

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК 614.2 (575.3)

МУМИНЗОДА БОБОДЖОН ГАФОР

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И ПЕРСПЕКТИВА ЕЁ РАЗВИТИЯ В
УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕКТОРА ОТРАСЛИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

по специальности:

14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

Душанбе – 2020

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья, экономики, управления (менеджмент) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный консультант: **Ахмедов Аламхон** - доктор медицинских наук, профессор, член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, иностранный член Академии естественных наук РАН

Официальные оппоненты: **Бандаев Илхомджон Сироджидинович** - доктор медицинских наук, директор ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины» МЗиСЗН РТ

Рузиев Муродали Мехмондустович - доктор медицинских наук, директор ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов” МЗиСЗН РТ

Юсупова Шоира - доктор медицинских наук, профессор

Оппонирующая организация: ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины” МЗиСЗН РТ

Защита диссертации состоится «___»_____2020 г. в___ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-010 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139;., tajmedun.@tj; телб (+992907706744)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Таджикского государственного медицинского университета им Абуали ибн Сино

Автореферат разослан «___»_____2020 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук**

Саидмуродова Г.М.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Служба скорой медицинской помощи (СМП) на современном этапе развития общества является социально значимым видом медицинской помощи. Её организация и структура во всем мире в значительной мере определяются общим уровнем развития здравоохранения и в то же время неразрывно связаны с её реформированием [Михайлович А.Г., 2005; Абдурахимов Б.И., 2007].

Гражданская война 90-х годов и её последствия, заметные экономические потрясения до середины девяностых годов особенно сильно отразились на состоянии здоровья населения и здравоохранения в целом [Ахмедов А., 2002; Абдурахимов Б.И., 2007].

По данным Б.И. Абдурахимова (2007), в различных регионах Республики Таджикистан (РТ) обеспеченность санитарным транспортом составляет от 10% до 30% от потребности, что резко влияет на качественные и количественные показатели службы скорой медицинской помощи [Абдурахимов Б.И., 2007].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в мире около 20% лиц погибает из-за отсутствия квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе, что определяет необходимость повышения роли скорой медицинской помощи населению в системах здравоохранения мира [Матер А.А., 2006; Абдурахимов Б.И., 2007; Бадаунов А.К., 2015].

Принятый в своё время Правительством РТ ряд постановлений: «Концепция реформы здравоохранения Республики Таджикистан» от 4 марта 2002 года №94; «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года» от 5 ноября 2002 года, №436; «Об утверждении стратегии финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан на 2005 - 2015 годы» от 10 мая 2005 года, №171; «Стратегия Республики Таджикистан по реструктуризации госпитальной службы на период 2006-2010 годы» от 7 сентября 2006 года, №407; «Стратегия сокращения бедности в Республике Таджикистан на 2007-2009 годы» от 03.04.2007 г., №167; «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы» от 02.08.2010 года, №368; Стратегический план рационализации медицинских учреждений Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы от 01.04.2011, №169 и «Декларация ООН: Цели развития на пороге тысячелетия к 2015 году» и др. был направлен на поддержку преемственности, межотраслевое сотрудничество и координацию национальной политики, долгосрочное планирование и системные преобразования в деле охраны здоровья населения страны.

Сложившаяся система организации догоспитального этапа службы СМП населению, ориентированная на оказание максимального объема помощи, не обеспечивает эффективность, является высокочатратной и выполняет несвойственные ей функции [Полякова М.В., 2012; Шумкин А.А., 2016].

Наличие относительно большого количества бедных семей (29,5%) в Республике Таджикистан, подверженных риску заболеваний и имеющих финансовые проблемы доступа к медицинским услугам, также осложняет проблему географического доступа. Поэтому возникла необходимость решения проблем организации и оказания населению скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в тесной связи с вопросами совершенствования работы

амбулаторно-поликлинической службы, включая переход на организацию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по принципу врача общей практики (семейного врача), стационаров одного дня, стационаров дневного пребывания, стационаров на дому и др.

Действующие законодательные и нормативно-правовые акты, принятые в период 70-80 годов, регламентирующие деятельность службы СМП, не отвечают требованиям её оказания в новых социально-экономических условиях.. Ныне действующий в РТ норматив - одна санитарная машина на 10 тыс. населения - не учитывает географических особенностей рельефа и плотность проживания населения, поскольку 93% площади республики составляют горные массивы [Абдурахимов Б.И., 2007].

Актуальность настоящего исследования определяется необходимостью комплексного изучения деятельности догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи на современном этапе её развития и разработки эффективных алгоритмов по совершенствованию и оптимизации системы управления и оказания медицинской помощи службой СМП на догоспитальном этапе.

Степень изученности научной задачи. Проведенный анализ выявил отсутствие четкой организации системы управления службой СМП и её эффективного мониторинга при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Следует отметить скудность научных работ, касающихся деятельности оказания скорой медицинской помощи населению РТ, которые, в основном, посвящены функционированию службы на отдельно взятых административных территориях, в большей степени - экстренной госпитальной помощи, что требует разработки новых подходов по совершенствованию системы управления службой СМП на догоспитальном этапе.

Теоретическими и методологическими основами исследования явились труды зарубежных ученых, сформированные в 60-80-е годы прошлого столетия. Нормативная база потребности населения в услугах службы скорой медицинской помощи основана на теории массового обслуживания. Принцип организации и показатели оценки эффективности работы службы СМП унаследованы от бывшего Советского Союза, как единая государственная система службы скорой медицинской помощи, с моноканальным источником финансирования.

Связь работы с реализацией научно-исследовательских программ

Научная работа связана с реализацией постановления Правительства Республики Таджикистан «О Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010 – 2020 гг.» от 02.08.2010 г., №368 и Государственной программы развития информационно-коммуникационной технологии, утвержденной Постановлением Правительства Республики Таджикистан №468 от 3 декабря 2004 г. в части реформирования сектора догоспитальной службы СМП, включая её цифровизацию.

Цель исследования. Изучить особенности организации и деятельности службы СМП на догоспитальном этапе в различных регионах республики, включая экстренную медицинскую помощь в ведомственных учреждениях, и разработать научно обоснованный алгоритм эффективных мероприятий по

оптимизации и дальнейшему совершенствованию работы СМП в современных социально-экономических условиях.

Объект исследования. В качестве объекта исследования выбрана служба скорой медицинской помощи и медицинские службы ведомственных учреждений Республики Таджикистан (Центры экстренной медицинской помощи, самостоятельные станции СМП и отделения СМП ГБАО, Хатлонской и Согдийской областей, РРП и г. Душанбе, медицинские службы ведомственных учреждений).

Предмет исследования. Предметом исследования явилось изучение истории организации скорой медицинской помощи и её развития, организационно-методическая и лечебно-организационная деятельность учреждений, осуществляющих догоспитальную медицинскую помощь, включая медицинские службы ведомственных учреждений и их взаимодействие в новых социально-экономических условиях.

Задачи исследования

1. Изучить историю становления и организации деятельности догоспитальной службы скорой медицинской помощи на разных административных территориях Республики Таджикистан в разные периоды её развития (до и после обретения государственной независимости), а также состояние экстренной медицинской помощи в ведомственных учреждениях.
2. Определить роль и место догоспитальной службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан до и в период организационных и структурных реформ учреждений первичной медико-санитарной помощи.
3. Оценить уровень и эффективность внедрения инновационных технологий в догоспитальной службе скорой медицинской помощи.
4. Разработать комплекс эффективных мер по дальнейшему развитию алгоритма совершенствования организации в управлении и оказании помощи на догоспитальном этапе службой скорой медицинской помощи в разных регионах республики в зависимости от климато-географических, демографических и социально-экономических условий.

Методы исследования. В ходе исследования использовались историко-аналитические методы, экспертные оценки, социологические опросы, системный и ретроспективный анализы, а также современные статистические методы, в том числе расчет относительных и средних величин с определением их достоверности, показателей динамического ряда.

Область исследования. Диссертационная работа соответствует паспорту Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, подпункт 3.5. – Исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых моделей и технологий оказания внебольничной медицинской помощи.

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами изучена мировая литература по данной проблематике. На следующем этапе была сформулирована тема и цель диссертации. В последующем проведен сбор статистических и архивных данных, нормативных баз, позволяющих изучить проблему в масштабе республики и её административно-территориальных центров.

Основная информационная и исследовательская база. В диссертационной работе подробно изучена информация (архивные материалы, научные статьи журналов, конференций, данные государственной статистики, социологического опроса, материалы практической деятельности учреждений здравоохранения) о состоянии службы скорой медицинской помощи республики.

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья, экономики и управления (менеджмент) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Достоверность результатов диссертации. Подтверждается достоверностью данных и достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследования и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе нормативно-правовой и материально-технической баз службы СМП, а также данных государственной статистической отчетности.

Научная новизна исследования. Впервые в Республике Таджикистан дана комплексная оценка становлению и развитию (история становления, развитие и функционирование) догоспитального этапа СМП на всех административных территориях до и после обретения республикой государственной независимости. Исследовано состояние кадрового потенциала, материально-технической базы центров экстренной медицинской помощи, самостоятельных станций и отделений СМП ГБАО, Хатлонской и Согдийской областей, РРП и г. Душанбе, включая применение инновационных технологий, обеспечение станции (отделений) медоборудованием и изделиями медицинского назначения, санитарным транспортом, с учетом экономических, климато-географических и демографических условий регионов республики. Проведен комплексный анализ оказания СМП населению в различных регионах республики на догоспитальном этапе и её региональных особенностей. Осуществлен анализ и дана оценка действующих нормативно-правовых документов, регламентирующих функционирование догоспитальной службы СМП республики. Установлено отсутствие детального планирования, мониторинга и оценки проведенных мероприятий в области СМП. Результаты исследования выявили существенную диспропорцию в показателях обеспеченности медицинским персоналом, медикаментами, оборудованием, санитарным транспортом, горюче-смазочными материалами, обусловленных неэффективной организацией службы СМП на местах. Выявленные недостатки и определённые достижения в работе догоспитальной службы СМП вскрыли необходимость проведения мероприятий, направленных на её развитие и непрерывное эффективное совершенствование, что обусловило выбор темы настоящего исследования.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что основные положения диссертационной работы использовались в разработке: Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан; постановлений Правительства Республики Таджикистан; приказов Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; решений председателя города Душанбе касательно службы СМП, а также в разработке форм учета работы станций (отделения)

СМП и табельного оснащения выездного врача СМП. Также основные положения работы широко реализуются в учебном процессе кафедр общественного здоровья, экономики, управления (менеджмент) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино» для интернов, клинических ординаторов, аспирантов, а также на курсах повышения квалификации врачей.

Практическая значимость исследования. Полученные результаты исследования явились основой для научного обоснования путей дальнейшего развития и алгоритма совершенствования догоспитальной службы СМП республики.

По результатам исследования научно обоснована целесообразность отделения службы скорой от неотложной медицинской помощи, приняты нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность СМП, включая разработку квалификационной характеристики врача СМП, оптимизировано содержание медицинского ящика выездного врача. Разработаны меры по дальнейшему улучшению и совершенствованию деятельности догоспитальной службы СМП на территории страны. Разработаны новые формы отчётно-учетной документации, отражающие качественные показатели службы СМП. Организованы учебно-тренировочные центры по оказанию первичной экстренной помощи для медперсонала, парамедиков, сотрудников силовых структур. Парамедики введены в состав спасательных групп КЧС, как первый этап перехода на парамедицинский уровень.

Результаты исследований внедрены в практическую деятельность догоспитальной службы СМП республики, в частности, использованы в разработке; Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан от 18.05.2017г.; постановления Правительства Республики Таджикистан «О национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 гг.» от 02.08.2010 г., №368; Плана реализации стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 – 2020 годы, утверждённой приказом Минздрава Республики Таджикистан №494 от 21.08.2010 г.; государственных инвестиционных проектов по развитию и восстановлению службы скорой медицинской помощи на период 2002-2007 гг. (кредитное соглашение Правительства Республики Таджикистан №222 от 29.01.2001 г.; кредитное соглашение Правительства Республики Таджикистан №4/440 от 28.12.2005 г.); Постановление Правительства Республики Таджикистан «Положения о системе обеспечения вызова экстренных служб на чрезвычайные ситуации по единому краткому оперативному номеру «112» от 28.04.2017 г., №214 г; приказа МЗ РТ №33 от 28.01.2010 г.; приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан «Об утверждении списка основных лекарственных средств Республики Таджикистан» №183 от 16.03.2016 г.; приказа МЗиСЗН РТ №53 от 05.02.2014 г.; приказа МЗиСЗН РТ №840 от 03.10.2015 г.

Исходя из результатов научных исследований, станция СМП г. Душанбе частично переведена на автоматизированную систему управления (АСУ) с

интеграцией спутниковой системы навигации; разработан и внедрён алгоритм очередности выполнения вызовов на основании повода к вызову, организованы учебно-тренировочные центры для обучения парамедиков; решением председателя города Душанбе №157 от 04.03.2011 года утверждена среднесрочная программа развития здравоохранения г. Душанбе на 2011 - 2015 годы, которая была направлена на укрепление материально-технической базы службы СМП. В решение председателя города Душанбе «Об ускоренном развитии народного хозяйства города Душанбе на 2015 г.» №312-1 от 11.06.2015 г. были включены вопросы размещения амбулаторий семейных врачей в высотных жилых зданиях.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Изучена история организации и становления службы СМП на различных этапах её развития. Результатами комплексного изучения деятельности догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан до и после обретения государственной независимости. Установлено, что на деятельность СМП оказывают влияние климато-географические и демографические особенности регионов республики с высокими колебаниями их обеспечения медперсоналом, санитарным транспортом, медоборудованием, выездными бригадами, что обусловлено дефектами организации службы СМП на местах.
2. Научно обоснована необходимость отделения службы скорой от неотложной медицинской помощи путем пересмотра действующих нормативно-правовых документов, регламентирующих работу догоспитальной службы скорой медицинской помощи и учреждений ПМСП, учитывая её положительные экономические аспекты на современном этапе, а также планирование и дальнейшее совершенствование ресурсного обеспечения, нормативно-правовой базы станций (отделений) скорой медицинской помощи и проведена оценка их эффективности, включая целевые программы.
3. Определен механизм взаимодействия служб скорой медицинской помощи со службой ГО и ЧС при ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций в новых социально-экономических условиях.
4. Результаты социологического исследования степени удовлетворенности пациентов и сотрудников догоспитальной службы СМП, определяющих качество медицинской помощи при её получении, также доказывают необходимость проведения реорганизации службы и её дальнейшего усовершенствования.

Личный вклад диссертанта. Диссертантом самостоятельно проведен сбор материала, разработана методика исследования и дополнительные учетные статистические карты, выполнены обобщение и анализ полученных результатов и их статистическая обработка. Доля участия автора в сборе и обработке материала - 90%. Все главы диссертации, включая статистическую обработку полученных данных, обзор литературы, описание собственных исследований, выводы и практические рекомендации написаны лично автором.

Апробация диссертации. Основные результаты и положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: III-й научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино «Новое в диагностике и лечении заболеваний человека

(Душанбе, 1997); II-й городской научно-практической конференции хирургов с международным участием «Современные технологии в неотложной хирургии органов брюшной полости» (Душанбе, 2006); III-м Общероссийском конгрессе «Управление качеством медицинской помощи и системой непрерывного образования медицинских работников» (Москва, 2011); V-м съезде хирургов Таджикистана (Душанбе, 2011); Республиканской научно-практической конференции, посвященной 20-летию независимости Республики Таджикистан «Качественная диагностика - основа лечения» (Душанбе, 2012); XXI научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ, посвященной году семьи «Формирование здоровья населения: международный и национальный опыт» (с международным участием) (Душанбе, 2015); XXIII научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Медицинское образование и здоровья в XXI веке», посвященной году молодёжи (с международным участием) (Душанбе, 2017).

Апробация диссертационной работы состоялась на заседании межкафедральной экспертно-проблемной комиссии по терапевтическим и общественным дисциплинам ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (22 января 2020 г., протокол №5/1).

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе 15 статей в журналах, включенных в реестр Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан, и одно учебное пособие.

Объем и структура диссертации. Материалы диссертации изложены на 398 страницах, включает введение, общую характеристику работы, обзор литературы, 4 главы собственных исследований, обсуждение результатов, заключение, рекомендации по практическому использованию результатов и список литературы. Диссертация иллюстрирована 47 таблицами, 9 рисунками и 104 приложениями. Библиографический указатель состоит из 411 источников, из них 340 на русском и 71 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материал и методы исследования. Используются ретроспективный анализ 80 документов, архивных материалов, данные Республиканского центра статистики и медицинской информации МЗиСЗН РТ (за период 2002-2017 гг.) и материалы других министерств и ведомств, имеющих отношение или влияние на работу службы СМП.

В исследовании изучены ретроспективный анализ 20175 карт вызовов, а также случаев возникновения стихийных бедствий, природных катаклизмов, техногенных аварий и катастроф, и вызванных ими чрезвычайных ситуаций. Изучены климато-географические, демографические условия влияющие на доступ населения к СМП, и её региональные особенности.

При выполнении исследования использовались историко-аналитический метод, метод экспертных оценок, метод социологического опроса, методы системного анализа и современные статистические методы.

При обработке относительных величин применялись обычные статистические методы расчета экстенсивных, интенсивных, однозначных показателей и динамических рядов, не требующих применения других методов статистической обработки. Статистическая обработка проведена на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel – 2010.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что до настоящего времени отсутствуют крупные исследования, освещающие становление и развитие медицинской помощи, в том числе и этапы обслуживания СМП населения в дореволюционном периоде, а также в период становления и развития здравоохранения республики до и после обретения государственной независимости. Имеющиеся брошюры и научные статьи, опубликованные некоторыми организаторами здравоохранения и свидетельства отдельных путешественников и должностных лиц, в том числе и врачей, посетивших в прошлом Среднюю Азию, не дают полного представления о развитии службы СМП в республике.

По имеющимся скудным научным источникам установлено, что в своем становлении и развитии служба скорой медицинской помощи прошла сложный исторический путь (таблица 1).

Таблица 1. – Исторические периоды становления и развития службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан

Этап развития службы СМП	Период	Характеристика периода
Дореволюционный	1887-1926 гг.	Отсутствие службы СМП
Организация службы СМП	1926-1929 гг.	Появление первого пункта СМП
Организации СМП в составе лечебных учреждений	1929-1950 гг.	Начало формирования службы СМП в виде отделения в составе ЛПУ
Организации самостоятельных учреждений СМП	1950-1970 гг.	Формирования службы СМП, как самостоятельной системы
Организация обширной сети учреждений СМП	1970-1990 гг.	Бурное развитие службы – период рассвета специализированной помощи
Деструктуризации службы СМП	1992-1995 гг.	Функционирование локальной службы СМП
Восстановление службы СМП	1995-1997 гг.	Некоторые успехи, связанные с обретением Государственной независимости РТ
Новейшая история службы СМП	с 1998 года	Частичное восстановление службы, как системы

Развитие и становление службы СМП условно разделено на следующие периоды:

- дореволюционный период, который характеризуется отсутствием квалифицированной медицинской помощи (1887-1926 гг.);

- период организации пунктов СМП, когда 24 апреля 1926 года был организован первый пункт СМП;
- 40-е годы знаменуются периодом появления отделений СМП, когда в 1939 году появилось первое отделение скорой медицинской помощи в составе центральной поликлиники города Душанбе;
- 70-е годы вошли в историю развития службы, как годы возникновения самостоятельных станций и отделений СМП при ЦРБ и начала формирования службы СМП, как системы (1950-1970 гг.);
- 80-е годы - это период бурного развития службы СМП с организацией объединенной больницы скорой медицинской помощи в г. Душанбе (1970-1990 гг.);
- нестабильность общественно-политического строя, приведшая к дезорганизации системы (1992-1995 гг.);
- в годы независимости республики служба СМП начала восстанавливаться в соответствии с социально-экономическими условиями.

Установлено, что в Республике Таджикистан с переходной экономикой, несмотря на ряд существенных успехов в области оказания СМП на догоспитальном этапе, за последние годы по причине диспропорционального распределения государственных ресурсов в пользу учреждений вторичного уровня, в реорганизации службы СМП не произошло особых изменений [3.-А].

Результаты исследования показали, что система управления службой децентрализована, что крайне нежелательно в условиях нехватки ресурсов. Наряду с этим служба СМП выполняет несвойственные ей функции (больше всего встречается в г. Душанбе и в административных областных центрах - до 60%), подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию медицинской помощи на дому и транспортировке больных. С учетом важности данного параметра, несвойственные службе СМП функции нами разделены на следующие категории:

- а) несвойственные функции, связанные с организацией деятельности службы СМП (выполнение бригадами СМП функции бригад неотложной медицинской помощи; выполнение бригадами СМП функции амбулаторно-поликлинических служб; использование санитарного транспорта для хозяйственных нужд и др.);
- б) выполнение несвойственной функции, связанной с территориальными органами здравоохранения (вызов бригад СМП в учреждения госпитальных служб; перевозка инфекционных больных, препаратов крови, консультантов, тел умерших);
- в) выполнение несвойственной функции, связанной с удовлетворением потребности немедицинских учреждений (медицинское обслуживание общественно-политических мероприятий; медицинское обслуживание мероприятий ГО, службы ЧС и пожарных служб; выполнение постановлений судебных органов; медицинское обслуживание учреждений особого режима, следственных изоляторов, тюрем и залов судебных заседаний).

В структуре выполненных вызовов, несвойственных службе СМП, значительное место занимают состояния и заболевания, относящиеся к функции амбулаторно-поликлинических служб. Анализ показал, что 45,1% вызовов могли быть обслужены медицинским персоналом в поликлинике.

Догоспитальная служба скорой медицинской помощи представлена 66 учреждениями, в том числе 5-ю центрами ЭМП, 5-ю самостоятельными станциями и 56-ю отделениями СиНМП в регионах (таблица 2).

Таблица 2. - Сеть учреждений скорой медицинской помощи Республики Таджикистан

Наименование города / области	Центр ЭМП	Станция (самостоятельная)	Подстанция	Отделения при ЦРБ	Пункт СМП	Примечание
По республике	5	5	4	56	86	66 учреждение СМП, из них 56 при ЦРБ
г. Душанбе	2		2			ГЦЭМП (со стационаром на 174 койки), ЦЭМП при Медицинском комплексе – (со стационаром на 650 койки)
РРП	1	-	-	12	25	13 учреждение СМП (12 при ЦРБ и ЦЭМП в г. Турсунзаде)
Хатлонская область	2	0	1	24	20	26 учреждений СМП (ЦЭМП с 20 койками в г. Куляб, и 24 при ЦРБ)
Согдийская область	-	4	1	14	41	18 учреждение СМП, из них 14 при ЦРБ
ГБАО	-	1	-	7	-	8 учреждение СМП, из них 7 при ЦРБ

За период 2002 - 2017 гг. автопарк СМП по республике обновился только на 35,5%, около 30% санитарного транспорта находились в нерабочем состоянии, более 50% из них эксплуатируются 10-20 лет, больше установленного срока.

Обеспеченность населения санитарным транспортом в целом по республике не превышает 0,3 ед. на 10 тыс. населения (таблица 3).

