по протоколу, ряд положений которого изначально не может быть выполнен или же работать по старинке, как его учили 10-20 лет назад. В обоих случаях высока вероятность допущения медицинской ошибки и налицо юридическая незащищенность. Учитывая также социальную незащищенность и нищенскую зарплату, отсутствие мотивации к профессиональному непрерывному развитию,⁹ вполне понятно неприятие горемычным врачом каких-либо инноваций в лечебном процессе. В итоге, складывается ситуация, когда ни руководителю лечебно-профилактического учреждения, ни практическому врачу и, тем более, ни лицам, принимающим решения, внедрение «протокольной медицины» абсолютно невыгодно, в первую очередь, по финансовым, социальным, юридическим и личностно-коммуникационным мотивам.

Таким образом, остаемся в уверенности, что продолжать процесс стандартизации в том виде, в каком он регламентируется Правительством и Минздравом РА занятие абсолютно бесперспективное и рассчитанное на низкий уровень компетентности информационной грамотности как практических врачей, так и потенциальных потребителей медицинских услуг.

Литература

1. Ереванская декларация последовательном продвижении принципов доказательной медицины. http://www.medlib.am/conference/Yerevan_declaration_final_rus.pdf
2. Ланг Т.А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов. – Москва: Практическая Медицина. – 2011. – с. 480.

⁹ Приказом МЗ РА N627 от 03.09.2001г. было приостановлено лицензирование медицинских работников и фармацевтов. Однако это совсем другая история ...

3. Ованесян Р.А. Проблемы, связанные с внедрением медицинских стандартов в здравоохранение Армении// Армянский медицинский реферативный журнал. – 2005. – N4. – с. 122-130.
<http://www.medlib.am/Jurnal/2005/RU/5.pdf>
4. От главного редактора//Армянский медицинский реферативный журнал. – 2013. – N10. – с. 103-108.
<http://www.medlib.am/Jurnal/2013/RU/0.pdf>
5. «ՀՀ կլինիկական չափորոշիչների տեսակների, չափորոշավորման պատասխանատու օղակների, գործառույթների, կառուցվածքային և ֆինանսա-տեխնիկական ապահովման մեխանիզմների, կլինիկական չափորոշիչների մշակման, կանոնավոր վերանայման և վերահսկման կանոնակարգ»: Հաստատված է ՀՀ ԱՆ 2011 թ. դեկտեմբերի 28-ի N2630-Ս հրամանով:
6. «Կլինիկական չափորոշիչների մշակման/վերանայման աշխատանքային խմբերի կազմը, ուսումնական դասընթացների ժամանակացույցը և չափորոշիչների մշակման մեթոդական ցուցումները հաստատելու մասին»: Հաստատված է ՀՀ ԱՆ 2012թ. նոյեմբերի 14-ի N2612-Ս հրամանով:
7. ՀՀ Օրենք բնակչության բժշկական օգնության եւ սպասարկման մասին (04.03.1996):
<http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1688&lang=arm>
8. ՀՀ բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման և կառավարման հայեցակարգ: Հաստատված է ՀՀ Կառավարության 2002թ. հոկտեմբերի 31-ի N46 արձանագրային որոշմամբ: <http://www.gov.am>
9. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Vol. II. The criteria and standards of quality, 1982; Vol. III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.
10. ՀՀ բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ռազմավարությունը (2008-2013 թթ.): Հաստատված է ՀՀ Կառավարության 2008թ. հունիսի 19-ի N24 արձանագրային որոշմամբ: <http://www.gov.am>
11. Власов В.В. Анализ методологии подготовки проектов клинических рекомендаций, опубликованных на сайте Российского общества психиатров. <http://psychiatr.ru/download/1323?view=1&name=lett-Kekel-Neznan4v.pdf>

Приложение

N	Цель	Мероприятия	Сроки выполнения	Ответственные исполнители
1	Реализация мероприятий, направленных на разработку и применение методов обеспечения, управления и улучшения медицинской помощи на первичном уровне охраны здоровья			
1)	Улучшение основных показателей здоровья населения путем последовательного совершенствования и контроля качества медицинской помощи и услуг в первичном звене и, таким образом, способствование снижению нищенства среди населения республики	1. При помощи механизмов контроля качества разработка и внедрение механизмов выявления/идентификации задач, связанных с качеством медицинской помощи 2. Разработка и утверждение клинических рекомендаций и стандартов, основанных на доказательной медицине 1) Стандарт организации профилактического осмотра врачами первичной охраны здоровья 2) Рекомендации по раннему выявлению рака молочной железы врачами первичной охраны здоровья 3) Стандарт раннего выявления злокачественных новообразований врачами первичной охраны здоровья 4) Рекомендации по ведению больных артериальной гипертензией врачами первичной охраны здоровья 5) Стандарт выявления глаукомы для семейных врачей 6) Рекомендации по ведению сахарного диабета для семейного врача и семейной медсестры	2008 -2009гг. 3-ья декада декабря 2008г. 3-ья декада декабря 2008г. 3-ья декада декабря 2008г. 3-ья декада декабря 2008г. 3-ья декада декабря 2008г. 3-ья декада декабря 2008г.	Министерство здравоохранения РА

		7) Рекомендации по ведению больных с болями в области грудной клетки врачами первичной охраны здоровья 8) Рекомендации по ведению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачами первичной охраны здоровья 3. Разработка и внедрение новых форм медицинского учета и отчетности 4. Применение механизмов последовательного аудита и мониторинга процесса улучшения качества и его результатов	3-ья декада декабря 2008г. 3-ья декада декабря 2008г. 2009-2010гг. 2010-2013гг.	
2	Реализация мероприятий, направленных на профилактику неинфекционных заболеваний на первичном уровне охраны здоровья			
1)	Путем раннего выявления и профилактики наиболее распространенных неинфекционных болезней снижение показателей смертности и инвалидности от этих болезней среди населения республики	1. Разработка и внедрение стандартов раннего выявления, профилактики и лечения наиболее распространенных болезней 2. Реализация оценки и контроля процесса профилактики и лечения путем внедрения стандартов ведения болезней	начиная с 2008г. 2008-2013гг.	Министерство здравоохранения РА

Примечание: перевод с армянского наш (Р.О.); сохранены стиль и терминология оригинала; термин «նւղեցույց» переведен нами как «рекомендации», хотя, как следует из текста оригинала, авторы, по всей видимости, имели ввиду «путеводитель», буквально переведя с английского слово «guidelines».