Таблица 3. - Обеспеченность станций (отделений) скорой медицинской помощи республики Таджикистан санитарным транспортом (на 10000 населения)

Год	По республике	г. Душанбе	Согдийская область	Хатлонская область	РРП	ГБАО
2009	0,26	0,28	0,31	0,13	0,29	0,79
2010	0,27	0,17	0,34	0,24	0,27	0,49
2011	0,27	0,29	0,37	0,19	0,21	0,77
2012	0,29	0,27	0,39	0,17	0,24	0,99
2013	0,30	0,23	0,37	0,32	0,21	0,42
2014	0,29	0,21	0,66	0,22	0,28	0,79
2015	0,27	0,20	0,36	0,17	0,60	0,78
2016	0,32	0,36	0,37	0,26	0,29	0,68
2017	0,26	0,39	0,40	0,23	0,29	0,81

Анализ обеспеченности населения санитарным транспортом за период 2009-2017 гг. показал, что в г. Душанбе показатель колеблется от 0,17 до 0,39, в Согдийской области - не более 0,7, в Хатлонской области - 0,13 до 0,32, в РРП – 0,29. Относительно положительная динамика обеспечения санитарным транспортом отмечается в ГБАО - до 0,81.

В городах и районах этот показатель неоднозначен. Например, в городах Истиклол, Хорог, Рогун и Таджикабадском районе показатель колеблется от 0,9 до 1,4. Напротив, во множестве районов обеспеченность не превышает 0,1, а в отдельных районах - Мургаб, Рошткала и Балджуван - отделения СМП работали без транспорта. Для сравнения, показатель в 80-е годы по городу Душанбе составлял 0,96 [20.-А]. Дефицит санитарного транспорта в настоящее время составляет более 70%, что свидетельствует о диспропорциях и региональном неравенстве в обеспечении населения СМП

Материально-техническая база большинства учреждений СМП. находилась в неудовлетворительном состоянии, от 70% до 90% основного фонда находятся в нетиповых помещениях и нуждаются в капитальном ремонте. С учетом того, что такая ситуация сохраняется в течение долгих лет, можно судить о неэффективности перспективного планирования службы СМП и реализации целевых программ.

В арсенале выездных линейных бригад вместо 24 наименований медицинского оборудования и изделий медицинского назначения, имелось всего 16 наименований (66,6%). Например, обеспеченность выездных бригад дефибрилляторами составляет 19,0%, аппаратами ЭКГ – 15,6%. В некоторых отделениях СМП медицинское оборудование отсутствует или же имеется в единственном числе, при этом оно физически и морально устаревшее, так как приобретены в 80-е годы прошлого столетия.

Анализ уровня обеспеченности выездных бригад медикаментами показал, что на станции СМП г. Душанбе из 102 наименований медикаментов в медицинском ящике имеется всего 23 наименования, или 22,5%.

Также выявлено, что в соответствующих отраслевых приказах расхождение количества медикаментов и изделий медицинского назначения составляет 8,7% и только 47,7% лекарств отобраны на основании доказательной медицины.

Результаты исследования выявили глубокую финансовую региональную диспропорцию в распределении финансовых средств. Например, для приобретения медикаментов на 1 вызов в г. Душанбе в 2017 году было израсходовано 4 сомони, в районе Б. Гафурова – 0,51 сомони, в г. Хорог - 2,8 сомони, в районе Дж. Балхи – 1,3 сомони, в Пархарском районе - 9,54 сомони. Разница в обеспечении медикаментами в регионах варьирует от 8 до 19 раз. Приведенные факты дают возможность судить о неполноценном оказании медицинской помощи и отсутствии повсеместного равноправного доступа населения к получению скорой медицинской помощи.

Нами выявлена, также региональная диспропорция в выделении и укомплектованности службы СМП штатными должностями. За период наблюдений на фоне роста населения на 25,0%, количество штатных единиц в целом уменьшилось на 6,7%, по Хатлонской области - на 26,1% (в других регионах без особой динамики). Установлено, что некоторое увеличение количества штатов СМП г. Душанбе

произошли за счет открытия ЦЭМП при Медицинском комплексе «Истиклол» в 2016 году. В целом, по республике укомплектованность врачебных должностей за период наблюдений имеет положительную динамику и составляет 34,6 – 69,2%. Аналогичная ситуация с укомплектованностью должностей среднего медперсонала, от 42,9% увеличилась до 97,7%. В регионах данный показатель неоднозначен. Например, в РРП, по сравнению с 2002 г., когда укомплектованность врачебных должностей составляла – 77,3 %, в 2017 г. этот показатель снизился до 64,2%.

За все годы наблюдений в 6-и учреждениях СМП: в районах Нуробод, Рашт, Сангвор и в городах Вахдат, Турсунзаде и Гиссар - укомплектованность врачебных должностей в 2017 году составляла более 75%. Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала отделений СиНМП РРП с 66,8% в 2002 г. увеличилась до 96,5% в 2017 году.

В учреждениях службы СМП ГБАО укомплектованность имеет положительную динамику и достигает 100%. В Согдийской области, кроме станции СМП г. Худжанд, где укомплектованность утвержденных штатных должностей средних медработников составляет 32,1 – 78,1%, в остальных городах и районах к концу 2017 г. штаты полностью были укомплектованы.

В отдельных районах республики врачебные должности не были укомплектованы вообще (Варзоб, Таджикобод и Файзобод), что имеет негативные последствия. По данным Фатыхова А.М. (2013) укомплектованность врачами ниже 70% в течение пяти лет приводит к невозможности восполнения врачебными кадрами в последующие 15–20 лет.

Показатель обеспеченности станции (отделения) СМП врачебным персоналом по республике на 10 тыс. населения колеблется в пределах 0,3 ед., по г. Душанбе - 3,9, РРП – 0,2, по Хатлонской области 1,2 – 1,7, Согдийской области – 0,4, ГБАО – 0,6.

В районах РРП и областях республики показатель обеспеченности врачебными кадрами неоднозначен и имеет выраженные колебания. Например, в г. Хорог он составляет 2,7, в районах Дарвоз и Рушан - 0,4 и 1,2, соответственно. В районах Ванч, Мургаб, Рошткала и Шугнан за наблюдаемый период имеет периодичность или же функционировали только фельдшерские бригады. В РРП обеспеченность колеблется в пределах 0,1 - 0,2, кроме г. Турсунзаде, районов Сангвор и Шахринав, где данный показатель равен 0,7; 0,5 и 1,1, соответственно.

Некоторое достижение в Хатлонской области, в основном, связано с относительно высокими показателями в городах Бохтар 0,7 – 1,7, Куляб 0,2 – 0,5. В остальных районах обеспеченность врачебными кадрами находится в пределах 0,1 - 0,2. В регионах Согдийской области показатель обеспеченности невысок (0,1 - 0,4), кроме городов Худжанд и Бустон, где показатель составляет 1,5-2,5, в районах Исфара, Айни и г. Гулистон врачебные должности не были укомплектованы. Для сравнения, данный показатель в РФ выше, более чем в 6,5 раза.

По результатам исследования, обеспеченность средним медперсоналом на 10 тыс. населения составляет 1,39 (г. Душанбе – 1,2, РРП – 0,6, Хатлонская область – 7,7, Согдийская область – 1,4, ГБАО – 2,6).

В районах и городах РРП за период исследования (2002-2017) показатель также не высок (г. Рогун 1,2-1,5, г. Турсунзаде 0,7 - 1,5, г. Вахдат и Варзоб 0,4 -

2,6, в районах Шахринав 0,4 - 1,9, Рудаки 0,5 - 1,0, Файзобод 0,7 - 2,4, соответственно). В Хатлонской области обеспеченность в некоторых городах относительно высокая (г. Бохтар 2,5 - 2,8, г. Куляб 1,7 - 4,1). Максимальный показатель в Согдийской области зафиксирован в городах Худжанд (1,4 - 2,7), Истиклол (0,9-3,0), Гулистон (2,2 - 3,3), Бустон (1,6 - 3,3), в Аштском районе (2,1 - 3,8). В ГБАО самый высокий показатель имеется в г. Хорог (7,6 - 8,8), в районах Мургаб (2,4 - 2,6), Шугнан (2,2 - 2,4).

Анализ уровня квалификационных категорий показал, что удельный вес врачей имеющих квалификационную категорию, по республике составил 36,3% (со второй категорией - 37%), по г. Душанбе - 75,5%, РРП - 37,8%, Хатлонская область - 21,4%, Согдийская область - 21%, ГБАО - 85,7%. Хотя в г. Душанбе и ГБАО уровень квалификационной категории достаточный, однако есть врачи со второй категорией - 19,4% и 16,7%, соответственно. В регионах на фоне низкого уровня квалификационной категории доля врачей со второй категорией высокая, в частности, по РРП составляет 64,7%, Хатлонской области - 72,2% и Согдийской области - 55,5%, что свидетельствует о притоке молодых и недостаточно подготовленных специалистов.

Анализ уровня квалификационных категорий среднего персонала в целом по республике выявил низкий уровень категоричности, который составляет 27,4% (из них со второй категорией 45,4%). Данный показатель по г. Душанбе составляет - 77,0%, по РРП достиг уровня 19,7%, по Хатлонской области - 21,4%, по Согдийской области - 21,3%, по ГБАО - 19,7% (из них доля второй категории по Хатлонской области - 68,4%, РРП - 65,8% и Согдийской области - 63,9%).

Следует отметить, что в перечень номенклатуры врачей включена специальность «врач скорой помощи», однако специальных программ по аспирантуре, клинической ординатуре, интернатуре и УСО не предусмотрено. Также необходимо отметить, что отсутствует целевая научная база скорой медицинской помощи. Подготовка и переподготовка осуществляется по 14 специальностям на базах профильных кафедр и научных центров.

Проведённый анализ структуры выездных бригад показал, что по республике доля общепрофильных бригад составляет 42,7% (в том числе педиатрические бригады - 3,9%), специализированных бригад - 11,4% (в городе Душанбе - 43%) (таблица 4).

Таблица 4. – Структура выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи Республики Таджикистан за период 2002-2017 гг.

Показатель	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
Всего выездных бригад	200	222	253	246	253	230	262
На 10000 населения	0,31	0,31	0,32	0,29	0,30	0,26	0,29
Врачебные общепрофильные	68	72	112	107	120	111	111
Процент %	34	32,4	44,3	43,5	47,4	48,3	42,3
На 10000 населения	0,10	0,10	0,14	0,13	0,14	0,13	0,12
Педиатрические	21	18	10	16	15	13	9

Продолжения таблицы 4.

Процент %	10,5	8,1	4,0	6,5	5,9	5,7	3,4
На 10000 населения	0,03	0,03	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01
Фельдшерские	98	120	115	98	89	79	110
Процент %	49	54,1	45,5	39,8	35,2	34,3	41,9
На 10000 населения	0,15	0,2	0,14	0,12	0,10	0,1	0,12
Специализированные	13	12	16	25	29	27	30
Процент %	6,5	5,4	6,3	10,2	11,5	11,7	11,4
На 10000 населения	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
Кардиологические	6	6	6	11	12	10	7
Неврологические	-	-	1	1	1	-	-
Интенсивной терапии	3	1	2	2	2	-	1
Психиатрические	1	-	1	1	1	1	2
Другие	3	5	6	10	13	16	17

Следует отметить, что работа специализированных бригад в некоторых регионах оценивается, как неэффективная, их среднесуточная нагрузка не превышает 0,5 вызовов. Для сравнения: среднесуточная загруженность общепрофильных бригад станции СМП г. Душанбе в 1980 году составляла 26,0, специализированных кардиологических бригад - 13,6 вызовов [20.-А].

Удельный вес фельдшерских бригад по республике составляет более 41,9% (г. Душанбе к 2017 г. - 0, РРП – 32,0%, Хатлонская область – 53,8%, Согдийская область – 65,9%, ГБАО к 2017 г. - 0). Следует отметить, что имеющаяся тенденция увеличения количества фельдшерских бригад не связана с политикой здравоохранения, а явление по факту.

В настоящее время фельдшерские бригады функционируют в РРП (в районах Варзоб, Лахш, Сангвор, Таджикабад, Файзабад), в Хатлонской области (в районах Ховалинг, Балджувон), в Согдийской области (в районах Ашт, Деваштич, Б. Гафуров, Дж. Расулов, Мастча, Спитамен, Айни и г. Пенджикент), в ГБАО (в районах Ванч, Мургаб, Рашт, Шугнан).

Обеспеченность населения выездными бригадами на 10 000 населения по республике составила 0,29 (в г. Душанбе общепрофильные составляют - 0,07, специализированные – 0,29), в остальных регионах обеспеченность колеблется в пределах 0,01 – 0,02, включая фельдшерские бригады.

Среднесуточная нагрузка общепрофильных врачебных бригад по республике составила 6,6 вызова, фельдшерских - 5,9, нагрузка специализированных бригад составила 6,4 вызовов (по г. Душанбе нагрузка общепрофильных бригад не более 1,9, педиатрических 7,9 – 4,8, специализированных 13,1 - 7,9; по РРП нагрузка общепрофильных бригад – 4,1, педиатрических – 10,2, фельдшерских – 6,5; по Хатлонской области для общепрофильных – 3,9, педиатрических – 2,1, фельдшерских – 3,5, специализированных бригад – 5,1; по Согдийской области среднесуточная нагрузка общепрофильных бригад составила 6,4, педиатрических – 7,5, фельдшерских 4,9, специализированных – 8,2).

Анализ среднесуточной нагрузки бригад различного профиля в районах республики показал, что на фоне дефицита кадров и санитарной техники она незначительная. Например, нагрузка общепрофильных бригад в г. Гиссар, районах

Нурабад и Шахринав колеблется от 1,3 до 3,9, колебание нагрузки фельдшерских бригад составляет от 2,6 до 13,4. Нагрузка общепрофильных бригад в районах Деваштич, Мастча, Зафаробод, Истаравшан не превышает 3,8 вызовов. Нагрузка фельдшерских бригад ещё ниже и составляет не более 2,5. В районах Хатлонской области самый высокий уровень среднесуточной нагрузки общепрофильных бригад отмечен в г. Бохтар - 10,6 и Вахшском районе – 14,2, с большой нагрузкой работали фельдшерские бригады в г. Куляб – 10,3 и районе Вахш – 7,9, в остальных районах нагрузка колеблется в пределах от 1,0 до 5,3 вызовов.

Было установлено, что среднегодовая загруженность общепрофильных бригад станции СМП г. Душанбе в 1980 году составляла 9486,3 выезда, среднесуточная – 26,0 (1990 г. - среднегодовая 3608,2; среднесуточная 9,9); педиатрических бригад - среднегодовая 5263,2, среднесуточная 14,4 (1990 г. – среднегодовая 76,5; среднесуточная – 15,0), фельдшерских бригад в 1980г. – среднегодовая 5384,0; среднесуточная 14,8 (1990 г. – среднегодовая – 10908,9 ;среднесуточная – 29,9), кардиологических в 1980 г. – среднегодовая 4963,0; среднесуточная 13,6 (1990 г. среднегодовая 4061,6; среднесуточная 11,1), неврологических в 1980 г. - среднегодовая 1880,9; среднесуточная 5,2 (1990 г. среднегодовая 946,0 ; среднесуточная 2,6); интенсивной терапии в 1980 г. среднегодовая 2320,0; среднесуточная 6,4 (1990 г. среднегодовая 3086,5; среднесуточная 8,5); психиатрические - среднегодовая 1892,0; среднесуточная 5,2 (1990 г. среднегодовая 3393,5; среднесуточная 9,3); других бригад - в 1980 г. среднегодовая 11188,0; среднесуточная 30,7 (1990 г. среднегодовая 506,0; среднесуточная 1,4). По сравнению с 1980 годом (за 37 лет), среднесуточная нагрузка общепрофильных бригад снизилась в 3,9 раза, фельдшерских в 2,6 раза, кардиологических в 1,2, неврологических в 2,6, психиатрических в 5 раза.

Результаты исследования установили, что показатель частоты обращаемости населения составляет 58,5 на 1000 населения (таблица 5).

Таблица 5. - Показатель частоты обращаемости населения Республики Таджикистан за скорой медицинской помощью за период 2002-2017 гг.

Год	Среднегодовая численность населения (тыс. чел)	Обращаемость населения на 100 тыс. человек	Обращаемость населения на 1000 человек	Среднее число обращений на 1 жителя
2002	6506,5	5373,6	53,7	0,05
2003	6640,0	5070,1	50,7	0,05
2004	6780,4	5447,6	54,5	0,05
2005	6920,3	5085,8	50,9	0,05
2006	7063,8	5167,6	51,7	0,05
2007	7096,9	5336,0	53,4	0,05
2008	7250,8	5218,5	52,2	0,05
2009	7417,4	5122,3	51,2	0,05
2010	7621,2	5661,2	56,6	0,06
2011	7807,2	5266,5	52,7	0,05
2012	7987,4	5535,2	55,4	0,06
2013	8161,1	5619,6	56,2	0,06
2014	8352,0	5452,0	54,5	0,05
2015	8551,2	5514,8	55,1	0,06
2016	8742,8	6013,4	60,1	0,06
2017	8931,0	5852,9	58,5	0,05

В г. Душанбе вышеуказанный показатель составляет 85,8, РРП – 36,7, Хатлонской области – 31,0, Согдийской области – 80,8, ГБАО – 161,2. Колебание данного показателя в районах РРП высокое - от 7,6 до 82,0, а в Таджикабадском районе достигает 218,8. Колебание показателя в Хатлонской области составляет от 8,0 (район Пяндж) до 117,0 (г. Бохтар), в Согдийской области самый высокий показатель отмечен в г. Исфара – 211,3, низкий - в районе Деваштич – 9,9. В ГБАО частота обращаемости колеблется от 22,2 (Шугнан) до 213,1 (Мургаб), В г. Хорог отмечен наивысший показатель по республике – 626,8, что сравнимо с показателями 80-х годов по г. Душанбе – 618,0 [20.-А].

В целом по республике показатель частоты обращаемости, по сравнению с данными РФ (в 2016 г.), снижен в 6,2 раза.

Установлено, что удельный вес госпитализированных лиц, доставленных выездными бригадами, по республике составляет 21,6% (г. Душанбе - 22,0%, РРП – 12,8%, Хатлонская область - 39,0%, Согдийская область – 12,3%, ГБАО – 23,7%). Анализ уровня госпитализации больных и пострадавших показал, что много необоснованных госпитализаций имеется в Хатлонской области (в районах А. Джамии – 69,8%, Джайхун – 72,7%, Хамадони – 77,2%, Куляб – 90,7%, Восе – 91,1%, Вахш – 92,0%). Также относительно высокие показатели госпитализации отмечены в районах Шахристан – 84,9%, Лахш – 48,5% и Шугнан – 47,9%. Высокие показатели госпитализации в регионах оцениваются, как дефект в организации работы СМП на местах и требует более глубокого анализа. Для сравнения: этот же показатель в г. Душанбе составляет 22%, что совпадает с данными зарубежных авторов (Мирошниченко А. Г., 2005) [20.-А].

Установлено, что острая нехватка выездных бригад привела к увеличению амбулаторной помощи, удельный вес которой по республике составил 32% (г. Душанбе – 14,2%, РРП – 15,6%, Хатлонская область - 25,6%, Согдийская область – 27,5%, ГБАО – 29,7%). Данный показатель в отдельных районах достигает высоких цифр (в районах Балджуван – 100%, Сангвор – 90,4%, Шугнан – 57,9%, Деваштич - 36,5%, Мастча – 37,7%, Ванч – 23,4%, в городах Гиссар – 76,7%, Исфара – 52,5%, Истиклол – 31,7%, Хорог - 23,1%). Для сравнения: в годы наилучшего функционирования службы ГКБ СМП (1980-1990 гг.) показатель оказания амбулаторной помощи составлял не более 2,5% [20.-А].

Выявлено, что в структуре выполненных вызовов за период наблюдений от 83,6% до 91,7% составляют внезапные заболевания, в структуре которых удельный вес гипертонической болезни занимает более 25%. При этом доля впервые выявленных больных с гипертонической болезнью не превышает 22%. По данным зарубежных авторов (Бекина Г.В., 1991) этот показатель не превышает 5%. При правильной организации работы центров здоровья около 80% пациентов с установленной гипертонической болезнью могли бы быть обслужены семейными врачами.

В динамике структуры выполненных вызовов во многих регионах прослеживается увеличение удельного веса внезапных заболеваний. Например, в Балджуванском районе показатель составляет 100%, в районах Деваштич – 98,6%, Шахринав – 99,8%, Варзоб – 98,2%, в городах Бустон - 97,8% и Турзунзаде – 98,8%.

Напротив, в некоторых районах удельный вес внезапных заболеваний очень низок (Н. Хисрав – 48,0%, Шугнан - 46,8%, Рашт – 62,9 и Нуробод – 63,0% %), что свидетельствует о возможных погрешностях при статистической обработке форм учета.

Среди обслуженных бригадами СМП вызовов летальность пациентов составила 0,1% от общего количества выполненных вызовов. В структуре летальности умершие до приезда бригад СМП составили около 95,0%, в присутствии бригад СМП - 4,5%, в салоне машины СМП - 0,5%. Данная картина с незначительными колебаниями характерна для всех регионов.

Важным направлением настоящего исследования явилось изучение нормативно-правовой базы службы СМП. Установлено, что деятельность службы скорой медицинской помощи регулируется действующими на основании закона Республики Таджикистан «О нормативно – правовых актах» №599 от 12 марта 2009 года приказами Министерства здравоохранения СССР. Исследования по заданной теме охватывают различные аспекты службы скорой помощи, теоретическая база которой сформирована ещё в прошлом столетии не претерпела существенных изменений [7.-А].

Установлено, что главной нерешенной проблемой службы остается её организационная структура. Фактически, за исключением самостоятельных учреждений, все отделения СМП являются структурными подразделениями ЦРБ. Также функционирование станции СМП в составе объединённых больниц является неэффективным мероприятием [13.-А;7.-А].

Выявлено, что приказ МЗиСЗН РТ №748 от 02.11.2009, направленный на обеспечение координации действий экстренных медицинских служб, дислоцированных в г. Душанбе остался не выполненным. Возможно, назрела необходимость принятия кардинальных мер законодательного характера.

Выявлено, что «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 гг.» предусматривает создание единой службы медицины катастроф, при этом судьба службы СМП остается неопределенной.

Разработанная ещё в 60-е годы прошлого столетия теория массового обслуживания устанавливает норматив: 1 санитарный транспорт на 10 000 населения, который не учитывает климато-географических особенностей и демографических условий республики. При этом финансирование СМП остается моноканальным. Принятые стратегические финансовые документы не предусматривают альтернативных источников финансирования, подкрепленных законодательными актами. Также установлено, что в нормативных актах, регулирующих деятельность учреждений ПМСП, не определены вопросы дальнейшего совершенствования службы СМП, включая организацию госпитального этапа скорой медицинской помощи. В них также не предусмотрены нормы потребности СМП на 1000 населения. Принятый в 2017 году Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан не охватывает весь спектр деятельности службы скорой медицинской помощи и требует внесения дополнений и изменений в соответствие с новыми социально-экономическими условиями [7.-А].

В поисках резервных возможностей разгрузки службы СМП нами изучено состояние экстренной службы в ведомственных учреждениях. Выявлено, что их взаимодействия с СМП и другими службами экстренного реагирования осуществляется совещательно. В условиях горной республики, имеющей автомобильные трассы с протяженностью более 600 км, имеется необходимость в создании медико-спасательных групп (из числа медиков, сотрудников ГАИ и МЧС) при политравмах, на магистральных автодорогах из расчета 1 пост на каждый 100 км.

Следует отметить, что при составлении стратегических документов не учтены вопросы реформирования данного сектора здравоохранения в части организации догоспитальной медицинской помощи в пределах возможного.

Установлено, что взаимодействие службы СМП с КЧС координируется национальным комитетом по ЧС, на практике имеется необходимость в организации единой координационно-диспетчерской службы. Кроме того, в составе спасательных служб КЧС не всегда имеются медики.

Наряду с другими задачами исследования, была поставлена задача оптимизации деятельности СМП и пути её реформирования в современных социально-экономических условиях. В связи с этим нами проведена экспертная оценка эффективности деятельности станции СМП г. Душанбе, как крупного города.

Анализ распределения вызовов по часам суток показал, что в часы «пик» число поступления вызовов составило 52,6%, в часы работы центров здоровья 29,0%, что свидетельствует о недостатках в работе амбулаторно-поликлинической сети и преемственности со службой СМП [15.-А].

Среднее время с момента поступления вызова до его передачи бригаде составило 3,6 минуты (оптимальное время 1,5-2 минуты). Удельный вес случаев передачи вызовов выездной бригаде до 2 минут составил 61,3%, выезд бригад до 4-х минут - 85,1%.

Время прибытия бригад СМП к месту происшествия в течение до 15 минут составило 80,6%. Для сравнения: в Англии фактически 70% вызовов обслуживаются до 8 минут, в США в разных штатах прибытие экипажа парамедиков составляет от 4 до 7 минут [15.-А]. В условиях Республики Таджикистан в перспективе при переходе службы СМП на парамедицинский уровень необходимо провести изменение в инфраструктуре служб быстрого реагирования с учетом размещения подразделений служб экстренного реагирования на расстояние 15-минутной доступности (спасательные группы КЧС, ГАИ, пожарные команды).

Для определения степени удовлетворённости службой скорой медицинской помощи нами проведено анкетирование пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, доставленных в стационар выездными бригадами. [12.-А].

Из опрошенных респондентов и их родственников 76,4% при обострении хронических заболеваний отдают предпочтение обратиться за скорой медицинской помощью, только 23,6% полагаются на семейного врача. Частое обращение хронических больных за СМП имеет экономические оттенки, то есть бесплатное обеспечение лекарственными средствами и обслуживание вне очереди.

В 48% респонденты жаловались на плохую телефонную связь, 10% - на опоздание, 2% отметили грубость персонала и 40% респондентов сложностей не

видели, 9% респондентов высоко оценили отношение диспетчеров, 73% - удовлетворительным и только 12% - не удовлетворительным. Только, 10% респондентов отметили высокую квалификацию сотрудников СМП.

Одной из важных задач службы СМП остается поддержании престижа данной профессии. Только 26% респондентов считают эту профессию престижной, 72% отмечают её важность.

Социологический опрос сотрудников службы СМП выявил, что 65,6% респондентов отмечают низкий уровень обеспеченности медикаментами, 47% оценили качество медицинской помощи, как низкое.

На вопрос: Могут ли фельдшерские бригады выполнять функцию линейных врачебных бригад - 42,1% врачи и 12,5% средних медработников считают это возможным.

Непрестижность профессии врача СМП в 85% респонденты связывают с низкой заработной платой, 5% - с неуважением со стороны населения и 10% - с неуважением со стороны коллег [12.-А].

Основным мотивом, удерживающим сотрудников СМП, 82% респондентов определили важность профессии для общества, 18% связывают это с неумением заниматься другим делом. Тем не менее, 56% респондентов оставили бы профессию сотрудника СМП при появлении более удачной работы. Более 42,1,0% врачей и 57,8% средних медработников отмечают низкую мотивацию.

Платные услуги СМП поддерживают только 10% респондентов, 32% из них - за внедрение частичной оплаты и 58% - за бесплатную скорую помощь.

Нами была поставлена задача, изучить вопросы интеграции работы врачей СМП и семейных врачей. Установлено, что наиболее приемлемой моделью взаимодействия врача СМП с семейными врачами является оказание экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных) и смешенная модель – это действия по ситуации [8.-А].

Установлено, что функционирующие дневные стационары практически существуют на общественных началах, без штатных единиц. Проведенный нами расчет обеспеченности населения г. Душанбе дневными койками показал, что в динамике за период наблюдений обеспеченность уменьшилась на 50% (с 0.02 до 0.01 коек на 10000 населения) на фоне роста диспансерных больных почти в 2 раза [14.-А].

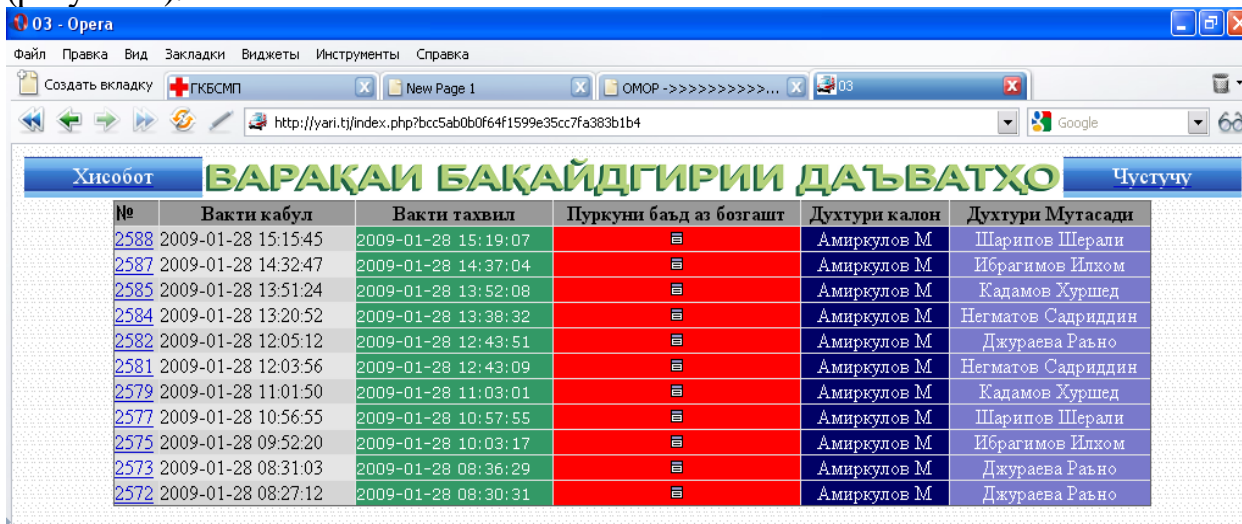
Для определения степени интеграции работы врача СМП и семейного врача проведен социологический опрос респондентов (специалистов) по специально составленной анкете.

Опрос показал, что 85% семейных врачей и 91% врачей СМП отмечают низкий уровень интеграционных работ, а сущность интеграции видят только в обмене информацией.

Низкий уровень интеграционных работ 7,7% врачей СМП и 11,7% семейных врачей связывают с фрагментацией здравоохранения, 51,9% и 38,2%, соответственно, отметили низкий уровень диспансеризации больных, которые являются потенциальными потребителями услуг СМП, недостаточный уровень организации службы СМП отметили 21,1% и 31,3%, соответственно.

Существующие сложности администрирования и дискоординация в системе управления СМП, недостаточный уровень догоспитальной медицинской помощи требуют принятия организационно-структурных решений.

В целях оптимизации деятельности станции скорой медицинской помощи г. Душанбе были внедрены следующие программно-технические решения: информационные системы, автоматизирующие работу станции скорой медицинской помощи (АСУ); навигационные системы, обеспечивающие диспетчеризацию вызовов (рисунок 1).



№	Вақти қабул	Вақти тахвил	Пурқуни баъд аз бозгашт	Духтури калон	Духтури Мутасади
2588	2009-01-28 15:15:45	2009-01-28 15:19:07		Амиркулов М	Шарипов Шерали
2587	2009-01-28 14:32:47	2009-01-28 14:37:04		Амиркулов М	Ибрагимов Илхом
2585	2009-01-28 13:51:24	2009-01-28 13:52:08		Амиркулов М	Кадамов Хуршед
2584	2009-01-28 13:20:52	2009-01-28 13:38:32		Амиркулов М	Негматов Садриддин
2582	2009-01-28 12:05:12	2009-01-28 12:43:51		Амиркулов М	Джураева Раъно
2581	2009-01-28 12:03:56	2009-01-28 12:43:09		Амиркулов М	Негматов Садриддин
2579	2009-01-28 11:01:50	2009-01-28 11:03:01		Амиркулов М	Кадамов Хуршед
2577	2009-01-28 10:56:55	2009-01-28 10:57:55		Амиркулов М	Шарипов Шерали
2575	2009-01-28 09:52:20	2009-01-28 10:03:17		Амиркулов М	Ибрагимов Илхом
2573	2009-01-28 08:31:03	2009-01-28 08:36:29		Амиркулов М	Джураева Раъно
2572	2009-01-28 08:27:12	2009-01-28 08:30:31		Амиркулов М	Джураева Раъно

Рисунок 1. - Электронный лист регистрации вызовов (2012 г.)

АСУ позволила увеличить доступность населения к экстренной медицинской помощи на 36,8%, объем выполненных вызовов - на 30,5%. При этом число вызовов выполненных с опозданием, уменьшилось на 32% [10.-А; 18.-А; 19.-А].

В целях повышения эффективности АСУ впервые в республике в порядке эксперимента на санитарных машинах была установлена бортовая аппаратура спутниковой системы навигации (ССН - GPS) (рисунок 2).



Рисунок 2. - Спутниковая система навигации (GPS) вмонтированная в кабине санитарного транспорта

Внедрение системы географического позиционирования позволило оптимизировать время принятия решения по отправке бригады по вызову, что, в свою очередь, дало возможность снизить эксплуатационные и бюджетные расходы, а также еще больше сократить время приезда бригад скорой медицинской помощи (рисунок 3).



Рисунок 3. - Электронная карта г. Душанбе

Время проезда бригад до места назначения снизилось с 19,0 до 11,7 минут или на 36,8%. Жалобы граждан на опоздание бригад СМП уменьшились на 10%, экономия горюче-смазочного материала составила в среднем 19,2% [18.-А].

Установлено, что по причине отсутствия соответствующих приказов и инструкций МЗиСЗН РТ по реализации государственных информационно-коммуникационных программ, внедрение современных технологий не получило дальнейшего развития.

Выявлено, что приказ №33 МЗиСЗН РТ от 28.12.2010 года, регламентирующий разделение службы СМП на скорую и неотложную медицинскую помощь в городах с населением 500 тыс. остался невыполненным, что в большей степени связано с объективными причинами. Так, было установлено, что на долю вызовов на квартиру приходится более 90,3%, а население города составляет не более 1 млн. с плотностью проживания менее 10000 человек на 1 км².

Исходя из вышеизложенного, службу скорой медицинской помощи г. Душанбе можно разделить на скорую медицинскую помощь и неотложную медицинскую помощь (с организацией самостоятельного учреждения скорой медицинской помощи), при выполнении следующих условия:

- плотность проживания населения составляет более 10 000 человек на 1 км²;
- внеквартирные вызова (экстренные) составляют более 40% от общего количества всех вызовов;
- организация госпитального этапа скорой медицинской помощи;
- при центрах здоровья организуются отделения неотложной медицинской помощи с транспортным обеспечением; стационар-замещающие технологии: дневные стационары; стационары на дому;
- амбулатории семейных врачей организуются в густонаселенных местах и на первых этажах высотных жилых зданий (с организацией «круглосуточного ургентного дежурства» семейных врачей) [16.-А].

В целях улучшения доступа населения к услугам СМП нами изучены некоторые факторы, влияющие на него. Самый высокий уровень плотности

проживания населения на 1 км² отмечается в г. Душанбе, который имеет динамику роста. Если этот показатель в 2002 году составлял 5894,0, то в 2017 году достиг уровня 8162,0 человек на 1 км² или вырос почти в 1,5 раз. В противоположность, в Мургабском районе показатель равен 0,4 жителя на 1 км². Это обстоятельство затрудняет разработку единого оптимального временного стандарта приезда бригады СМП к месту происшествия.

Одним из важных показателей эффективности работы службы СМП является 15-минутный доступ населения к СМП. Нами установлено, что из 18 районов и городов республики только в 11 время 15-минутной доступности населения составляет от 55,1% до 88,2%.

В Хатлонской области из 26 только в 12 городах и районах 15- минутная доступность населения к СМП составляет более 50,0%. В ГБАО такая доступность населения не превышает 40%, кроме г. Хорог. В Ванчском районе только 29,6% населения имеют 15-минутную доступность к услугам СМП, остальное население - свыше 2-х часов (джамоаты Водхул, Техарь, Язгулом, Рованд 3,4,5 и 8 часов, соответственно). Дороги в джамоатах Жовид и Техар в январе - марте становятся труднопроходимыми, а иногда оказание СМП становится невозможным.

Нами также изучено расположение учреждений СМП в зависимости от высоты над уровнем моря. Установлено, что из дислоцированных в административно-территориальных центрах 10 учреждений СМП находятся на высоте 2000 и более метров над уровнем моря, в том числе в Хатлонской области - 1, Согдийкой области - 2, РРП - 1 и ГБАО – 6 учреждений СМП.

Изложенные факты необходимо учесть при планировании и финансировании службы СМП и разработке нормативов.

С учетом климатогеографических, демографических и социально-экономических условий нами разработаны новые принципы организации службы СМП:

- по географическому признаку: станции (отделения) СМП расположенные на высоте выше 2000 метров над уровнем моря требуют особого планирования и финансирования с учетом оплаты за работу в условиях высокогорья;

- по оказанию экстренной медицинской помощи (разделение службы догоспитального этапа на скорую и неотложную медицинскую помощь):

а) организация службы скорой и неотложной медицинской помощи в городах и населенных пунктах с населением менее 1 млн. человек и плотностью проживания менее 10 000 человек на 1 км²;

б) организация службы скорой медицинской помощи (с организацией самостоятельного учреждения скорой медицинской помощи) с плотностью проживания населения более 10 тыс. человек на 1 км², с населением более 1 млн. человек.

В системе обслуживания допускаются альтернативные службы скорой помощи - частно-государственная и частные службы. При этом возможны варианты полного или частичного государственного регулирования. Наряду с государственным бюджетом допускаются альтернативные источники финансирования, например страховой бюджет.

Практика последних лет показывает, что организация службы скорой помощи остается самой ресурсоемкой службой сектора здравоохранения, требующей совершенствования в пользу выбора экономически приемлемой модели.

В этих целях нами изучены предпосылки для внедрения экономически более выгодной модели развития службы СМП, т.е. переход на парамедицинский уровень.

Наши расчеты показали, что при переходе службы СМП на парамедицинский уровень затраты на подготовку парамедиков (без учета затрат на УСО), по сравнению с подготовкой линейного врача СМП обходятся дешевле в 29,5 раз. среднего персонала линейных бригад в 1,5 раза.

С учетом климато-географических особенностей, демографических и социально-экономических условий республики, ресурсоемкости службы СМП, действующего принципа максимизации медицинской помощи на догоспитальном этапе, диспропорции в ресурсо-обеспечении, включая дефицит кадров и ограничение доступа населения к СМП, особенно в труднодоступных местах; отсутствие целевых образовательных программ, низкую оплату труда сотрудников и непрестижность профессии врача СМП, множество фактор «за» и «против» внедрения парамедицинских бригад в службу СМП, нами разработан поэтапный переход службы СМП на парамедицинский уровень (таблица 6).

Таблица 6.- Этапы перехода службы СМП на парамедицинский уровень

Уровень бригад	Структура выездных бригад	Вид модели
Первый этап перехода		
Первый уровень	Смешанная бригада (фельдшер совместно с парамедиком продвинутого уровня подготовки)	Двухуровневая смешанная модель, с преобладанием врачебных бригад.
Второй уровень	Общепрофильная врачебная бригада (бригада с уклоном интенсивной терапии)	
Второй этап перехода*		
Первый уровень	Парамедик промежуточного и продвинутого уровня	Двухуровневая смешанная модель, с преобладанием продвинутого уровня
Второй уровень	фельдшерская выездная бригада	
Третий этап перехода*		
Первый уровень	Работник первичной помощи в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, МВД	Трехуровневая смешанная модель, с преобладанием парамедиков продвинутого уровня
Второй уровень	Парамедик промежуточного уровня подготовки;	
Третий уровень	Парамедик продвинутого уровня подготовки	

*Врач – консультант (по телефону)

На первом этапе в службе СМП наряду с врачебными бригадами допускаются смешанные фельдшерские бригады с участием парамедики - двухуровневая модель с преобладанием парамедиков, с правом передачи больного врачебной бригаде СМП в необходимых случаях.

На втором этапе создаются фельдшерские (специализированные) бригады, парамедицинские бригады (промежуточного и продвинутого уровня) и врачи консультанты (по телефону), двухуровневая модель, с преобладанием парамедиков продвинутого уровня, с правом передачи больного фельдшерской бригаде СМП в необходимых случаях.

В конечном этапе при полном переходе на парамедицинский уровень создается трехуровневая модель (парамедики начального, промежуточного и продвинутого уровней), с преобладанием парамедиков продвинутого уровня и врачи консультанты по телефону.

Для поэтапного достижения вышеуказанных целей нами разработан алгоритм действий по совершенствованию службы скорой медицинской помощи, где разделены функции и задачи органов власти различных уровней.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Результатами научно-исследовательской работы установлено, что служба СМП Республики Таджикистан в своем становлении и развитии прошла сложный исторический период формирования, расцвета, деструктуризации, восстановления. Научно обоснованная оценка состояния службы СМП выявила несостоятельность нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность службы СМП, в которой не учтены климато-географические и демографические условия регионов страны. Не в полной мере отражены принципы государственного регулирования деятельности службы СМП, включая вопросы внутриотраслевой и межотраслевой интеграции экстренной помощи. На фоне роста количества населения уровень и объем медицинской помощи имеют отрицательную динамику. Например, объем вызовов, выполненных бригадами СМП в г. Душанбе, уменьшился более чем в 8 раз, частота обращаемости населения - на 84,1%. По сравнению - 80-ми годами, загруженность выездных бригад уменьшилась в 30-40 раз. Некоторое улучшение параметров функционирования службы СМП отмечено в период обретения государственной независимости [7.-А; 1.-А; 3-А; 20.-А].
2. Выявлены противоречия в вопросах исполнения директивных документов, децентрализация системы управления догоспитальной службой скорой медицинской помощи, финансовая и кадровая диспропорции, отсутствие единой системы подготовки и переподготовки кадров, неравномерность распределения материально-технических ресурсов, региональные особенности доступа населения к получению первичной экстренной медицинской помощи, ухудшение оперативности деятельности службы СМП [15.-А; 7.-А; 6.-А].
3. Реформа отрасли здравоохранения проводилась без учета потребности населения в скорой медицинской помощи, структурных преобразований службы, внедрения новых передовых технологий, включая внедрение современных информационно-

коммуникационных систем (АСУ, географическое позиционирование выездных бригад) [10.-А;18.-А;19.-А].

4. Выявлено, что по причине отсутствия расчета норм потребности СМП на 1000 населения перспективное планирование развития службы не проводится. В частности, разделение службы на скорую и неотложную медицинскую помощь оказалось неэффективным мероприятием. Текущее планирование мощностей станций (отделений) и выездных бригад проводится без учета региональных особенностей.

Взаимодействия службы СМП с Комитетом по чрезвычайным ситуациям и Гражданской обороны регулируются соответствующими директивными документами Правительства Республики Таджикистан. Медицинские службы других ведомственных учреждений не располагают догоспитальной службой скорой медицинской помощи, координация их взаимодействия со службой СМП носит совещательный характер. Социологическим опросом установлены: невысокая степень удовлетворенности населения услугами СМП; низкий уровень мотивации медперсонала и непрестижность профессии врача СМП; слабый уровень интеграционной работы врачей СМП и семейных врачей, а также глубокая фрагментация здравоохранения.

Существующая система организации службы СМП, её моноканальная система финансирования, ресурсоемкость и малая эффективность требуют дальнейшего преобразования [13.-А; 14.-А;8.-А; 7.-А;12.-А;4.-А; 3.-А.20.-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов Правительству Республики Таджикистан

1. В целях совершенствования нормативно-правовой базы необходимо внести изменения в Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, административно-правовой и уголовный Кодексы Республики Таджикистан в части оказания помощи пострадавшим и больным; в интеграцию работы врача СМП и семейного врача, в определение парамедицинского уровня, как вида медицинской помощи, меры ответственности должностных лиц, граждан и участников дорожного движения по обеспечению беспрепятственного проезда бригад СМП к месту происшествия, ответственность за необоснованные и ложные вызовы СМП, неправомерные действия по отношению к медперсоналу скорой медицинской помощи при исполнении им своих функциональных обязанностей (нанесение физического и морального ущерба), приравнивая их права к правам милиции.

2. Внести изменения в соответствующие нормативно-правовые документы Министерства образования и служб быстрого реагирования в части:

- изменений в инфраструктуре служб быстрого реагирования с учетом размещения подразделений служб экстренного реагирования на расстоянии 15-минутной доступности (спасательные группы КЧС, ГАИ, пожарных команд, в которых одним из сотрудников является парамедик);
- обязательного прохождения курса по оказанию первой помощи сотрудниками силовых структур и преподавателей образовательных учреждений;
- определения объема первой медицинской помощи;
- повышения уровня медицинской просвещенности населения путем пересмотра образовательных программ (формирование здорового образа жизни).

3. В целях улучшения оказания квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе:

- утвердить временные стандарты выезда бригад СМП;
- создать медико-спасательные группы (из числа медиков, сотрудников ГАИ и КЧС) при политравмах, на магистральных автодорогах из расчета 1 пост на каждые 100 км (при этом вертолётный экипаж является приоритетом);
- работу станции (отделения) СМП в крупных городах организовать с учетом существующих медицинских служб различных ведомств, особенно в дневное время суток;
- утвердить норматив обеспеченности населения санитарным транспортом с учетом горного рельефа местности и плотностью проживания населения.

4. Внести изменения в соответствующие директивные документы в части:

- организации управления или отдела электронного здравоохранения;
- планирования отделений скорой медицинской помощи при строительстве поликлиник и стационаров;
- мотивированной системы тарификации оплаты труда сотрудников службы СМП;
- установки норматива использования средств коммуникаций в службе СМП;
- стандартизации санитарной техники, стандартизации и метрологии медицинского оборудования и изделий медицинского назначения, предназначенных для службы СМП.

Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

5. Организовать Республиканский научно-клинический центр экстренной медицинской помощи с филиалами в регионах, включающих в свою структуру:

- координационно-диспетчерскую службу (диспетчерская станции СМП, диспетчерская санитарной авиации, медицинский штаб чрезвычайных ситуаций с бригадой СМП);
- службу экстренной стационарной медицинской помощи.

6. Оснащение станции (отделения) СМП санитарным транспортом проводить с учетом климато-географических и демографических условий регионов. В труднодоступных населенных пунктах предусмотреть вьючный и гужевой транспорт, с привлечением парамедиков.

7. Обеспечить комплектование бригад СМП медицинскими кадрами, обеспечив их медикаментами, горюче-смазочными материалами, медоборудованием, средствами связи в соответствии с нормативами.

8. Привести в соответствие существующие формы государственной отчетности с реальными потребностями и обеспеченностью населения скорой медицинской помощью.

9. Разделение службы на скорую и неотложную помощь целесообразно провести в крупных городах, где доля внеквартирных (экстренных) вызовов не менее 40% от общего количества выполненных вызовов.

10. Разработать поэтапные планы:

- расширения фельдшерских бригад с организацией фельдшерских специализированных бригад;
- перехода бригад на парамедицинский уровень, особенно в географически труднодоступных регионах.

11. В целях приближения оказания неотложной помощи населению и уменьшения нагрузки на станции СМП организовать амбулаторию семейных врачей с «круглосуточным дежурством семейных врачей» в густонаселенных местах и высотных жилых зданиях.

12. Поэтапное смещение услуг (до уровня возможного) со вторичного на первичный уровень медицинских услуг.

**Список публикации соискателя ученой степени доктора медицинских наук
Статьи в рецензируемых журналах**

[1.-А]. Муминов Б.Г. История создания и становления скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан/ Б.Г. Муминов Б.И. Абдурахимов // Вестник Авиценны. - 2009. - №3. - С.97-99.

[2.-А]. Муминов Б.Г. Некоторые аспекты терминологии и понятия, используемые в службе скорой медицинской помощи / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, Д.Д. Хомидов // Здравоохранение Таджикистана. 2009. - №3. – С.71-74.

[3.-А]. Муминов Б.Г. Состояние и перспектива развития догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи города Душанбе / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, Д.Д. Хомидов // Здравоохранение Таджикистана. - 2009. - №4. - С.77-79.

[4.-А]. Муминов Б.Г. Климатогеографические предпосылки возникновения чрезвычайных ситуаций и координация профильных медицинских служб в этих условиях / Б. Г. Муминов., Б.И. Абдурахимов., А.А. Темуров., Д.Д. Хомидов // Здравоохранение Таджикистана. - 2010. - №2. - С.73-75.

[5.-А]. Муминов Б.Г. Перспективы парамедицинской бригады в службе скорой медицинской помощи Республики Таджикистан / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, А.А. Темуров, Б.Б. Гафуров // Здравоохранение Таджикистана - 2010. -№1(304). – С.72-75.

[6.-А]. Муминов Б.Г. Экономические аспекты деятельности службы скорой медицинской помощи / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, Д.Д. Хомидов // Вестник Авиценны. - 2010. - №4. - С.143-146.

[7.-А]. Муминов Б.Г. Некоторые аспекты нормативно-правовой базы службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан/ Б.Г. Муминов, А. Ахмедов // Научно-практический журнал ТИППМК.-2011.-№4.-С.21-23.

[8.-А]. Муминов Б.Г. Состояние и перспектива интеграционных работ врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей в Республике Таджикистан / Б.Г. Муминов, З.А. Мирзоева // Вестник ИПОвСЗ РТ. -2011. - №4. – С.144-147.

[9.-А]. Муминов Б.Г. Функционирование службы скорой медицинской помощи и оценка её эффективности в различных странах мира / Б.Г. Муминов, А. Ахмедов//Здравоохранение Таджикистана. - 2011. - №4. – С.7-11.

[10.-А]. Муминов Б.Г. Состояние и перспективы развития инновационной технологии в службе скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан / Б.Г. Муминов // Вестник Авиценны. - 2012. - №3. - С.168-171.

[11.-А]. Муминов Б.Г. и соавторы. Математическая модель обеспечения станции скорой медицинской помощи санитарным транспортом / З.Х. Рахмонов, Б.Г. Муминов, М.Б. Саломова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан.-2012. Т.55. №7. – С.549-554.

[12.-А]. Муминов Б.Г. Некоторые социальные аспекты службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан / Б.Г. Муминов // Врач скорой помощи. -2013.- №9.-С.27-30.

[13.-А]. Муминзода Б.Г. Оценка эффективности функционирования службы скорой медицинской помощи в составе объединённых больниц / Б.Г. Муминзода, А. Ахмедов, Ф.Х. Мирзоев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2018. - №2. - С.39-43.

[14.-А]. Муминзода Б.Г. Актуальные проблемы интеграционной работы службы скорой медицинской помощи г. Душанбе с городскими центрами здоровья, госпиталем сестринского ухода и другими профильными службами / Б.Г. Муминзода, Ф.Х. Мирзоев // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20. №1. – С.42-46.

[15.-А]. Муминзода Б.Г. Оценка оперативности деятельности службы скорой медицинской помощи города Душанбе / Б.Г. Муминзода, А.М. Сафарзода // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2019. - №4. - С.39-47.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[16.-А]. Муминов Б.Г. Система здравоохранения в Великобритании / А.А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, С.З.Зарипов, Б.Г. Муминов // Материалы III-научно-практической конференции ТИППМК «Новое в диагностике и лечении заболевания человека». - Душанбе, 1997. - С.10-15.

[17.-А]. Муминов Б.Г. Организация экстренной помощи в специализированном медицинском учреждении на современном уровне / Б.Г. Муминов, Ахмедов С.М. // Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием. - Турсунзаде, 2007. – С. 16-17.

[18.-А]. Муминов Б.Г. Роль автоматизированной системы управления в организации неотложной догоспитальной помощи / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов // Материалы 2-ой городской научно-практической конференции с международным участием. - Душанбе, 2007. – С. 64-65.

[19.-А]. Муминов Б.Г. Опыт применения и перспектива развития инновационной технологии в службе скорой медицинской помощи / Б.Г. Муминов // Республиканская научно-практическая конференция «Качественная диагностика – основа лечения» и достижения национального диагностического центра, посвященной 20 - летию независимости РТ. – Душанбе, 2011. –С.241-248.

Удостоверения на рационализаторские предложения

1. Муминов Б.Г. Способ повышения оперативности деятельности службы СМП с использованием автоматизированной системы управления. Выдано № 63 от 24.05.2011г. / ГОУ «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров». (соавт. М. Набиева, Д. Хомидов, А. Собиров).
2. Муминов Б.Г. Способ повышения эффективности деятельности службы СМП с использованием телекоммуникационных услуг. Выдано № 65 от 24.05.2011г. / ГОУ «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров» (соавт. М. Набиева, Д.Хомидов, Б.И, Абдурахимов).
3. Муминов Б.Г. Способ повышения оперативности деятельности службы СМП с использованием спутниковой системы связи. Выдано № 64 от 24.05.2011г. / ГОУ

«Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров» (соавт. М.Набиева, Д. Хомидов, Б.И, Абдурахимов).

Учебное пособие

[20.-А]. Муминов Б.Г. Становление и развитие службы скорой медицинской помощи г. Душанбе / Б.И. Абдурахимов, Б.Г. Муминов, Д.Д. Хомидов, А.М. Сафаров. – Душанбе: ООО «Сифат»; 2011. – 336 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АМН МЗиСЗН РТ – Академия медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
АСУ - автоматизированная система управления
ГАИ - Государственная автоинспекция
ГБАО - Горно-Бадахшанская автономная область
ГКБ СМП – Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
ГО и ЧС - гражданская оборона и чрезвычайные ситуации
ГОУ - Государственное образовательное учреждение
ГУ – Государственное учреждение
ДТП - дорожно-транспортное происшествие
ИПОВСЗ РТ – Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан
КЧС - Комитет по чрезвычайным ситуациям
МЗиСЗН РТ - Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МЗ РТ - Министерство здравоохранения Республики Таджикистан
Минздрав СССР - Министерство здравоохранения Союза Советских Социалистических Республик
ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
РАН- Российская академия наук
РРП - Районы республиканского подчинения
РТ - Республика Таджикистан
РФ - Российская Федерация
УСО - усовершенствование
ЦЭМП - центр экстренной медицинской помощи
СМП - скорая медицинская помощь
СиНМП - скорая и неотложная медицинская помощь
США - Соединенные Штаты Америки
ЦРБ - центральная районная больница
ЧС - чрезвычайная ситуация
ЭКГ- электрокардиография
ЭМП - экстренная медицинская помощь

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
МДТ «ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАӢДИДИПЛОМИИ
КОРМАНДОНИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН»**

УДК 614.2 (575.3)

МУМИНЗОДА БОБОҶОН ҒАҒОР

**АСОСНОККУНИИ ИЛМИИ ФАӢОЛИЯТИ ХАДАМОТИ ЁРИИ
ТАӢЧИЛИИ ТИББӢ ДАР НИЗОМИ ХИЗМАТРАСОНИИ ФАВРИИ
ТИББӢ ДАР МАРҲИЛАИ ТОБЕМОРҲОНАВӢ ВА ДУРНАМОИ РУШДИ
ОН ДАР ШАРОИТИ ИСЛОҲОТИ БАХШИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи
илмии доктори илмҳои тиббӣ**

аз рӯйи ихтисоси

14.02.03 – сихатии ҷомеа ва тандурустӣ

ДУШАНБЕ - 2020

Таҳқиқот дар кафедраи сиҳатии ҷомеа, иқтисодиёт, идоракунии тандурустӣ бо курси омили тиббии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон анҷом дода шудааст.

Мушовири илмӣ: – **Аҳмедов Аламхон**, доктори илмҳои тиббӣ, профессор, узви вобастаи АИТ-и ВТ ва ҲИА ҚТ, узви хориҷии Академияи илмҳои табиӣи ФР.

Муқарризи расмӣ: – **Бандаев Илҳомҷон Сирочиддинович**, доктори илмҳои тиббӣ, директори МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии тибби оилавӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ

– **Рӯзиев Муродалӣ Меҳмондӯстович**, доктори илмҳои тиббӣ, директори МД “Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии экспертизаи тиббӣ-иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон”-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Юсупова Шоира Юсуповна, доктори илмҳои тиббӣ, профессор.

Муассисаи тақриздиханда МД “Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии тибби профилактикӣ”-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Ҳимояи диссертатсия соли 2020, соати 13:00 дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-010 МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (734003, ш. Душанбе, к. Рӯдакӣ, 139) ва сомонаи расмӣ (www.tajmedun.tj: +992907706744) шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ с. 2020 ирсол гардид

Котиби илмӣ

шӯрои диссертатсионӣ,

номзади илмҳои тиббӣ:

Саидмуродова Г.М.

ТАВСИФИ УМУМИИ КОР

Мубрамӣ ва зарурати таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Хадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ (ХЕТТ) дар марҳилаи кунунии рушди чома намуди аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳими ёрии тиббӣ мебошад. Ташкил ва сохтори он дар тамоми ҷаҳон ба андозаи қобили мулоҳиза сатҳи умумии инкишофи нигоҳдории тандурустиро муайян намуда, ҳамзамон ба ислоҳоти он робитаи ногусастанӣ дорад [Абдурахимов Б.И, 2007; Михайлович А.Г., 2005].

Ҷанги шаҳрвандии солҳои 90-ум ва оқибатҳои он, таконҳои иқтисодии назаррас то нимаи солҳои 90-ум, махсусан, ба ҳолати саломатии аҳоли ва нигоҳдории тандурусти дар маҷмӯъ инъикос ёфтанд [Абдурахимов Б.И, 2007; Ахмедов А., 2002].

Аз рӯи маълумоти Абдурахимов Б.И. (2007) дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон дараҷаи таъминот бо нақлиёти санитарӣ аз 10% то 30% эҳтиёҷотро ташкил медиҳад, ки ин ба нишондиҳандаҳои миқдорӣ ва сифатии хадамоти ёрии таъҷилии таъсири амиқ мерасонад [Абдурахимов Б.И., 2007].

Аз рӯи маълумоти Ташкилоти умумичаҳонии тандурусти (ТУТ) дар ҷаҳон 20% одамон бо сабаби набудани ёрии таъҷилии тиббӣ дар марҳилаи тобеморхонавӣ мефавтанд, ки ин зарурати баланд бардоштани нақши ёрии таъҷилии тиббӣ ба аҳолиро дар низомҳои нигоҳдории тандурусти ҷаҳон муайян менамояд. [Матер А.А., 2006; Абдурахимов Б.И, 2007; Бадаунов А.К., 2015].

Қарорҳои қаблан қабулнамудаи Ҳукумати ҶТ «Консепсияи ислоҳоти нигоҳдории тандурусти Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз 4 март соли 2002, таҳти № 94; «Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳифзи саломатии аҳоли дар давраи то соли 2010» аз 5 ноябри соли 2002, таҳти № 436; «Дар бораи тасдиқи стратегияи маблағгузори соҳаи тандурусти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2005-2015» аз 10 майи соли 2005, таҳти № 171; «Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба таҷдиди сохтори хадамоти беморхонавӣ дар давраи солҳои 2006-2010, аз 7 сентябри соли 2006, таҳти № 407; “Стратегияи паст кардани камбизоатӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2007-2009”, аз 03.04.2007, таҳти № 167; «Стратегияи миллии саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020» аз 02.08.2010, таҳти №368; Нақшаи стратегии тақмили муассисаҳои тиббӣ дар давраи солҳои 2011-2020, аз 01.04.2011, таҳти №169 ва «Эълумияи СММ: Ҳадафҳои рушд дар остонаи ҳазорсола то соли 2015» ва ғайра ба дастгирии афзалиятнокии ҳамкорихои байнисоҳавӣ ва ҳамоҳангсозии сиёсати миллии дарозмуҳлати банақшагирии азнавсозихои системавӣ дар қори ҳифзи саломати аҳолии мамлакат равона карда шуда буданд.

Низоми мавҷудаи ташкили марҳилаи тобеморхонавии хадамоти ЁТТ ба аҳоли, ки ба расонидани ҳаҷми ҳадди аксари ёрии тиббӣ равона гардидааст, самаранокиро таъмин карда наметавонад, зеро он серхарочот буда, функцияҳои ба худ хоснабударо иҷро мекунад [Полякова М.В., 2012; Шумкин А.А., 2016].

Илова ба ин, мавҷуд будани теъдоди нисбатан зиёди оилаҳои камбизоат (29,5%) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки ба хатари гирифтӣ ба беморихо рӯ ба рӯ мебошанд ва бо сабаби мушкилоти мавҷудаи молиявӣ ба хизматрасониҳои тиббӣ дастрасӣ надоштани онҳо, боз мушкилоти дастрасии чуғрофӣ низ ин масъаларо мушкилтар мегардонад. Бинобар ин, зарурати ҳалли проблемаҳои ташкил ва ба аҳоли расонидани ёрии таъҷилии тиббӣ дар марҳилаи

тобеморхонавӣ дар робитаи зич бо масъалаҳои тақмили кори хадамоти амбулаторӣ-лармонгоҳӣ ба миён омадааст, ки ба ин гузариш ба ташкили КАТС аз рӯйи принципи табиби тахассусҳои умумӣ (табиби оилавӣ), беморхонаҳои якрӯза, беморхонаҳои фаъолияткунандаи рӯзона, шифохонаҳо дар ҷойи зист (дар хона) ва ғайра низ дохил мешаванд.

Санадҳои амалкунандаи қонунгузорӣ ва меъёри ҳуқуқӣ, ки дар солҳои 70-80-уми асри гузашта қабулгардида, ки фаъолияти хадамоти ЁТТ-ро танзим мекунанд ба талаботи расонидани ёрии таъҷилии тиббӣ дар шароити нави иҷтимоию иқтисодӣ ҷавобгӯ нестанд. Меъёри имрӯз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон амалкунанда - як нақлиёти санитарӣ ба ҳар 10 ҳазор нафар аҳоли хусусиятҳои ҷуғрофӣ маҳал ва зичии маскунӣ аҳолиро ба назар намегирад, зеро 93 %-и масоҳати ҷумҳурӣ кӯҳсор мебошад [Абдурахимов Б.И., 2007].

Мубрам будани таҳқиқоти мазкурро зарурати омӯзиши комплекси фаъолияти марҳилаи тобеморхонавӣ ёрии таъҷилии тиббӣ дар марҳилаи кунунии рушди он ва таҳияи алгоритмҳои самаранок оид ба тақмил додан ва муносибгардонии низоми идоракунии ва расонидани ёрии таъҷилии тиббӣ (ЁТТ) дар марҳилаи тобеморхонавӣ муайян менамояд.

Дараҷаи омӯхташавии масъалаи илмӣ. Таҳлили гузаронидашуда набудани низоми дақиқи идоракунии хадамоти ЁТТ ва мониторинги самарабахши онро ҷиҳати расонидани ёрии фаврии тиббӣ дар марҳилаи тобеморхонавиро ошкор намуд. Ночиз будани таҳқиқоти илмӣ марбут ба фаъолияти ёрии таъҷилии тиббӣ ба аҳолии ҶТ-ро махсус қайд кардан лозим аст, ки асосан ба фаъолияти хадамот дар минтақаҳои алоҳидаи маъмурӣ ва бештар ба ёрии фаврии беморхонавӣ бахшида шуда, таҳия ва коркарди равишҳои нави тақмили низоми идоракунии ёрии таъҷилии тиббиро дар марҳилаи тобеморхонавӣ тақозо менамояд.

Заминаҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот пажӯҳишҳои олимони хориҷие мебошанд, ки дар солҳои 60-80-уми асри гузашта таълиф гардидаанд. Заминаи меъёри эҳтиёҷоти аҳоли ба хадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ бо назарияи хизматрасонии оммавӣ асос ёфтааст. Принципи ташкил ва нишондиҳандаҳои арзёбии самаранокии кори хадамоти ЁТТ аз собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ ҳамчун низоми ягонаи давлатии хадамоти ёрии таъҷилии бо сарчашмаҳои якманбааи маблағгузорӣ ба мерос омадааст.

Амалисозӣ бо барномаҳои илмӣ-таҳқиқотӣ

Таҳқиқоти илмӣ ба амалисозии қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи стратегияи миллии саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020» аз 02.08.2010, №368 ва Барномаи давлатии рушди технологияҳои иттилоотӣ иртибототӣ, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №468, аз 3 декабри соли 2004, дар бобати ислоҳоти бахши хадамоти тобеморхонавӣ ЁТТ, аз ҷумла рақамикунонии он марбут мебошад.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши вижаҳои ташкил ва фаъолияти хадамоти ЁТТ дар марҳилаи тобеморхонавӣ дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ, инчунин ёрии фаврии тиббӣ дар муассисаҳои идоравӣ ва таҳияи алгоритми илман асосноки чорабинӣҳои самаранок оид ба бештар кунонидан ва минбаъд тақмил додани кори ЁТТ дар шароити муосири иҷтимоию иқтисодӣ.

Объекти таҳқиқот. Ба сифати объекти таҳқиқот хадамоти ёрии таъҷилии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва хадамотҳои тиббии муассисаҳои идоравӣ (Марказҳои ёрии фаврии тиббӣ, марказҳои мустақили ЁТТ ва шубаҳои ёрии таъҷилии тиббии ВМКБ, вилоятҳои Суғду Хатлон, НТЧ ва шаҳри Душанбе, хадамотҳои тиббии муассисаҳои идоравӣ) интихоб гардидаанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши таърихи ташкили ёрии таъҷилии тиббӣ ва рушди он, фаъолияти ташкилию методӣ ва муолиҷавию ташкилии муассисаҳои ёрии таъҷилии тиббии тобеморхонавӣ, инчунин хадамотҳои тиббии муассисаҳои идоравӣ ҳамкориҳои онҳо дар шароитҳои нави иҷтимою иқтисодӣ мебошад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши таърихи барқароршавӣ ва ташкили фаъолияти хадамоти тобеморхонавии ёрии таъҷилии тиббӣ дар ҳудудҳои гуногуни маъмурии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраҳои мухталифи рушду пешравии он (қабл ва баъди истиклолият).

2. Муайян намудани нақш ва ҷойгоҳи хадамоти тобеморхонавии ёрии таъҷилии тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон қабл ва дар давраи ислоҳоти ташкилӣ ва сохтори муассисаҳои кумаки аввалияи тиббӣ санитарӣ, инчунин ҳолати хадамотҳои тиббии муассисаҳои идоравӣ

3. Арзёбӣ намудани сатҳ ва самаранокии татбиқи технологияҳои инноватсионӣ дар хадамоти тобеморхонавии ёрии таъҷилии тиббӣ.

4. Таҳияи **комплекси** чорабиниҳои самарабахш оид ба рушди минбаъдаи алгоритми такмили ташкил, идоракунӣ ва расонидани ёрии таъҷилии тиббӣ дар марҳилаи тобеморхонавӣ дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ, вобаста ба шароити иқлимӣ чуғрофӣ, демографӣ ва иқтисодию-иҷтимоӣ.

Методҳои таҳқиқот. Дар чараёни таҳқиқот методҳои таърихию таҳлилӣ, арзёбиҳои экспертӣ, пурсишҳои сотсиологӣ, таҳлилҳои системавӣ ва ретроспективӣ, инчунин методҳои ҳозиразамони омӯрӣ, аз ҷумла баҳисобгирии бузургҳои нисбӣ ва миёна бо муайян намудани эътимоднокии онҳо, нишондиҳандаҳои динамикӣ истифода шуданд.

Соҳаи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқоти диссертатсия ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.02.03 – Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ, зербанди 3.5.–Таҳқиқоти ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, таҳияи амсила ва технологияҳои нави ёрии ғайрибеморхонавии тиббӣ мувофиқат мекунад.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Таълифи диссертатсия ба таври марҳилавӣ роҳандозӣ гардид. Дар марҳилаи аввал мо адабиёти ҷаҳониро оид ба проблемаи мазкур омӯхтем. Дар марҳилаи минбаъда мавзӯ ва мақсади диссертатсия ба таври мухтасар ифода карда шуд. Сипас, ҷамъовариҳои маълумоти омӯрӣ, бойгонӣ ва заминаҳои меъёрӣ анҷом дода шуд, ки омӯзиши проблемаи мазкурро дар микёси ҷумҳурӣ ва марказҳои маъмурию ҳудудии он имконпазир намуд.

Заминаи асосии иттилоотӣ ва таҳқиқотӣ. Дар таҳқиқоти диссертатсионӣ иттилоот (маводи бойгонӣ, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, конференсияҳо, маълумоти омӯри давлатӣ, пурсиши сотсиологӣ, маводи фаъолияти амалии

муассисаҳои тандурустӣ) дар бораи ҳолати ёрии ҳадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ дар ҷумҳурӣ ба таври муфассал омӯхта шуданд.

Таҳқиқот дар кафедраи сихатии ҷомеа, иқтисодиёт, идоракунии тандурустӣ бо курси омили тиббии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баълидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон анҷом дода шудааст.

Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Этимоднокии маълумот ва ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот тавассути коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва интишорот тасдиқ карда шуданд. Хулосаҳо ва тавсияҳо ба таҳлили илмии пойгоҳи меъёрӣ-ҳуқуқӣ ва моддию техникаи ҳадамоти ЁТТ, инчунин маълумоти ҳисоботии давлатии омории асоснок карда шудаанд.

Навгони илмии таҳқиқот. Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барқароршавӣ ва рушду инкишофи (таърихи барқароршавӣ, инкишоф ва фаъолияти) марҳилаи тобеморхонавии ЁТТ дар ҳамаи ҳудудҳои маъмурӣ қабл ва баъди ба даст омадани истиклолияти давлатии ҷумҳурӣ ба таври комплексӣ арзёбӣ карда шуд. Ҳолати захираи кадрӣ, пойгоҳи моддию техникаи марказҳои ёрии фаврии тиббӣ, шӯъбаҳо ва марказҳои мустақили ЁТТ-и ВМКБ, вилоятҳои Хатлону Суғд, НТЦ ва шаҳри Душанбе, аз ҷумла, истифодаи технологияҳои навин, таъминоти марказҳо (шӯъбаҳо) бо таҷҳизот ва ашъҳои аҳамияти тиббидошта, нақлиёти санитарӣ, бо дарназардошти шароити иқлимӣ чуғрофӣ ва демографияи минтақаҳои ҷумҳурӣ мавриди таҳқиқ қарор гирифтааст. Таҳлили комплекси расонидани ЁТТ ба аҳоли дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ дар марҳилаи тобеморхонавӣ анҷом дода шуда, вижагиҳои минтақавии он муайян карда шуд. Санадҳои амалкунандаи меъёрӣ-ҳуқуқӣ, ки фаъолияти ҳадамоти тобеморхонавии ҳадамоти ЁТТ-и кишварро танзимкунанда таҳлил ва арзёбӣ гардидааст.

Набудани банақшагирии муфассал, мониторинг ва арзёбии чорабиниҳои гузаронидашуда дар соҳаи ЁТТ муқаррар карда шуд. Натиҷаҳои таҳқиқот номуносибии дар нишондиҳандаҳои марбут ба таъминот бо ҳайати кормандони тиббӣ, доруворӣ, таҷҳизот, нақлиёти санитарӣ, сӯзишворию рағбанҳои молиданиро ошкор намуд, ки ба ташкили бесамари фаъолияти ҳадамоти ЁТТ дар маҳалҳо вобаста мебошад. Камбудии ошкоршуда ва дастовардҳои муайян дар фаъолияти ҳадамоти тобеморхонавии ЁТТ зарурати роҳандозии чорабиниҳоеро, ки ба рушд ва тақмили пайваستاи самарабахши он равона гардидаанд, талаб менамоянд ва онҳо сабабгори интиҳоби мавзӯи таҳқиқоти мазкур шуданд.

Аҳамияти назариявии таҳқиқот дар он аст, ки нуктаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсионӣ хангоми таҳияи Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон; қарорҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон; фармоишҳои Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, қарорҳои раиси шаҳри Душанбе, вобаста ба ҳадамоти ЁТТ, инчунин дар таҳияи шакли баҳисобгирии қори марказҳои (шӯъбаҳои) ЁТТ ва таҷҳизонидани меъёрию табелии табиби сайёри ЁТТ истифода шудаанд. Инчунин нуктаҳои асосии қор дар раванди таълим дар кафедраи сихатии ҷомеа, иқтисодиёт, идоракунии (менечменти) тандурустӣ бо курси омили тиббии МДТ

«Донишкадаи таҳсилоти баълидипломи кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кафедраи сихатии ҷомеа ва омори тиббӣ бо курси таърихи тиббии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» барои интернҳо, ординаторони клиникӣ, аспирантҳо, инчунин дар курсҳои тақмили ихтисоси табибон истифода мешаванд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои аз таҳқиқот бадастомада барои асосноккунии илмӣ роҳҳои инкишофи минбаъда ва алгоритми тақмили марҳилаи тобemorхонавии ҳадамоти ЁТТ-и ҷумҳурӣ асос мебошанд.

Аз рӯи натиҷаҳои бадастомада мақсаднокии ҷудо кардани ҳадамоти ёрии таъҷили аз ёрии таъхирпазири тиббӣ, ҳуччатҳои меъёрӣ- ҳуқуқии танзимкунандаи фаъолияти ЁТТ қабул гардида, аз ҷумла, таҳияи тавсифномаи таҳассусии табиби ЁТТ ва муносибгардони муҳтавои куттии тиббии табиби сайёр илман асоснок карда шудаанд. Тадбирҳо оид ба минбаъда беҳтар намудани фаъолияти ҳадамоти тобemorхонавии ЁТТ дар миқёси мамлакат коркард карда шуданд. Шаклҳои нави ҳуччатгузори хисоботу бақайдгирӣ таҳия карда шуданд, ки нишондиҳандаҳои сифатии ҳадамоти ЁТТ-ро таҷассум менамоянд. Марказҳои таълимию тамринӣ оид ба расонидани ёрии аввалияи фаврӣ барои кормандони тиббӣ, шибҳатабибон, кормандони сохторҳои кудратӣ ташкил карда шуданд. Шибҳатабибон ба ҳайати гурӯҳҳои начотдиҳандаи КҲФ, ҳамчун марҳилаи якуми гузариш ба сатҳи шибҳатаибӣ ворид карда шуданд [14.-А].

Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти амалии марҳилаи тобemorхонавии ҳадамоти ЁТТ-и ҷумҳурӣ татбиқ карда шудааст, аз ҷумла дар таҳияи Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 18.05.2017; қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи стратегияи миллии саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2010-2020” аз 02.08.2010, №368; “Нақшаи амалисозии стратегияи саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2010 – 2020” бо фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон №494 аз 21.08.2010 тасдиқ шудааст; лоиҳаҳои давлатии инвеститсионӣ оид ба инкишоф ва барқарорсозии ҳадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ барои давраи солҳои 2002-2007 (созишномаи қарзии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №222 аз 29.01.2001, созишномаи қарзии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №4/440 аз 28.12.2005); қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон «Қоидаҳо оид ба низоми таъминоти даъвати ҳадамоти фаврӣ дар ҳолатҳои фавқуллода аз рӯи рақами ягонаи кӯтоҳи фаврии «112» аз 28.04.2017, №214; фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, №33 аз 28.01.2010; фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи тасдиқи рӯйхати асосии васоити доруворӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» №183 аз 16.03.2016; фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон №53 аз 05.02.2014; фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон №840 аз 03.10.2015 истифода шудаанд.

Бо таъя ба натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ, маркази ЁТТ дар ш.Душанбе қисман ба низоми худкори идоракунӣ (НХИ) бо ҳамгирии низоми роҳнамоии моҳвораӣ

гузаронида шуд; алгоритми пайдархамии иҷро намудани даъватҳо тибқи асоснокии мақсади даъват таҳия ва ворид карда шуданд; марказҳои таълимию тамринӣ барои таълими шибхатабибон ташкил карда шуд; бо қарори раиси шаҳри Душанбе №157 аз 04.03.2011 барномаи миёнамуҳлати рушди тандурустии шаҳри Душанбе барои солҳои 2011-2015, ки ба мустақамкунии заминаи моддиро техникаи хадмоти ЁТТ равона гардида буд, тасдиқ карда шуд. Дар қарори раиси шаҳри Душанбе «Оид ба рушди босуръати хоҷагии халқи шаҳри Душанбе дар соли 2015», №312-1 аз 11.06.2015 масъалаи ҷойгир кардани амбулаторияҳои табибони оилавӣ дар биноҳои баландошӯнаи истиқоматӣ ворид карда шуд.

Нуқтаҳои асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда

1. Таърихи ташкил ва барқароршавии хадмоти ЁТТ дар марҳилаҳои гуногуни рушди он омӯхта шудааст. Натиҷаҳои омӯзиши комплекси фаъолияти марҳилаи тобemorхонавии хадмоти ёрии таъҷилии тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон қабл ва баъди ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ. Муқаррар карда шудааст, ки ба фаъолияти ЁТТ вижагиҳои иқлимию ҷуғрофӣ ва демографияи минтақаҳои ҷумҳурӣ бо тафовути зиёди таъминоти онҳо бо кормандони тиббӣ, нақлиёти санитарӣ, таҷҳизоти тиббӣ, бригадаҳои сайёр, инчунин камбудии ҷойдоштаи ташкили хадмоти ЁТТ дар маҳалҳо таъсир мерасонад.

2. Зарурати ҷудо кардани ёрии таъҷилӣ аз ёрии таъхирпазири тиббӣ бо роҳи аз нав дида баромадани санадҳои меъёрии ҳуқуқии амалкунандае, ки фаъолияти хадмоти тобemorхонавии ёрии таъҷилии тиббӣ ва муассисаҳои КАТС-ро муқаррар менамоянд, бо дарназардошти ҷанбаҳои мусбати иқтисодии он дар марҳилаи муосир аз ҷиҳати илмӣ асоснок карда шудааст.

3. Банақшагирӣ ва такмили минбаъдаи таъминоти захиравӣ, заминаи меъёрии ҳуқуқии марказҳои (шуъбаҳои) ёрии таъҷилии тиббӣ аз ҷиҳати илмӣ асоснок гардида, самаранокии онҳо, аз ҷумла барномаҳои мақсаднок арзёбӣ шудааст.

5. Механизми ҳамкориҳои хадмоти ёрии таъҷилии тиббӣ бо хадмоти МГ ва ҲФ хангоми баргараф кардани оқибатҳои тиббии вазъиятҳои фавқулода дар шароити нави иҷтимоию иқтисодӣ муайян карда шудаанд.

6. Натиҷаҳои таҳқиқоти сотсиологӣ сатҳи қаноатмандии беморон ва кормандони хадмоти тобemorхонавии ЁТТ, ки сифати кумаки тиббиро хангоми гирифтани он муайян намуда, инчунин зарурати гузаронидани азнавсозии хадмот ва такмили минбаъдаи онро тасдиқ менамояд.

Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия. Аз ҷониби муаллифи диссертатсия мустақилона мавод ҷамъоварӣ карда шуда, методи таҳқиқот ва варақаҳои иловагии баҳисобгирии омӯрӣ таҳия гардида, ҷамъбааст ва таҳлили натиҷаҳои бадастомада ва коркарди омории онҳо амалӣ карда шуд. Ҳисаи иштироки муаллиф дар ҷамъоварӣ ва коркарди маводҳо – 90%-ро ташкил менамояд. Ҳамаи бобҳои диссертатсия, аз ҷумла коркарди омории маълумоти бадастовардашуда, шарҳу тафсири адабиёт, тавсифи таҳқиқоти худии муаллиф, натиҷагириҳо ва тавсияҳои амалӣ шахсан аз ҷониби муаллиф навишта шудаанд.

Тасвиби диссертатсия. Натиҷаҳо ва нуқтаҳои асосии диссертатсия дар конференсияи III илмию амалии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба

номи Абуалӣ ибни Сино «Навоварӣ дар ташхис ва муолиҷаи бемориҳои одам» (Душанбе, 1997); конференсияи II шаҳрии илмию амалии ҷарроҳон бо иштироки байналмилалӣ «Технологияҳои муосир дар ҷарроҳии ғаврии узвҳои ковокии шикам» (Душанбе, 2006); Конгресси III умумироссиягии «Идора кардани сифати кумаки тиббӣ ва низоми таҳсилоти бефосилаи кормандони тиббӣ» (Москва, 2011); анҷумани ҷарроҳони Тоҷикистон (Душанбе, 2011); конференсияи ҷумҳуриявии илмию амалӣ бахшида ба 20 – солагии истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон «Ташхиси босифат – асоси таъобат» (Душанбе, 2012); конференсияи XXI илмию амалии МТД ДТБКСТ РТ бахшида ба соли оила «Ташаккули саломатии аҳоли: таҷрибаи байналмилалӣ ва миллӣ» (бо иштироки байналмилалӣ) (Душанбе, 2015); конференсияи XXIII илмию амалии МТД ДТБКСТ РТ «Таҳсилоти тиббӣ ва саломатӣ дар асри XXI», бахшида ба соли ҷавонон (бо иштироки байналмилалӣ) (Душанбе, 2017) гузориш ва баррасӣ гардидаанд.

Тасвиби диссертатсия дар ҷаласаи комиссияи байникафедравии экспертию проблемавии ғанҳои таъобатӣ ва сиҳатии ҷомеаи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (22 январи соли 2020, протоколи №5/1) баргузор гардид.

Интишороти натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи мавзӯи диссертатсия 20 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 15 мақола дар маҷаллаҳои ба феҳристи маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон воридшуда ва як дастури таълимӣ ба нашр расонида шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводҳои диссертатсия дар 398 саҳифа иншо гардида, муқаддима, таснифоти умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёти соҳавӣ, 4 боби таҳқиқоти худии муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо ва рӯйхати адабиёти истифодашударо дар бар мегирад. Ба диссертатсия 47 ҷадвал, 9 расм ва 104 замима илова гардида, рӯйхати адабиётро 411 маъҳаз ташкил медиҳад, ки 340-то бо забони русӣ ва 71-тои он бо забонҳои хориҷӣ мебошад.

МУҲТАВОИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Таҳлили ретроспективии 80 ҳуҷҷат, маводи бойгонӣ, маълумоти Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тиббии ВТ ва ҲИА ҚТ (дар давраи солҳои 2002-2017) ва маводи дигар вазорату идораҳои марбут ба фаъолияти хадамоти ЁТТ истифода шудааст.

Дар таҳқиқот таҳлили ретроспективии 20175 кортҳои даъвати ЁТТ, инчунин ҳолатҳои рӯйдодӣ офатҳои табиӣ, ҳодисаҳои харобиовари табиӣ, садамаҳои техникӣ ва фалокатҳо ва ҳолатҳои фавқулодаи ба онҳо алоқаманд гузаронида шудааст.

Шароити иқлимию ҷуғрофӣ ва демографияи таъсиррасон ба дастрасии ЁТТ ба аҳоли, инчунин вижагиҳои минтақавии он омӯхта шудааст.

Ҳангоми иҷрои таҳқиқот методҳои таърихию таҳлилӣ, методҳои арзёбии экспертӣ, методи пурсиши сотсиологӣ, методи таҳлили муназзам ва методҳои оморӣ муосир истифода шудааст.

Ҳангоми коркарди бузургиҳои нисбӣ методҳои баҳисобгирии маъмулии оморӣ нишондиҳандаҳои экстенсивӣ, интенсивӣ ва радиҳои динамикие, ки истифодаи дигар методҳои коркарди омориро талаб намекунад, мавриди истифода қарор дода шудааст. Коркарди оморӣ дар компютери инфиродӣ бо истифода аз барномаи Microsoft Excel – 2010 гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки то имрӯз таҳқиқоти густурдае, ки оид ба барқароршавӣ ва рушди кумаки тиббӣ, аз ҷумла марҳилаҳои хизматрасонии ЁТТ ба аҳоли дар давраи тоинқилобӣ ва инчунин дар давраи барқароршавӣ ва рушди тандурустии ҷумҳурӣ дар замони шӯравӣ ва баъди ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ тавонанд маълумот диҳанд, мавҷуд набуданд. Ҷузъаҳо ва мақолаҳои илмие, ки аз ҷониби баъзе аз ташкилотчиёни тандурустӣ ба нашр расонида шудаанд ва ёддошту хотираҳои баъзе аз сайёҳони алоҳидаю шахсони мансабдор, инчунин табибоне, ки дар замони пеш аз Осиёи Миёна боздид карда буданд, оид ба рушди хадамоти ЁТТ дар ҷумҳурӣ тасаввуроти пурра намедиханд.

Аз рӯи манбаҳои ночизи илмӣ мавҷудбуда муайн карда шуд, ки дар барқароршавӣ ва рушди худ, хадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ роҳи душвори таърихро сипарӣ намудааст (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Давраҳои таърихии барқароршавӣ ва рушди хадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

Марҳилаи рушди хадамоти ЁТТ	Давра	Тавсифи давра
Тоинқилобӣ	солҳои 1887-1926	Мавҷуд набудани хадамоти ЁТТ
Ташкили хадамоти ЁТТ	солҳои 1926-1929	Пайдо шудани нуқтаи якуми ЁТТ
Ташкили ЁТТ дар ҳайати муассисаҳои таъҷилии	солҳои 1929-1950	Оғози ташаккули хадамоти ЁТТ дар намуди шӯба дар ҳайати МТП
Ташкили муассисаҳои мустақили ЁТТ	солҳои 1950-1970	Ташкили хадамоти ЁТТ, ҳамчун низомии мустақил
Ташкили шабакаи васеи муассисаҳои ЁТТ	солҳои 1970-1990	Инкишофи босуръати хадамот – давраи шукуфоии кумаки махсусгардонидашуда
Таҷдиди сохтори ЁТТ	солҳои 1992-1995	Амалкарди хадамоти мавзеии ЁТТ
Барқароршавии хадамоти ЁТТ	солҳои 1995-1997	Баъзе дастовардҳои вобаста ба истиқлолияти давлатии ҚТ
Таърихи наватарини хадамоти ЁТТ	аз соли 1998	Барқароршавии ҷузъии хадамот, ҳамчун низом

Рушд ва барқароршавии хадамоти ЁТТ шартан ба давраҳои зерин ҷудо карда шудааст:

- давраи тоинқилобӣ, ки мавҷуд набудани кумаки тахассусии тиббӣ ба он хос буд (солҳои 1887-1926);
- давраи ташкили нуқтаҳои ЁТТ замоне ки, 24 апрели соли 1926 нуқтаи якуми ЁТТ таъсис дода шуд;
- солҳои 40-ум ҳамчун давраи пайдошавии шӯбаи ЁТТ номбар мешавад, соли 1939 нахустин шӯбаи ёрии таъҷилии тиббӣ дар сохтори дармонгоҳи марказии шаҳри Душанбе кушода шуд;

- солҳои 70-ум, ҳамчун солҳои пайдоиши марказ ва шуъбаҳои мустақили ЁТТ дар назди БМН ва давраи оғози ҳадамоти ЁТТ ҳамчун низом дар таърихи рушди ҳадамот ворид гардидаанд (солҳои 1950-1970);
- солҳои 80-ум давраи инкишофи босуръати ҳадамоти ЁТТ бо ташкили беморхонаи муттаҳидаи ёрии таъҷилии тиббӣ дар ш. Душанбе мебошад (солҳои 1970-1990);
- ноустувории низоми ҷамъиятию сиёсӣ, ки ба вайроншавии сохтори низом боис гардид (солҳои 1992-1995);
- дар солҳои соҳибистиклолии ҷумҳурии ҳадамоти ЁТТ мувофиқ ба шароити иҷтимоию иқтисодӣ ба барқароршавӣ оғоз намуд.

Муқаррар гардид, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо иқтисодиёти гузариш, новобаста аз як қатор муваффақиятҳои назаррас дар соҳаи хизматрасонии ЁТТ дар марҳилаи тобеморхонавӣ, дар солҳои охир бо сабаби тақсимоли нобаробари захираҳои давлатӣ ба нафъи муассисаҳои дараҷаи дуюм, дар азнавсозии ҳадамоти ЁТТ тағйироти назаррас ба миён наомад [3.-М].

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки низоми идоракунии ҳадамот ғайримутамарказ мебошад, ки дар шароити камбудии захираҳо мувофиқи мақсад нест. Дар баробари ин ЁТТ вазифаҳои барои он хос набударо иҷро намуда (бештар аз ҳама дар шаҳри Душанбе ва дар марказҳои маъмурии вилоятҳо – то 60%), уҳдадорӣ ҳадамоти амбулаторию дармонгохро оид ба расонидани кумаки тиббӣ дар хона ва интиқоли беморонро ба зимма дорад. Бо дарназардошти аҳаммияти нишондиҳандаи мазкур, вазифаҳои барои ЁТТ хоснабуда, ба гурӯҳҳои мазкур ҷудо карда шуданд:

- а) вазифаҳои хоснабуда, ки бо ташкили фаъолияти ҳадамоти ЁТТ вобаста мебошанд (аз ҷониби бригадаи ЁТТ иҷро кардани вазифаи ёрии таъхирпазири тиббӣ; аз ҷониби бригадаи ЁТТ иҷро кардани вазифаҳои ҳадамоти амбулаторию дармонгоҳӣ; истифодаи нақлиёти санитарӣ барои ниёзи хоҷагидорӣ ва ғайра);
- б) иҷро кардани вазифаи хоснабуда, ки бо мақомоти минтақавии тандурустӣ вобаста мебошанд (даъвати бригадаи ЁТТ ба муассисаҳои ҳадамоти беморхонавӣ; интиқоли беморони сироятӣ, маводҳои хун, мушовирон, ҷасади фавтидагон);
- в) иҷро кардани вазифаи хоснабуда, ки ба талаботи муассисаҳои ғайритиббӣ вобаста мебошад (хизматрасонии тиббии чорабиниҳои ҷамъиятию сиёсӣ; хизматрасонии чорабиниҳои МГ, ҳадамоти ҲФ ва ҳадамоти оташнишонӣ; иҷро кардани қарорҳои мақомоти судӣ; хизматрасонии тиббии муассисаҳои речаи махсусдошта, боздоштгоҳҳои тафтишотӣ, маҳбасҳо ва толорҳои ҷаласаҳои судӣ).

Дар сохтори даъватҳои иҷрогардидаи ба фаъолияти ҳадамоти ЁТТ хоснабуда, бемориҳо ва ҳолатҳои ба вазифаи ҳадамоти амбулаторию дармонгоҳӣ дахлдошта, мавқеи назаррасро ишғол менамоянд. Таҳлил нишон дод, ки 45,1% даъватҳои метавонистанд кормандони тиббӣ дар дармонгоҳҳо амалӣ наоянд.

Ҳадамоти тобеморхонавии ёрии таъҷилии тиббӣ аз 66 муассиса, аз ҷумла 5 маркази ЁФТ, 5 маркази мустақил ва 56 шуъбаи ёрии таъҷилӣ ва таъхирпазири тиббӣ дар минтақаҳо иборат мебошад (ҷадвали 2).

Чадвали 2. – Шабакаи муассисаҳои ёрии таъҷилии тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

Нами шаҳр/вилоят	Маркази ЁФТ	Марказ (мустақил)	Зермарказ	Шуъба дар назди БМН	Нуқтаи ЁТТ	Эзоҳ
Дар ҷумҳурӣ	5	5	4	56	86	66 муассисаи ЁТТ, аз онҳо 56 дар назди БМН
ш. Душанбе	2		2		-	МШЁФТ (бо беморхона иборат аз 174 кат), МЁФТ дар назди Маҷмааи тиббӣ – (иборат аз 650 кат)
НТҚ	1	-	-	12	25	13 муассисаи ЁТТ (12 адад дар назди БМН ва МЁФТ дар ш.Турсунзода)
Вилояти Хатлон	2	0	1	24	20	26 муассисаи ЁТТ (МЁФТ иборат аз 20 кат дар ш.Кӯлоб ва 24 адад дар назди БМН)
Вилояти Суғд	-	4	1	14	41	18 муассисаи ЁТТ, аз онҳо 14 адад дар назди БМН
ВМКБ	-	1	-	7	-	8 муассисаи ЁТТ, аз онҳо 7 адад дар назди БМН

Дар давраи солҳои 2002 -2017 бунгоҳи нақлиёти ЁТТ дар ҷумҳурӣ танҳо то 35,5% таҷдид гардида, тақрибан 30% нақлиёти санитарӣ дар ҳолати корношоямӣ қарор дошта, зиёда аз 50% онҳо 10-20 сол аз муҳлати муқарраргардида бештар истифода мешаванд.

Таъмин будани аҳоли бо нақлиёти санитарӣ дар маҷмуъ дар тамоми ҷумҳурӣ ба 10 ҳазор аҳоли аз 0,3 воҳид зиёд нест (чадвали 3).

Чадвали 3. – Таъмин будани марказҳо (шуъбаҳои) ёрии таъҷилии тиббӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон бо нақлиёти санитарӣ (ба 10000 аҳоли)

Сол	Дар ҷумҳурӣ	ш. Душанбе	Вилояти Суғд	Вилояти Хатлон	НТҚ	ВМКБ
2009	0,26	0,28	0,31	0,13	0,29	0,79
2010	0,27	0,17	0,34	0,24	0,27	0,49
2011	0,27	0,29	0,37	0,19	0,21	0,77
2012	0,29	0,27	0,39	0,17	0,24	0,99
2013	0,30	0,23	0,37	0,32	0,21	0,42
2014	0,29	0,21	0,66	0,22	0,28	0,79
2015	0,27	0,20	0,36	0,17	0,60	0,78
2016	0,32	0,36	0,37	0,26	0,29	0,68
2017	0,26	0,39	0,40	0,23	0,29	0,81

Таҳлили таъмин будани аҳоли бо нақлиёти санитарӣ дар давраи солҳои 2009-2017 нишон дод, ки дар ш.Душанбе нарасидани нишондиҳандаи мазкур аз 0,17 то 0,39 дар вилояти Суғд – на бештар аз 0,7, дар вилояти Хатлон – 0,13 то 0,32, дар НТЧ – 0,29-ро ташкил медиҳад. Қараёни нисбатан мусбати таъмин будан бо нақлиёти санитарӣ дар ВМКБ мушоҳида карда мешавад - то 0,81.

Дар шаҳру ноҳияҳо нишондиҳандаи мазкур яксон нест. Масалан, дар шаҳрҳои Истиклол, Хоруғ, Роғун ва ноҳияи Тоҷикобод нишондиҳандаи мазкур аз 0,9 то 1,4-ро ташкил менамояд. Баръакс, дар бисёре аз ноҳияҳо таъмин будан аз 0,1 бештар набуда, дар ноҳияҳои алоҳида бошад – Мурғоб, Роштқала ва Балҷувон шубҳаҳои ЁТТ бе нақлиёт фаъолият менамоянд. Барои муқоиса, ин нишондиҳанда солҳои 80-ум дар шаҳри Душанбе 0,96-ро ташкил меод [20.-М]. Нарасидани нақлиёти санитарӣ айни замон зиёда аз 70%-ро ташкил медиҳад, ки ин аз тақсимоти нодуруст ва нобаробарии минтақавӣ дар таъмини аҳоли бо ЁТТ шаҳодат медиҳад.

Заминаи моддию техникии аксарияти муассисаҳои ЁТТ дар ҳолати ғайриқаноатбахш қарор дошта, аз 70% то 90%-и фонди асосӣ дар биноҳои номувофиқ ҷойгир шудаанд ва ба таъмири асосӣ ниёз доранд. Бо дарназардошти он, ки чунин вазъият солҳои зиёд идома меёбад, метавон доир ба самаранок набудани дурнамои банақшагирии хадамоти ЁТТ ва роҳандозии барномаҳои мақсаднок қазоват намуд.

Дар ихтиёри бригадаҳои сайёр ба ҷойи 24 номгӯи таҷҳизоти тиббӣ ва маснуоти таъиноти тиббидошта, ҳамагӣ 16 номгӯи (66,6%) мавҷуд аст. Масалан, таъмин будани бригадаҳои сайёр бо дефибрилляторҳо 19,0%, бо дастгоҳи СБД – 15,6%-ро ташкил менамояд. Дар баъзе аз шубҳаҳои ЁТТ таҷҳизоти тиббӣ вучуд надорад ё танҳо як адад вучуд дорад ва ҳамзамон аз ҷиҳати ҷисмонӣ маънавий фарсуда мебошад, чунки онҳо дар солҳои 80-уми асри гузашта харидорӣ шуда буданд.

Таҳлили сатҳи таъмин будани бригадаҳои сайёр бо маводи доруворӣ нишон дод, ки дар маркази ЁФТ шаҳри Душанбе аз 102 номгӯи маводи доруворӣ дар қуттии тиббӣ ҳамагӣ 23 номгӯи 22,5% мавҷуд мебошад.

Инчунин ошкор гардид, ки дар фармоишҳои дахлдори соҳавӣ тафовути шумораи маводи доруворӣ ва маснуоти таъиноти тиббӣ 8,7%-ро ташкил медиҳад ва танҳо 47,7% маводи доруворӣ дар асоси тибби далелнок интихоб карда шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот маблағгузорию нобаробарии амиқро дар тақсимоти маблағ дар минтақаҳо ошкор намуд. Масалан, барои харидории маводи доруворӣ барои як даъват дар шаҳри Душанбе дар соли 2017 ҳамагӣ 4 сомонӣ, дар ноҳияи Б.Ғафуров – 0,51 сомонӣ, дар ш.Хоруғ – 2,8 сомонӣ, дар ноҳияи Ҷ.Балхӣ – 1,3 сомонӣ, дар ноҳияи Фархор – 9,54 сомонӣ масраф шудааст. Тафовут дар таъминоти маводҳои доруворӣ дар минтақаҳо аз 8 то 19 маротибаро ташкил медиҳад. Рақамҳои овардашуда имконият медиҳанд, ки оид ба нопуррагии расонидани кумаки тиббӣ ва набудани дастрасии баробари аҳоли дар сартосари ҷумҳур барои гирифтани ёрии таъҷилии тиббӣ қазоват гардад.

Аз ҷониби мо инчунин нобаробарӣ дар ҷудо кардан ва мукамалгардонии хадамоти ЁТТ бо воҳидҳои кории вазифавӣ муайян карда шуд. Дар давраи мушоҳидаҳо дар ҳоли афзоиши аҳоли ба 25,0% шумораи воҳидҳои корӣ дар маҷмуъ 6,7% ва дар вилояти Хатлон – 26,1% кам шудааст (дар минтақаҳои дигар ин ҷараён дар як сатҳ қарор дорад). Муқаррар карда шуд, ки афзоиши на чандон зиёди воҳидҳои кории ЁТТ ш.Душанбе аз ҳисоби соли 2016 қушода шудани МЁФТ дар назди Маҷмаи тандурустии “Истиқлол” ба амал омадааст. Дар маҷмуъ дар ҷумҳурии мукаммалии воҳидҳои кории вазифавии табибон дар давраи мушоҳидаҳо ҷараёни мусбат дошта, 34,6-69,2%-ро ташкил намуд. Ҳамин гуна вазъияти мукаммалии воҳидҳо бо кормандони миёнаи тиббӣ мушоҳида карда шуд, ки он аз 42,9% то 97,7% зиёд шудааст. Дар минтақаҳои нишондиҳандаи мазкур яқсон нест. Масалан, дар НТҚ дар муқоиса бо соли 2002, вақте ки мукаммалии воҳидҳои табибон 77,3%-ро ташкил менамуд, дар соли 2017 ин нишондиҳанда то 64,2% паст шуд.

Дар давоми тамоми солҳои мушоҳидаҳо дар 6 муассисаи ЁТТ: дар ноҳияҳои Нуробод, Рашт, Сангвор ва шаҳрҳои Ваҳдат, Турсунзода ва Ҳисор – мукаммалии воҳидҳои вазифавии табибон дар соли 2017 зиёда аз 75%-ро ташкил намуд. Мукаммалии воҳидҳои вазифавии кормандони миёнаи тиббӣ дар шӯъбаҳои ЁТТ ва ёрии таъхирпазири тиббӣ аз 66,8%-и соли 2002 дар соли 2017 то 96,5% зиёд шуд.

Дар муассисаҳои хадамоти ЁТТ-и ВМКБ мукаммалии ҷараёни мусбат дошта, ба 100% мерасад. Дар вилояти Суғд, ба ғайр аз маркази ЁТТ ш.Хучанд, ки мукаммалии воҳидҳои тасдиқшудаи вазифавӣ бо кормандони миёнаи тиббӣ аз 32,1-78,1%-ро ташкил намуд, дар шаҳру ноҳияҳои боқимондаи вилоят то охири соли 2017 воҳидҳои корӣ мукамал карда шуда буданд.

Дар ноҳияҳои алоҳидаи ҷумҳурии воҳидҳои вазифавии табибон умуман мукамал карда нашуда буданд (Варзоб, Тоҷикобод ва Файзобод), ки ин пайомаҳои ноговору номатлуб дорад. Мувофиқи маълумоти муаллифи хориҷӣ (Фатихов А.М., 2013) мукаммалии камтар аз 70% воҳидҳои кории табибон дар давоми панҷ соли охир ба ғайриимкон шудани мукаммалии захираи кадрӣ дар 15-20 соли минбаъда боис мегардад.

Нишондиҳандаи таъмин будани марказ (шӯъбаи) ЁТТ бо табибон ба 10 ҳазор аҳоли дар тамоми ҷумҳурии дар доираи то 0,3, навагон дошта дар ш.Душанбе – 3,9, НТҚ – 0,2, вилояти Хатлон 1,2-1,7, вилояти Суғд – 0,4 ва ВМКБ – 0,6 воҳидро ташкил намуд.

Дар ноҳияҳои НТҚ ва вилоятҳои ҷумҳурии нишондиҳандаи таъмин будан бо мутахассисони тиббӣ яқин набуда, тағйироти возеҳ дорад. Масалан, дар ш.Хоруғ 2,7, дар ноҳияҳои Дарвозу Рӯшон – 0,4 ва 1,2-ро мутаносибан, ташкил намуд. Дар ноҳияҳои Ванҷ, Мурғоб, Роштқалъа ва Шугнон дар давраи мушоҳидаҳо, хусусияти даврагӣ доштанд, ё ки танҳо бригадаҳои фелдшерӣ фаъолият мекарданд. Дар НТҚ таъмин будан дар доираи 0,1- 0,2 навагон дошт, ба истиснои ш.Турсунзода, ноҳияҳои Сангвору Шаҳринав, ки нишондиҳандаи мазкур ба 0,7; 0,5 ва 1,1 мутаносибан, баробар буд.

Баъзе дастовардҳо дар вилояти Хатлон, асосан бо нишондиҳандаҳои нисбатан баланд дар шаҳрҳои Бохтар 0,7 – 1,7, Кӯлоб 0,2 – 0,5 вобаста мебошанд. Дар ноҳияҳои боқимонда таъмин будан бо табибон дар доираи 0,1-0,2-ро ташкил менамояд. Дар минтақаҳои вилояти Суғд нишондиҳандаи таъмин будан, ба истиснои шаҳрҳои Хучанду Бӯстон, ки нишондиҳандаи мазкур 1,5-2,5-ро ташкил намуд, баланд набуда (0,1- 0,4), дар ноҳияҳои Исфара, Айнӣ ва Гулистон бошад, воҳидҳои кории табибон такмил нашуда буданд. Барои муқоиса нишондиҳандаи мазкур дар ФР зиёда 6,5 маротиба зиёд аст.

Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқот, таъмин будан бо кормандони миёнаи тиббӣ ба 10 ҳазор аҳоли 1,39-ро ташкил намуд (ш. Душанбе – 1,2, НТҚ – 0,6, вилояти Хатлон – 7,7, вилояти Суғд – 1,4, ВМКБ – 2,6).

Инчунин дар ноҳияҳо ва шаҳрҳои ТҶ дар давраи таҳқиқот (2002-2017) нишондиҳанда баланд нест (ш.Роғун 1,2-1,5, ш. Турсунзода 0,7- 1,5, ш. Ваҳдат ва ноҳияи Варзоб 0,4 -2,6, дар ноҳияҳои Шаҳринав 0,4 - 1,9, Рӯдакӣ 0,5 – 1,0, Файзобод 0,7 - 2,4, мутаносибан). Дар вилояти Хатлон таъмин будан дар баъзе аз шаҳрҳо нисбатан баланд аст (ш. Бохтар 2,5 – 2,8, ш. Кулоб 1,7 – 4,1). Нишондиҳандаи ҳадди аксар дар вилояти Суғд дар шаҳрҳои Хучанд (1,4 – 2,7), Истиклол (0,9-3,0), Гулистон (2,2 – 3,3), Бӯстон (1,6 – 3,3), дар ноҳияи Ашт (2,1 – 3,8) ба қайд гирифта шуд. Дар ВМКБ нишондиҳандаи баландтарин дар ш.Хоруғ (7,6 – 8,8), дар ноҳияҳои Мурғоб (2,4 – 2,6), Шугнон (2,2 – 2,4) ба мушоҳида расид.

Таҳлили сатҳи дараҷаҳои тахассусӣ нишон дод, ки вазни ҳолиси табибоне, ки дараҷаи тахассусӣ доранд, дар тамоми ҷумҳурӣ 36,6%-ро ташкил намуд (бо дараҷаи тахассусии дуюм - 37%), ш. Душанбе – 75,5%, НТҚ – 37,8%, вилояти Хатлон – 21,4%, вилояти Суғд – 21%, ВМКБ – 85,7%. Ҳарчанд, ки дар ш. Душанбе ва ВМКБ сатҳи дараҷаи тахассусӣ кофӣ бошад ҳам, аммо баъзе табибон, мутаносибан дараҷаи тахассусии дуюм доранд – 19,4% ва 16,7%. Дар минтақаҳо дар пасманзари сатҳи пасти дараҷаи тахассусӣ ҳиссаи табибони дорой дараҷаи дуюм нисбатан бештар аст, масалан, нишондиҳандаи мазкур дар НТҚ - 64,7%, вилояти Хатлон – 72,2% ва вилояти Суғд – 55,5% -ро ташкил намуд, ки ин аз ба қор қабул гаштани мутахассисони ҷавон ва ба қадри кофӣ тайёрии касбӣ надоштани онҳо шаҳодат медиҳад.

Таҳлили сатҳи дараҷаи тахассусии кормандони миёнаи тиббӣ дар ҷумҳурӣ дар маҷмуъ сатҳи пасти дараҷаи онҳоро муайян намуд, ки ин нишондиҳанда 27,4%-ро ташкил намуд (аз онҳо бо дараҷаи дуюм 45,4%), дар ш.Душанбе – 77,0%, дар НТҚ дар давраи мушоҳидаҳо ба сатҳи 19,7%, дар вилояти Хатлон – то 21,4%, дар вилояти Суғд – 21,3% ва дар ВМКБ – 19,7% рост меояд ва аз онҳо ҳиссаи дараҷаи дуюм дар вилояти Хатлон 68,4%, дар НТҚ – 65,8% ва вилояти Суғд – 63,9%-ро ташкил менамояд.

Қайд кардан зарур аст, ки дар рӯйхати номгӯйи ихтисосҳои табибон ихтисоси “табиби ёрии таъҷилӣ” ворид карда шудааст, аммо барномаҳои махсус оид ба аспирантура, ординатураи клиникӣ, интернатура ва ТИ пешбинӣ нагардидаанд. Инчунин қайд кардан зарур аст, ки пойгоҳи мақсадноки илмии

ёри таъчили тиббӣ вучуд надорад. Омодасозӣ ва бозомӯзӣ аз рӯи 14 ихтисос дар заминаи кафедраҳои соҳавӣ ва марказҳои илмӣ роҳандозӣ карда мешавад.

Таҳлили гузаронидашудаи сохтори бригадаҳои сайёр нишон дод, ки дар ҷумхурӣ ҳиссаи бригадаҳои умумитахассусӣ 42,7% (аз ҷумла бригадаҳои махсуси атфол – 3,9%), бригадаҳои махсусгардонидашуда – 11,4% (дар шаҳри Душанбе – 43%)-ро ташкил менамоянд (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Сохтори бригадаҳои сайёри марказҳои (шубаҳои) ёри таъчили тиббӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2002-2017

Нишондиҳанда	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
Ҳамагӣ бригадаҳои сайёр	200	222	253	246	253	230	262
Ба 10000 нафар аҳоли	0,31	0,31	0,32	0,29	0,30	0,26	0,29
Табибони умумитахассусӣ	68	72	112	107	120	111	111
Ҷоиз %	34	32,4	44,3	43,5	47,4	48,3	42,3
Ба 10000 нафар аҳоли	0,10	0,10	0,14	0,13	0,14	0,13	0,12
Махсуси атфол	21	18	10	16	15	13	9
Ҷоиз %	10,5	8,1	4,0	6,5	5,9	5,7	3,4
Ба 10000 нафар аҳоли	0,03	0,03	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01
Фелдшерӣ	98	120	115	98	89	79	110
Ҷоиз %	49	54,1	45,5	39,8	35,2	34,3	41,9
Ба 10000 нафар аҳоли	0,15	0,2	0,14	0,12	0,10	0,1	0,12
Махсусгардонидашуда	13	12	16	25	29	27	30
Ҷоиз %	6,5	5,4	6,3	10,2	11,5	11,7	11,4
Ба 10000 нафар аҳоли	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
Кардиологӣ	6	6	6	11	12	10	7
Бемориҳои асаб	-	-	1	1	1	-	-
Табобати муассир	3	1	2	2	2	-	1
Бемориҳои рӯҳӣ	1	-	1	1	1	1	2
Ғайра	3	5	6	10	13	16	17

Бояд қайд намуд, ки фаъолияти бригадаҳои махсусгардонидашуда дар баъзе минтақаҳо ғайрисамаранок арзёбӣ шуда, сарбории миёнаи шабонарӯзии онҳо аз 0,5 даъват зиёд нест. Барои муқоиса сарбории миёнаи шабонарӯзии бригадаҳои умумитахассусии маркази ЁТТ ш. Душанбе соли 1980 - 26,0 ва бригадаҳои махсусгардонидашудаи кардиологӣ – 13,6 даъватро ташкил менамуд [20.-М].

Вазни ҳолиси бригадаҳои фелдшерӣ дар ҷумхурӣ зиёда аз 41,9%-ро (ш. Душанбе соли 2017 – 0, НТҚ – 32,0%, вилояти Хатлон – 53,8%, вилояти Суғд – 65,9% ва ВМКБ соли 2017 - 0) ташкил намуд. Қайд кардан зарур аст, ки тамоюли мавҷудбудаи афзоиши шумораи бригадаҳои фелдшерӣ ин падидаи воқеӣ буда, бо сиёсати тандурустӣ вобастагӣ надорад.

Айни замон бригадаҳои фелдшерӣ дар НТҚ (дар ноҳияҳои Варзоб, Лахш, Сангвор, Тоҷикобод, Файзобод) дар вилояти Хатлон (дар ноҳияҳои Ховалингу Балчувон), дар вилояти Суғд (дар ноҳияҳои Ашт, Деваштич, Б.Ғафууров, Ҷ.Расулов, Мастчоҳ, Спитамен, Айнӣ ва Панҷакент), дар ВМКБ (дар ноҳияҳои Ванҷ, Мурғоб, Рӯшон ва Шуғнон) фаъолият менамоянд.

Таъмин будани аҳоли бо бригадаҳои сайёр ба 10 000 нафар аҳоли дар ҷумҳурӣ 0,29-ро (дар ш. Душанбе умумитахассусӣ – 0,07, махсусгардонидашуда – 0,29) ташкил намуда, дар минтақаҳои дигар бошад таъмин будан дар доираи 0,01 – 0,02, бо шумули бригадаҳои фелдшерӣ қарор дорад. Сарбории миёнаи шабонарӯзии бригадаҳои умумитахассусии табибон дар ҷумҳурӣ 6,6 даъват, бригадаҳои фелдшерӣ – 5,9, сарбории бригадаҳои махсусгардонидашуда 6,4 даъватро (дар ш. Душанбе сарбории бригадаҳои умумитахассусӣ на бештар аз 1,9, махсуси атфол 7,9-4,8, махсусгардонидашуда 13,1-7,9; дар НТҚ сарбории бригадаҳои умумитахассусӣ – 4,1, махсуси атфол – 10,2, фелдшерӣ – 6,5; дар вилояти Хатлон барои бригадаҳои умумитахассусӣ – 3,9, атфол – 2,2, фелдшерӣ – 3,5, махсусгардонидашуда – 5,1; вилояти Суғд сарбории миёнаи шабонарӯзии бригадаҳои умумитахассусӣ – 6,4, махсуси атфол – 7,5, фелдшерӣ 4,9, махсусгардонидашуда – 8,2) ташкил намуд.

Таҳлили сарбории миёнаи шабонарӯзии бригадаҳои тахассусҳои гуногун дар ноҳияҳои ҷумҳурӣ нишон дод, ки дар заминаи норасоии кадрҳо ва техникаи санитарӣ чандон зиёд нест. Масалан, сарбории бригадаҳои умумисоҳавӣ дар ш. Ҳисор ноҳияҳои Нуробод ва Шаҳринав аз 1,3 то 3,9, сарбории бригадаҳои фелдшерӣ бошад аз 2,6 то 13,4-ро ташкил менамояд. Сарбории бригадаҳои умумитахассусӣ дар ноҳияҳои Деваштич, Мастчоҳ, Зафаробод, Истаравшан аз 3,8 даъват зиёд нест. Сарбории бригадаҳои фелдшерӣ бошад, боз ҳам пастар буда, на бештар аз 2,5-ро ташкил менамояд. Дар ноҳияҳои вилояти Хатлон сарбории аз ҳама зиёди бригадаҳои умумитахассусӣ дар ш. Бохтар – 10,6 ва ноҳияи Вахш – 14,2 ба қайд гирифта шуда, бригадаҳои фелдшерӣ бошанд, дар ш. Кӯлоб – 10,3 ва ноҳияи Вахш – 7,9 бо сарбории барзиёд фаъолият намуда, дар ноҳияҳои боқимонда бошад, сарборӣ аз 1,0 то 5,3 даъватро ташкил менамояд.

Муқаррар гардид, ки сарбории миёнаи солони бригадаҳои умумисоҳавии маркази ЁТТ ш. Душанбе соли 1980 - 9486,3 даъват, миёнаи шабонарӯзӣ - 26,0 (соли 1990 – сарбории миёнаи солони 3608,2; миёнаи шабонарӯзӣ 9,9); бригадаҳои махсуси атфол – миёнаи солони 5263,2, миёнаи шабонарӯзӣ 14,4 (соли 1990 – миёнаи солони 76,5; миёнаи шабонарӯзӣ – 15,0), бригадаҳои фелдшерӣ дар соли 1980 – миёнаи солони 5384,0; миёнаи шабонарӯзӣ 14,8 (соли 1990 – миёнаи солони – 10908,9; миёнаи шабонарӯзӣ – 29,9), кардиологӣ соли 1980 – миёнаи солони 4963,0; миёнаи шабонарӯзӣ 13,6 (соли 1990 миёнаи солони 4061,6; миёнаи шабонарӯзӣ 11,1), неврологӣ соли 1980 – миёнаи солони 1880,9; миёнаи шабонарӯзӣ 5,2 (соли 1990 миёнаи солони 946,0; миёнаи шабонарӯзӣ 2,6); табобати муассир со ли 1980 миёнаи солони 2320,0; миёнаи шабонарӯзӣ 6,4 (соли 1990 миёнаи солони 3086,5; миёнаи шабонарӯзӣ 8,5); бемориҳои рӯҳӣ – миёнаи солони

1892,0; миёнаи шабонарӯзӣ 5,2 (соли 1990 миёнаи солони 3393,5; миёнаи шабонарӯзӣ 9,3); бригадаҳои дигар – соли 1980 миёнаи солони 11188,0; миёнаи шабонарӯзӣ 30,7 (соли 1990 миёнаи солони 506,0; миёнаи шабонарӯзӣ 1,4)-ро ташкил намуданд. Нисбат ба соли 1980 (дар давоми 37 сол), сарбории миёнаи шабонарӯзии бригадаҳои умумитахассусӣ то 3,9 маротиба, фелдшерӣ то 2,6 маротиба, кардиологӣ то 1,2 маротиба, неврологӣ 2,6 маротиба ва беморҳои рӯхӣ то 5 маротиба кам шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот муайян карданд, ки нишондиҳандаҳои басомади мурочиати аҳоли ба 1000 нафар аҳоли 58,5-ро ташкил намуд (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. – Нишондоди басомади мурочиати аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ёрии таъҷилии тиббӣ дар давраи солҳои 2002-2017

Сол	Шумораи миёнаи солони аҳоли (ҳазор нафар)	Мурочиати аҳоли ба 100 ҳазор нафар	Мурочиати аҳоли ба 1000 нафар	Шумораи миёнаи мурочатҳо ба 1 нафар
2002	6506,5	5373,6	53,7	0,05
2003	6640,0	5070,1	50,7	0,05
2004	6780,4	5447,6	54,5	0,05
2005	6920,3	5085,8	50,9	0,05
2006	7063,8	5167,6	51,7	0,05
2007	7096,9	5336,0	53,4	0,05
2008	7250,8	5218,5	52,2	0,05
2009	7417,4	5122,3	51,2	0,05
2010	7621,2	5661,2	56,6	0,06
2011	7807,2	5266,5	52,7	0,05
2012	7987,4	5535,2	55,4	0,06
2013	8161,1	5619,6	56,2	0,06
2014	8352,0	5452,0	54,5	0,05
2015	8551,2	5514,8	55,1	0,06
2016	8742,8	6013,4	60,1	0,06
2017	8931,0	5852,9	58,5	0,05

Дар ш. Душанбе нишондиҳандаи дар боло қайдгардида 85,8, НТҚ – 36,7, вилояти Хатлон – 31,0, вилояти Суғд – 80,8, ВМКБ – 161,2-ро ташкил менамояд. Навасони нишондиҳандаи мазкур дар НТҚ аз ҳама баланд буда аз 7,6 то 82,0, дар ноҳияи Тоҷикобод бошад ба 218,8 мерасад. Навасони нишондиҳанда дар вилояти Хатлон аз 8,0 (ноҳияи Панҷ), то 117,0-ро (ш.Бохтар) ташил намуд, дар вилояти Суғд нишондиҳандаи баландтарин дар ш.Исфара – 211,3 пасттарин дар ноҳияи Деваштич -9,9 ба қайд гирифта шудааст. Дар ВМКБ шумораи мурочиат аз 22,2 (ноҳияи Шуғнон) то 213,1 (ноҳияи Мурғоб)-ро ташкил намуда, нишондиҳандаи баландтарин дар ҷумҳурӣ дар ш.Хоруғ – 626,8 ба қайд гирифта шудааст, ки ин ба нишондиҳандаҳои солҳои 80-ум дар ш.Душанбе ба 618,0 баробар мебошад [20.-М].

Умуман дар ҷумҳурӣ нишондиҳандаи басомади мурочиат, дар муқоиса бо маълумоти ФР (дар соли 2016), 6,2 маротиба паст мебошад.

Муқаррар карда шуд, ки вазни ҳолиси шахсони бистаришуда, ки аз тарафи бригадаҳои сайёр ба беморхонаҳо расонида шудаанд, дар ҷумҳурӣ 21,6%,

ш. Душанбе 22,0%, НТЧ - 12,8%, вилояти Хатлон - 39,0%, вилояти Суғд - 12,3%, ВМКБ - 23,7%-ро ташкил менамояд. Таҳлили сатҳи бистаришавии беморон ва осебдидагон нишон дод, ки дар вилояти Хатлон бистаришавиҳои беасос (дар ноҳияҳои А.Чомӣ - 69,8%, Чайхун - 72,7%, Ҳамадонӣ - 77,2%, Кулоб - 90,7%, Восеъ - 91,1%, Вахш - 92,0%) ҷой дошт. Инчунин нишондиҳандаи нисбатан баланд дар ноҳияҳои Шахрестон 84,9%, Лахш - 48,5% ва Шуғнон - 47,9% ба қайд гирифта шуданд. Нишондиҳандаҳои баланди бистаришавӣ дар минтақаҳо ҳамчун нуқсон дар ташкили фаъолияти ЁТТ дар ҷойҳо арзёбӣ гардида, таҳлили амиқро талаб менамояд. Барои муқоиса: нишондиҳандаи мазкур дар ш. Душанбе 22%-ро ташкил намуд, ки бо маълумоти муаллифони хориҷӣ (Мирошниченко А.Г., 2005) мувофиқат менамояд [20.-М].

Муқаррар карда шуд, ки норасоии шадиди бригадаҳои сайёр ба афзоиши ёрии амбулаторӣ оварда расонидаст, вазни ҳолиси он дар ҷумҳурӣ 32% (ш. Душанбе - 14,2%, НТЧ - 15,6%, вилояти Хатлон - 25,6%, вилояти Суғд - 27,5%, ВМКБ - 29,7%)-ро ташкил намуд. Нишондиҳандаи мазкур дар ноҳияҳои алоҳида ба рақамҳои баланд расид (дар ноҳияҳои Балҷувон - 100%, Сангвор - 90,4%, Шуғнон - 57,9%, Деваштич - 36,5%, Мастҷоҳ - 37,7%, Ванҷ - 23,4%, дар шаҳрҳои Ҳисор - 76,7%, Исфара - 52,5%, Истиклол - 31,7%, Хоруғ - 23,1%). Барои муқоиса: дар солҳои амалкарди беҳтари хадамоти БКШ ЁТТ (солҳои 1980-1990) нишондиҳандаи расонидани ёрии амбулаторӣ на бештар аз - 2,5%-ро ташкил менамуд [20.-М].

Ошкор гардид, ки сохтори даъватҳои иҷрошударо дар давраи мушоҳидаҳо аз 83,6% то 91,7% бемориҳои ногаҳонӣ ташкил менамоянд, ки дар сохтори онҳо вазни ҳолиси бемории фишорбаландӣ бештар аз 25%-ро ишғол менамояд. Дар ин ҳол ҳиссаи беморони аввалин маротиба дар онҳо бемории фишорбаландӣ ошкоргардида, аз 22% зиёд нест. Тибқии маълумоти муаллифони хориҷӣ (Бекина Г.В., 1991) нишондиҳандаи мазкур аз 5% зиёд нест. Ҳангоми ташкили дурусти фаъолияти марказҳои саломатӣ ба 80% бемороне, ки дар онҳо бемории фишорбаландӣ тасдиқ шудааст, табибони оилавӣ метавонанд хизмат расонанд.

Дар динамикаи сохтори даъватҳои иҷрогардида дар аксарияти минтақаҳо афзудани вазни ҳолиси бемориҳои ногаҳонӣ мушоҳида карда мешавад. Масалан, дар ноҳияи Балҷувон нишондиҳандаи мазкур 100%, дар ноҳияҳои Деваштич - 98,6%, Шаҳринав - 99,8%, Варзоб - 98,2%, дар шаҳрҳои Бӯстон - 97,8% ва Турсунзода - 98,8%-ро ташкил намуд. Баръакс, дар баъзе ноҳияҳо вазни ҳолиси бемориҳои ногаҳонӣ бениҳоят паст мебошад (Н. Хисрав - 48,0%, Шуғнон - 46,8%, Рашт - 62,9 ва Нуробод - 63,0% %), ки ин аз эҳтимолияти иштибоҳҳо дар қоркарди омории варақаҳои ҳисоботӣ шаҳодат медиҳад.

Дар байни даъватҳое, ки аз тарафи бригадаҳои ЁТТ хизматрасонӣ шудаанд, ғавти мизочон 0,1%-ро аз шумораи умумии даъватҳои иҷрогардида ташкил намуд. Дар сохтори ғавт, шахсоне, ки то омадани бригадаҳои ЁТТ ғавтидаанд, тақрибан 95,0%, онҳое, ки дар ҳузури бригадаҳои ЁТТ ғавтидаанд - 4,5% ва қасоне, ки дар дохили нақлиёти ЁТТ ғавтидаанд - 0,5%-ро ташкил

намуданд. Манзараи мазкур бо тафовути начандон зиёд барои ҳамаи минтақаҳо хос мебошад.

Раванди муҳими таҳқиқоти мазкур омӯзиши буняи меъёрӣ-ҳуқуқии ҳадамоти ЁТТ буд. Муқаррар карда шуд, ки фаъолияти ҳадамоти ёрии таъчилии тиббӣ дар асоси қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Оид ба санадҳои меъёрӣ - ҳуқуқӣ” №599 аз 12 март соли 2009 ва фармоишҳои Вазорати тандурустии ИҶШС танзим карда мешавад. Таҳқиқот доир ба мавзӯи додашуда, ки ҷанбаҳои гуногуни ҳадамоти ёрии таъчило дар бар мегирад ва заминаи назариявии он ҳанӯз дар асри гузашта ташаққул ёфтааст, бетағйир боқӣ мондааст [7.-М].

Муқаррар карда шуд, ки мушкилии асосии ҳалнашудаи ҳадамот ин сохтори ташкилии он мебошад. Амалан, ба истиснои муассисаҳои мустақил, ҳамаи шӯбаҳои ЁТТ зерсохторҳои БМН мебошанд. Инчунин фаъолияти марказҳои ЁТТ дар ҳаёти беморхонаҳои муттаҳида тадбири бесамар мебошад [13.-М;7.-М].

Ошкор гардид, ки фармоиши ВТ ва ҲИА ҚТ №748 аз 02.11.2009, ки ба таъмини ҳамоҳангии фаъолияти ҳадамоти фаврии тиббии дар ш.Душанбе ҷойгирбуда равона карда шуда буд, иҷро нашудааст. Эҳтимолан, зарурати қабул кардани чораҳои бунёдии ҷанбаи қонунидошта, ба миён омада бошад.

Муайян карда шуд, ки «Стратегияи миллии саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020» ташкили ҳадамоти ягонаи ҳодисаҳои фалокатбори тиббиро пешбинӣ менамояд ва ҳамзамон тақдири ҳадамоти ЁТТ номушаххас боқӣ мемонад.

Назарияи хизматрасонии оммавии ҳанӯз солҳои 60-уми асри гузашта таҳиягардида, чунин меъёрро муқаррар менамояд: 1 нақлиёти санитарӣ ба 10 000 нафар аҳоли, ки вижагиҳои иқлимӣю ҳаҷрофӣ ва шароити демографияи ҷумҳуриро ба инобат намегирад. Дар баробари ин маблағгузориҳои ЁТТ якманбаӣ боқӣ мемонад. Санадҳои стратегии молиявии қабулгардида манбаъҳои алтернативии маблағгузорию, ки бо санадҳои қонунӣ тасдиқ гардида бошанд, пешбинӣ намекунад. Инчунин муайян карда шуд, ки дар санадҳои меъёрие, ки фаъолияти муассисаҳои КАТС-ро танзим менамояд, масъалаи тақмили минбаъдаи ҳадамоти ЁТТ, аз ҷумла ташкили марҳилаи беморхонавии ёрии таъчилии тиббӣ муайян карда нашудааст. Дар онҳо инчунин меъёрҳои талаботи ЁТТ ба 1000 нафар аҳоли пешбинӣ нагардидааст. Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки соли 2017 қабул гардида буд, ҳамаи ҷанбаҳои фаъолияти ёрии таъчилии тиббиро дар бар нагирифта, ворид кардани иловаю тағйиротро мувофиқи шароити нави иқтисодӣ тақозо менамояд [7.-М].

Дар ҷустуҷӯи имкониятҳои захиравии сабук намудани сарбории ҳадамоти ЁТТ, аз ҷониби мо вазъи хизматрасонии фаврӣ дар муассисаҳои идоравӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Муайян карда шуд, ки ҳамкориҳои байниҳамдигарӣ бо ЁТТ ва дигар ҳадамоти воқуниши фаврӣ ба таври машваратӣ роҳандозӣ карда мешавад. Дар шароити ҷумҳурии кӯҳӣ, ки роҳҳои автомобилгард ба тӯли бештар аз 600 км вучуд дорад, зарурати ташкил кардани гурӯҳҳои тиббӣю наҷотдиҳанда (аз ҷумлаи табибон, кормандони БДА

ва КҲФ) ҳангоми осебёбиҳои зиёд, дар шоҳроҳҳои автомобилгард ба ҳисоби 1 нукта дар ҳар як 100 км ҷой дорад.

Бояд қайд намуд, ки ҳангоми таҳияи ҳуҷҷатҳои стратегӣ масъалаи ислоҳоти ин баҳши тандурустӣ - ёрии тобemorхонавии тиббӣ дар доираи имконот ба инобат гирифта нашудаанд.

Муқаррар гардид, ки ҳамкориҳои ҳадамоти ЁТТ бо КҲФ аз ҷониби комитети миллий оид ба ҲФ ҳамоханг сохта шуда, дар амалия зарурати ташкил кардани ҳадамоти ягонаи ҳамохангсозӣ танзимӣ вуҷуд дорад. Ғайр аз ин дар ҳаёти ҳадамоти начотдиҳанда КҲФ на ҳамеша кормандони тиббӣ шомил мебошанд.

Дар баробари дигар вазифаҳои таҳқиқот, вазифаи муносибгардонии фаъолияти ЁТТ ва роҳҳои ислоҳоти он дар шароити муносири иҷтимоӣ иқтисодӣ ба миён гузошта шуд. Дар баробари ин, аз ҷониби мо арзёбии экспертии самаранокии фаъолияти маркази ЁТТ ш.Душанбе, ҳамчун шаҳри калон роҳандозӣ гардид.

Таҳлили тақсим намудани даъватҳо ба соатҳои шабонарӯзӣ нишон дод, ки дар соатҳои “авҷӣ” шумораи воридшавии даъватҳо 52,6% ва дар соатҳои қорӣ марказҳои саломатӣ 29,0%-ро ташкил намуд, ки ин аз мавҷуд будани камбудӣҳо дар фаъолияти муассисаҳои амбулаторию дармонгоҳӣ ва алоқамандӣ бо ҳадамоти ЁТТ шаҳодат медиҳад [15.-М].

Вақти миёна аз лаҳзаи воридшавии даъват то расонидани он ба бригада 3,6 дақиқаро ташкил намуд (вақти муносиб 1,5-2 дақиқа мебошад). Вазни ҳолатҳои расонидани даъват ба бригадаи сайёр то 2 дақиқа 61,3% ва баромадани бригада то 4 дақиқа 85,1%-ро ташкил намуд.

Вақти ҳозиршавии бригадаи ЁТТ ба ҷойи ҳодиса дар муддати то 15 дақиқа 80,6%-ро ташкил намуд. Барои муқоиса: дар Англия аслан 70% даъватҳо дар давоми 8 дақиқа хизматрасонӣ карда шуда, дар ИМА дар штатҳои гуногун расидани бригадаи шибҳатабибон аз 4 то 7 дақиқаро ташкил менамояд [15.-М]. Дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон дар дурнамо ҳангоми гузаштани ҳадамоти ЁТТ ба сатҳи шибҳатаибӣ ворид кардани тағйирот дар инфрасохтори ҳадамоти воқуниши фаврӣ бо дарназардошти ҷойгир кардани зерсохторҳои ҳадамоти воқуниши фаврӣ дар масофаи дастрасии 15 дақиқай ӣ (гурӯҳҳои начотдиҳанда, КҲФ, БДА, гурӯҳи оташнишонӣ) зарур мебошад.

Барои муайян кардани сатҳи қаноатмандӣ аз ҳадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ аз ҷониби мо пурсиши ниёзмандоне, ки мувофиқи нишондиҳандаҳои фаврӣ бистарӣ шудаанд ва ба беморхона аз тарафи бригадаҳои сайёр расонида шудаанд, гузаронида шуд [12.-М].

Аз шумораи шахсони пурсидашуда ва ҳешовандони онҳо 76,4% ҳангоми авҷгирии бемориҳои музмин мурочиат намуданро ба ёрии таъҷилии тиббӣ тарҷеҳ медиҳанд, танҳо 23,6% ба табиби оилавӣ умед мебаранд. Мурочиати бештари беморони музмин ба ЁТТ ангезаи иқтисодӣ дорад, ки он аз таъмини роӣгон бо маводи доруворӣ ва хизматрасонии бенавбат иборат аст.

Дар 48% ҳолатҳо пурсидашудагон аз алоқаи бади телефонӣ, 10% - аз дер мондан шикоят карда, 2% дағалии кормандонро қайд намуда, 40% пурсидашудагон қайд карданд, ки мушкилиро мушоҳида накардаанд ва 9%

пурсидашудагон муносибати танзимгаронро аъло, 73% - қаноатбахш ва танҳо 12%- ғайриқаноатбахш баҳогузорӣ намуданд. Танҳо 10% пурсидашудагон сатҳи баланди тахассусии кормандони ЁТТ-ро қайд намуданд.

Яке аз вазифаҳои муҳими хадамоти ЁТТ нигоҳ доштани нуфузи касби мазкур мебошад. Танҳо 26% пурсидашудагон касби мазкурро бонуфуз шуморида, 72% муҳим будани онро қайд менамоянд.

Пурсиши сотсиологӣ кормандони хадамоти ЁТТ муайян кард, ки 65% пурсидашудагон сатҳи таъмин будан бо маводи дорувориро қайд намуда, 47% сифати кумаки тиббиро паст арзёбӣ намуданд.

Ба саволи: Оё бригадаҳои фелдшерӣ метавонанд вазифаи бригадаҳои хатсайри табибонро иҷро намоянд, - 42,1% табибон ва 12,5% кормандони миёнаи тиббӣ инро имконпазир мешуморанд.

Нуфуз надоштани касби табиби ЁТТ -ро 85% пурсидашудагон бо музди кори ночиз, 5% - бо набудани эҳтиром аз тарафи аҳоли ва 10% бо набудани эҳтиром аз ҷониби ҳамкасбон вобаста менамоянд [12.-М].

Ангезаи асосие, ки кормандони ЁТТ-ро дар касбашон нигоҳ медорад, 82%-и пурсидашудагон бо муҳим будани касби мазкур барои аҳоли, 18% бо надоштани қобилияти машғул шудан ба кори дигар вобаста менамоянд. Новобаста аз ин, 56% пурсидашудагон дар сурати пайдо намудани кори муносиб вазифаи корманди ЁТТ-ро раҳо мекарданд. Зиёда аз 42,1% табибон ва 57,8% кормандони миёнаи тиббӣ ҳавасмандии пастро қайд менамоянд.

Хизматрасонии пулакии ЁТТ-ро 10%-и пурсидашудагон, 32% онҳо ҷорӣ қисман пулакӣ кардани онро ва 58% ёрии таъҷилии ройгонро дастгирӣ менамоянд.

Мо дар назди худ вазифа гузоштем, ки масъалаи ҳамгироии фаъолияти табибони ЁТТ ва табибони оилавино мавриди омӯзиш қарор диҳем. Муқаррар карда шуд, ки амсилаи нисбатан мувофиқи ҳамкориҳои табиби ЁТТ ва табиби оилавӣ, ин расонидани ёрии фаврии аввалияи тиббӣ бо иштироки табиби оилавӣ хангоми авҷгирии бемориҳои музмин (бемориҳои диспансерӣ) ва амсилаи омехта – ин амал намудан мувофиқи вазъият мебошад [8.-М].

Муайян карда шуд, ки беморхонаҳои рӯзона фаъолияткунанда бо тариқи довталабона, бидуни воҳиди корӣ амал мекунанд. Баҳисобгирии аз ҷониби мо гузаронидашуда оид ба таъмин будани аҳолии ш.Душанбе бо катҳои рӯзона нишон дод, ки дар динамика дар давраи мушоҳидаҳо, дар ҳолати афзудани шумораи беморони диспансерӣ то 50%, катҳои рӯзона тақрибан 2 маротиба коҳиш ёфт (аз 0.02 то 0.01 кат ба 10000 нафар аҳоли) [14.-М].

Барои муайян кардани сатҳи ҳамгироии фаъолияти табиби ЁТТ ва табиби оилавӣ пурсиши сотсиологӣ пурсидашудагон (мутахассисон) аз рӯйи саволномаи махсус тартибдодашуда роҳандозӣ гардид.

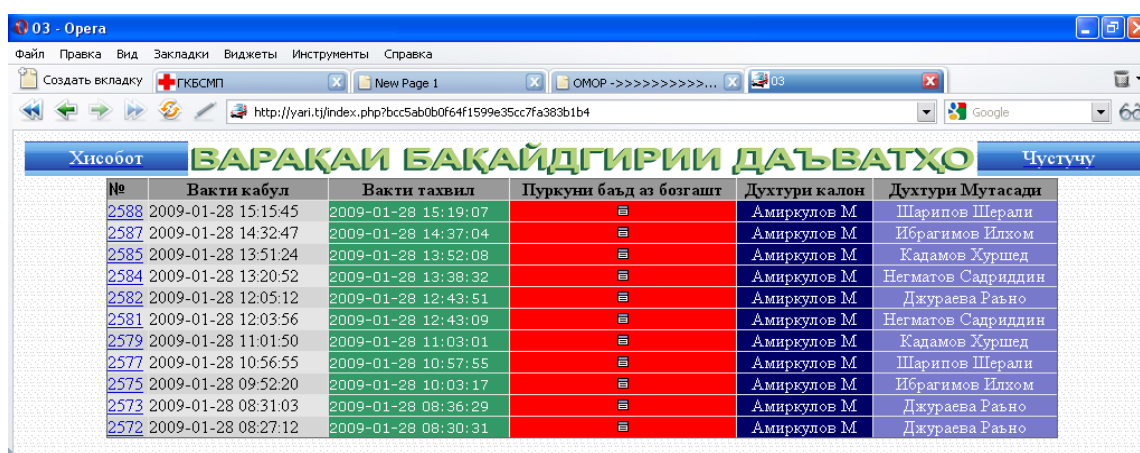
Пурсиш нишон дод, ки 85% табибони оилавӣ ва 91% табибони ЁТТ сатҳи пасти корҳои ҳамгироиро қайд намуда, моҳияти ҳамгироиро танҳо дар мубодилаи иттилоот мебинанд.

Сатҳи пасти корҳои ҳамгироро 7,7% табибони ЁТТ ва 11,7% табибони оилавӣ бо қисматшавии тандурустӣ вобаста намуда, 51,9% ва 38,2%,

мутаносибан, сатҳи пасти диспансерикунони беморонро, ки истифодабарандагони билкувваи кумакҳои ЁТТ мебошанд, 21,1% ва 31,3%, мутаносибан, сатҳи пасти ташкили хадамоти ЁТТ-ро қайд намуданд.

Мушкилиҳои мавҷудбуда дар маъмурият ва ҳамоҳангсозии низоми идоракунии ЁТТ ва сатҳи нокифояи ёрии тобеморхонавии тиббӣ қабул кардани қарорҳои ташкилию сохториро талаб менамояд.

Бо мақсади муносибгардони фаъолияти маркази ёрии таъҷилии тиббии ш. Душанбе чунин қарорҳои барномавӣю техникӣ татбиқ карда шуданд: низоми иттилоотӣ, ки фаъолияти маркази ёрии таъҷилии тиббиро худкор менамояд (НХИ); низоми роҳнамоӣ, ки назорати даъватҳоро таъмин менамояд (расми 1).



№	Вақти қабул	Вақти тахвил	Пурқуни баъд аз бозгашт	Духтури калон	Духтури Мутасади
2588	2009-01-28 15:15:45	2009-01-28 15:19:07	☐	Амиркулов М	Шарипов Шерали
2587	2009-01-28 14:32:47	2009-01-28 14:37:04	☐	Амиркулов М	Ибрагимов Илҳом
2585	2009-01-28 13:51:24	2009-01-28 13:52:08	☐	Амиркулов М	Кадамов Хуршед
2584	2009-01-28 13:20:52	2009-01-28 13:38:32	☐	Амиркулов М	Негматов Садриддин
2582	2009-01-28 12:05:12	2009-01-28 12:43:51	☐	Амиркулов М	Джураева Раъно
2581	2009-01-28 12:03:56	2009-01-28 12:43:09	☐	Амиркулов М	Негматов Садриддин
2579	2009-01-28 11:01:50	2009-01-28 11:03:01	☐	Амиркулов М	Кадамов Хуршед
2577	2009-01-28 10:56:55	2009-01-28 10:57:55	☐	Амиркулов М	Шарипов Шерали
2575	2009-01-28 09:52:20	2009-01-28 10:03:17	☐	Амиркулов М	Ибрагимов Илҳом
2573	2009-01-28 08:31:03	2009-01-28 08:36:29	☐	Амиркулов М	Джураева Раъно
2572	2009-01-28 08:27:12	2009-01-28 08:30:31	☐	Амиркулов М	Джураева Раъно

Расми 1 - Варақаи электронии бақайдгирии даъватҳо (с.2012)

НХИ афзоиши дастрасии аҳолиро ба ёрии таъҷилии тиббӣ то 36,8%, ҳаҷми даъватҳои иҷрошударо то 30,5% имконпазир намуд. Дар баробари ин шумораи даъватҳои бо дермонӣ иҷрошуда, то 32% коҳиш ёфтанд [10.-М;18.-М;19.-М].

Бо мақсади баланд бардоштани самаранокии НХИ нахустин маротиба дар ҷумҳурӣ бо тариқи таҷрибавӣ дар нақлиёти санитарӣ дастгоҳи дохилии низоми роҳнамоии мохворавӣ насб карда шуд (НРМ - GPS) (расми 2).



Расми 2. Низоми роҳнамоии мохворавии (GPS) насбгардида дар дохили нақлиёти санитарӣ

Ҷорӣ кардани низоми мавқеъмуайянкунии ҷуғрофӣ барои мутносибгардони вақти қабули қарор оид ба фиристодани бригадаҳо барои

даъват имконият дод, ки дар навбати худ, харочоти баҳрабардорӣ ва бучетиро паст намуда, инчунин барои боз ҳам ихтисор кардани муҳлати ҳозиршавии бригадаи ёрии таъчилии тиббӣ имконият фароҳам овард (расми 3).

Вақти расидани бригада ба макони таъингардида аз 19,0 то 11,7 дақиқа ё то 36,8% ихтисор ёфт. Шикоятҳои шаҳрвандон оид ба дермони бригадаи ЁТТ то 10% кам шуда, сарфачӯии маводи сӯзишворию молиданӣ ба ҳисоби миёна 19,2%-ро ташкил намуд [18.-М].



Расми 3. – Харитаи электронии ш. Душанбе

Муқаррар карда шуд, ки фармоиши №33-и ВТ ва ҲИА ҚТ аз 28.12.2010, ки тақсим кардани ҳадамоти ЁТТ ба ёрии таъчилии тиббӣ ва ёрии таъхирпазири тиббӣ дар шаҳрҳои дорои зиёда аз 500 ҳазор нафар аҳолии пешбинӣ шуда буд, иҷро нагардид, ки бештар бо сабабҳои объективӣ вобаста мебошад. Чунончи, муайян карда шуд, ки ба ҳиссаи даъватҳо ба манзил 90,3% рост омада, аҳолии шаҳр бошад, на зиёда аз 1 млн. нафарро бо зичии аҳолии аз 10000 нафар камтар дар 1 км² ташкил менамояд.

Бинобар гуфтаҳои боло ҳадамоти ёрии таъчилии тиббии ш. Душанберо метавон ба ёрии таъчилии тиббӣ ва ёрии таъхирпазири тиббӣ (бо ташкил кардани муассисаи мустақили ёрии таъчилии тиббӣ), хангоми иҷрои шартҳои зерин, ҷудо намуд:

- зичии аҳолии зиёда аз 10 000 нафарро дар 1 км² ташкил намояд;
- даъватҳои ғайриманзилии (фаврӣ) зиёда аз 40%-ро аз шумораи умумии тамоми даъватҳо ташкил намояд;
- ташкили марҳилаи беморхонавии ёрии таъчилии тиббӣ;
- дар назди марказҳои саломатӣ шубҳаҳои ёрии таъчилии тиббӣ бо таъмин нақлиёт; технологияи ивазкунандаи беморхона; беморхонаҳои рӯзона фаъолияткунанда; беморхона дар манзили зист ташкил карда мешаванд;
- амбулаторияҳои табибони оилавӣ дар маҳалҳои зичаҳолии дар ошӯнаҳои якуми биноҳои баландошӯнаи истиқоматӣ ташкил карда мешаванд (бо ташкил кардани «навбатдории таъчилии шабонарӯзӣ»-и табибони оилавӣ) [16.-М].

Бо мақсади беҳтар кардани дастрасии аҳолии ба хизматрасониҳои ЁТТ аз ҷониби мо баъзе аз омилҳои ки ба он таъсиррасонанда, мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Сатҳи баландтарини зичии аҳолии дар 1 км² дар ш. Душанбе мушоҳида карда мешавад, ки тамоюл ба динамикаи афзоиш дорад. Агар нишондиҳандаи мазур дар соли 2002 -

5894,0-ро ташкил карда бошад, пас соли 2017 ин нишондиҳанда ба 8162,0 нафар дар 1 км² расид, ё тақрибан 1,5 маротиба афзудааст. Баракси он, дар ноҳияи Мурғоб ин нишондиҳанда ба 0,4 нафар аҳоли дар 1 км² баробар мебошад. Вазъияти мазкур коркарди вақти муносиб ба стандарти ягонаи расидани бригадаи ЁТТ-ро ба макони ҳодиса душвор месозад.

Яке аз нишондиҳандаҳои муҳими самаранокии фаъолияти хадамоти ЁТТ дастрасии аҳоли ба ЁТТ дар давоми 15 дақиқа мебошад. Аз тарафи мо муайян карда шуд, ки аз 18 шаҳру ноҳияҳо танҳо дар 11-тои он аз 55,1% то 88,2% ёрӣ дар давоми то 15 дақиқа дастрас мебошад. Дар вилояти Хатлон аз 26 шаҳру ноҳия танҳо дар 12-тои он ЁТТ дар давоми 15 дақиқа зиёда ба 50% аҳоли дастрас мебошад. Дар ВМКБ дастрасии аҳоли ба ЁТТ ба истиснои ш. Хоруғ аз 40% зиёд нест. Дар ноҳияи Ванҷ танҳо 29,6% аҳоли дар давоми 15 дақиқа ба хизматрасониҳои ЁТТ дастрасӣ дошта, аҳолии боқимонда бошад дастрасии зиёда аз 2 соат доранд (ҷамоатҳои Водхул, Техар, Язгулом, Рованд, мутаносибан 3,4,5 ва 8 соат). Роҳҳои “атомобилгарди” ҷамоатҳои Ҷовид ва Техар дар моҳҳои январ-март душворгузар гашта, баъзан хизматрасониҳои ЁТТ имконнопазир мешавад.

Мо, инчунин ҷойгиршавии муассисаҳои ЁТТ-ро вобаста аз баландӣ аз сатҳи баҳр мавриди омӯзиш қарор додем. Муқаррар гардид, ки 10 муассисаи ЁТТ дар марказҳои маъмурию минтақавӣ, дар баландии 2000 метр ва зиёда аз сатҳи баҳр, аз ҷумла дар вилояти Хатлон – 1, дар вилояти Суғд-2, дар НТҶ-1 ва дар ВМКБ – 6 муассисаи ЁТТ ҷойгир шудаанд.

Далелҳои овардашударо ҳангоми банақшагирии маблағгузори хадамоти ЁТТ ва коркарди меъёрҳо ба инобат гирифта зарур аст.

Бо дарназардошти шароити иқлимию ҷуғрофӣ, демографӣ ва иҷтимоию иқтисодӣ аз ҷониби мо принципҳои нави ташкили хадамоти ЁТТ таҳия карда шуданд:

- мувофиқи нишонаи ҷуғрофӣ: марказ (шуъбаи) ЁТТ, ки дар баландии зиёда аз 2000 метр аз сатҳи баҳр ҷойгир шудааст, банақшагирӣ ва маблағгузори махсусро бо дарназардошти пардохти музди меҳнат дар шароити баландкӯҳ талаб менамояд;

- аз рӯйи расонидани ёрии ҷаври тиббӣ (тақсим намудани марҳилаи тобеморхонавии хадамот ба ёрии таъҷилии тиббӣ ва ёрии таъхирпазирӣ тиббӣ):

а) ташкил кардани хадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ ва таъхирпазирӣ тиббӣ дар шаҳрҳо ва нуктаҳои дорои на камтар аз 1 млн нафар аҳоли ва зичии аҳолии камтар аз 10 000 нафар дар 1 км²;

б) ташкил кардани хадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ (бо ташкили муассисаи мустақили ёрии таъҷилии тиббӣ) бо зичии зиёда аз 10 ҳазор нафар аҳоли дар 1 км², бо аҳолии бештар аз 1 млн. нафар.

Дар низоми хизматрасонӣ хадамоти алтернативии ёрии таъҷилии иҷозат дода мешаванд: хадамоти давлатӣ - хусусӣ ва хусусӣ. Дар баробари ин намудҳои танзими пурра ё ҷузъии давлатӣ имкон дорад. Дар баробари бучети давлатӣ манбаъҳои алтернативии маблағгузорӣ, масалан бучети суғуртавӣ иҷозат дода мешавад.

Таҷрибаи солҳои охир нишон медиҳад, ки ташкили хадамоти ёрии таъҷилии соҳаи аз ҳама бештар ба маблағгузорӣ ниёздоштаи тандурустӣ боқӣ монда, ба тақмил ва интиҳоби амсилаи иқтисодии қобили қабул ниёз дорад.

Бо ин мақсад аз ҷониби мо заминаҳо барои татбиқи амсилаи аз лиҳози иқтисодӣ бештар муфиди рушди ҳадамоти ЁТТ, яъне гузариш ба сатҳи шибҳатиббӣ омӯхта шуд.

Муҳосибаҳои мо нишон доданд, ки ҳангоми гузариши ҳадамоти ЁТТ ба сатҳи шибҳатиббӣ масрафҳо барои тайёр кардани шибҳатабибон (бе баҳисобгирии хароҷот барои ТИ), дар муқоиса бо тайёр кардани табиби хатсайрии ЁТТ то 29,5 маротиба ва корманди миёнаи тиб 1,5 маротиба арзонтар тамош мешавад.

Бо дарназардошти вижагиҳои иқлимӣ чуғрофӣ ва шароити демографӣ ва иҷтимоӣ иқтисодии ҷумҳурӣ, серхароҷотии ҳадамоти ЁТТ, принсипи амалкунандаи ҳаддиаксарсозии ёрии тиббӣ дар зинаи тобеморхонавӣ, нобаробарӣ дар тақсими захиравӣ таъминотӣ, аз ҷумла камбудии кадрҳо ва маҳдудияти дастрасии аҳоли ба ЁТТ махсусан дар маҳалҳои дастнорас; набудани барномаҳои мақсадноки таълимӣ, музди кори ночизи кормандон ва бенуфузии касби табиби ЁТТ, омилҳои сершумори «тарafdор» ва «муқобили» ворид кардани бригадаи шибҳатиббӣ дар ҳадамоти ЁТТ, аз ҷониби мо гузариши марҳила ба марҳилаи ҳадамоти ЁТТ ба сатҳи шибҳатиббӣ таҳия карда шуд (ҷадвали 6)

Ҷадвали 6. - Марҳилаҳои гузариши ҳадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ ба сатҳи шибҳатиббӣ

Сатҳи бригада	Сохтори бригадаи сайёр	Намуди амсила
Марҳилаи якуми гузариш		
Сатҳи аввал	Бригадаи омехта (фелдшер дар якҷоягӣ бо шибҳатабиби тайёрии сатҳи баланд)	Амсилаи дусатҳаи омехта бо бартари бригадаҳои сайёри табибон
Сатҳи сонавӣ	Бригадаи умумисоҳавии тиббӣ (бригадаи самти муассир)	
Марҳидаи сонавии гузариш*		
Сатҳи аввал	Шибҳатабиби тайёрии сатҳи фосилавӣ ва баланд	Амсилаи дусатҳаи омехта
Сатҳи сонавӣ	Бригадаи сайёри фелдшерӣ	Бо бартари шибҳатабибони тайёрии сатҳи баланд
Марҳидаи сеюми гузариш *		
Сатҳи аввал	Корманби ёрии аввалияи тиббӣ дар ҳайати оташнишонӣ, БДА, гурӯҳҳои махсуси КҲФ, ВКД	Амсилаи сесатҳаи омехта бо бартари шибҳатабибони тайёрии сатҳи баланд
Сатҳи сонавӣ	шибҳатабиби тайёрии сатҳи фосилавӣ	
Сатҳи сеюм	шибҳатабиби тайёрии сатҳи баланд	

*Табиб – машваратчӣ (бо тариқи телефонӣ)

Дар марҳилаи якум дар қатори бригадаҳои табибон бригадаҳои шибҳатабибон ва табибон-мушовирон (бо тариқи телефонӣ) – амсилаи думарҳилагӣ бо бартарии шибҳатабибон бо ҳуқуқи дар ҳолатҳои зарурӣ ба бригадаҳои табибони ЁТТ вогузор намудани бемор.

Дар марҳилаи дуюм ташкил кардани бригадаҳои (махсусгардонидишудаи) фелдшерӣ, бригадаҳои шибҳатиббӣ ва табибони мушовир (бо тариқи телефонӣ), амсилаи думарҳилагӣ бо ҳуқуқи дар ҳолатҳои зарурӣ ба бригадаҳои фелдшерии ЁТТ вогузор намудани бемор.

Дар марҳилаи ниҳой ҳангоми гузариши пурра ба сатҳи шибҳатиббӣ амсилаи семарҳилагӣ (шибҳатабибони сатҳи аввал, фосилавӣ ва пешрафта) бо афзалияти шибҳатабибони дорои сатҳи тайёрии баланд ва табибони мушовир аз тариқи телефонӣ ташкил карда мешавад.

Барои пешбарии марҳила ба марҳилаи ҳадфҳои дар боло зикргардида, аз ҷониби мо алгоритми амалҳо оид ба такмили ҳадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ таҳия карда шуд, ки дар он вазифаҳо ва уҳдадорихои мақомоти ҳокимиятҳои сатҳи гуногун тақсим карда шудаанд.

ХУЛОСА

НАТИҶАҶОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТИЯ

1. Натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ муайян намуданд, ки ҳадамоти ёрии таъҷилии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар раванди барқароршавӣ ва рушди худ давраҳои душвори таърихӣ ташаккул, шукуфӣ, навсозӣ ва азнавбарқароршавиро гузаронидааст. Арзёбии илман асосноки вазъи ҳадамоти ЁТТ беасосии заминаи меъёрӣ-ҳуқуқии танзимкунандаи фаъолияти ҳадамоти ЁТТ ошкор намуд, ки дар он шароити иқлимӣ, ҷуғрофӣ, демографӣ ва иҷтимоӣ-иқтисодии минтақаҳои мамлакат ба инобат гирифта нашудаанд. Принсипҳои танзими давлатии фаъолияти ҳадамоти ЁТТ, аз ҷумла ҳамгироии дохилисоҳавӣ ва байнисоҳавии ёрии фаврӣ ба пуррагӣ инъикос нашудаанд. Дар заминаи афзоиши шумораи аҳоли сатҳ ва ҳаҷми ёрии тиббӣ динамикаи манфӣ дорад. Масалан, ҳаҷми даъватҳои аз ҷониби бригадаҳои ЁТТ дар ш. Душанбе иҷрогардида, зиёда аз 8 маротиба ва басомади мурочиати аҳоли – 84,1% коҳиш ёфтааст. Дар муқоиса бо солҳои 80-ум сарбории бригадаҳои сайёр то 30-40 маротиба кам шудааст. Андаке беҳтаршавии нишондиҳандаҳои фаъолияти ҳадамоти ЁТТ дар давраи бадаст омадани истиқлолияти давлатӣ ба қайд гирифта шудааст [7.-М; 1.-М; 3-М; 20.-М].

2. Дар масъалаҳои иҷроӣ санадҳои директивӣ ихтилофҳо ошкор карда шудааст: ғайримутамарказ будани низоми идораи ҳадамоти тобеморхонавии ёрии таъҷилии тиббӣ; нобаробарии молиявӣ ва кадрӣ; набудани низоми ягонаи тайёркунӣ ва азнавтайёркунии кадрҳо; нобаробар тақсим кардани захираҳои моддию техникӣ; хусусиятҳои минтақавии дастрасии аҳоли дар гирифтани ёрии таъҷилии тиббӣ; коҳишёбии фаъолияти оперативии ҳадамоти ЁТТ [15.-М]. 7.-М; 6.-М].

3. Ислоҳоти соҳаи тандурустӣ бе дарназардошти талаботи аҳоли ба ёрии таъҷилии тиббӣ; дигаргунсозии сохтори ҳадамот; татбиқи технологияҳои нави пешрафта, аз ҷумла ворид кардани низомҳои муосири иттилоотӣ

иртибототӣ (НХИ, мавқеияти чуғрофии бригадаҳои сайёр) гузаронида шудааст [10.-М;18.-М;19.-М].

4. Ошкор карда шуд, ки бо сабаби набудани меъёри баҳисобгирии талабот ба ЁТТ ба 1000 нафар аҳоли, банақшагирии дурнамои рушди ҳадамот амалӣ карда намешавад. Аз ҷумла, тақсими кардани ҳадамот ба ёрии таъҷилӣ ва ёрии таъхирпазири тиббӣ чорабиниҳои бесамар арзёбӣ шуд. Банақшагирии ҷорӣ иқтисодии марказ (шуба) ва бригадаҳои сайёр бе дарназардошти вижагии минтақавӣ гузаронида мешавад.

Ҳамкориҳои ҳадамоти ЁТТ бо Кумитаи ҳолатҳои фавқулода ва муҳофизати граждони соҳаи санодҳои дахлдори директивиҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон танзим карда мешаванд. Ҳадамоти тиббии дигар муассисаҳои идоравӣ бахши хизматрасониҳои тобemorхонавии ёрии таъҷилии тиббиро надоранд ва ҳамоҳангсозии ҳамкориҳои онҳо бо ҳадамоти ЁТТ қанбаи машваратӣ дорад.

Бо тариқи пурсиши сотсиологӣ: сатҳи пасти қаноатмандии аҳоли аз хизматрасониҳои ЁТТ; сатҳи пасти ҳавасмандии кормандони тиббӣ ва нуфузи набоштиҳои касби табиби ЁТТ, сатҳи пасти ҳамгироии фаъолияти табиби ЁТТ ва табиби оилавӣ, инчунин қисматшавии амиқи тандурустӣ муайян карда шуд.

Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ муайян карда шуд, ки низомии мавҷудаи ташкили ҳадамоти ЁТТ, бо низомии якманбаии маблағгузорӣ, захираталабии зиёд ва самаранокии пасти он дигаргуниҳои минбаъдaro талаб менамояд [13.-М;14.-М;8.-М;7.-М;12.-М;4.-М; 3.-М.20.-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

а) Ба Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон

1. Бо мақсади тақмили заминаи меъёрӣ-ҳуқуқӣ ворид кардани тағйирот дар Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, кодексҳои маъмурӣ-ҳуқуқӣ ва ҷиноии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар қисмати расонидани кумак ба осебдидагон ва беморон; ҳамгироии фаъолияти табиби ЁТТ ва табиби оилавӣ; муайян кардани сатҳи шибҳатиббӣ ҳамчун намуди ёрии тиббӣ; ҷавобгариҳои шахсонӣ манбасдор, шахрвандон ва дигар иштирокчиёни ҳаракати роҳ оид ба таъмини беамониат расидани бригадаҳои ЁТТ ба маҳалли ҳодиса; даъвати беасос ва бардурӯғи ЁТТ; амалҳои ғайриқонунӣ нисбат ба кормандони ёрии таъҷилии тиббӣ ҳангоми аз ҷониби онҳо иҷро кардани уҳдадорихои вазифавиашон (расонидани зарари ҷисмонӣ ва маънавӣ) бо баробар кардани ҳуқуқҳои онҳо ба ҳуқуқҳои кормандони ҳифзи тартибот зарур мебошад.

2. Ворид кардани тағйирот дар санодҳои дахлдори меъёрии ҳуқуқии Вазорати маориф ва илм ва ҳадамоти воқуниши фаврӣ дар қисмати:

- тағйирот дар инфрасохтори ҳадамоти воқуниши фаврӣ бо дарназардошти ҷойгир намудани зерсохторҳои воқуниши фаврӣ дар фосилаи дастрасии то 15 дақиқа (гурӯҳҳои наҷотдиҳандаи КҲФ, БДА, дастаи оташнишонӣ, ки яке аз кормандонашон шибҳатабиб мебошад);

- ба таври ҳатмӣ аз давраҳои ҳатмӣ оид ба расонидани ёрии аввалия гузаштани кормандони сохторҳои қудратӣ ва омӯзгорони муассисаҳои таҳсилотӣ;

- муайян кардани ҳаҷми ёрии аввалияи тиббӣ;

-баланд бардоштани сатҳи маърифатнокии тиббии аҳоли тавассути бозбини барномаҳои таҳсилоти (ташаққули тарзи ҳаёти солим).

3. Бо мақсади беҳтар кардани расонидани ёрии таҳассусии тиббӣ дар марҳилаи тобеморхонавӣ:

- тасдиқ кардани стандартҳои замони ба даъват баромадани бригадаи ЁТТ;
- ташкил кардани гурӯҳҳои тиббӣю начотдиҳанда (аз ҷумлаи кормандони тиббӣ, кормандони БДА ва КҲФ) ҳангоми осебҳои зиёд, дар шохроҳрои автомобилӣ бо дарназардошти 1 нукта дар ҳар 100 км (дар ин ҳол дастаи сарнишинии чархбол бартарӣ дорад);
- ташкил кардани фаъолияти маркази (шӯбаи) ЁТТ дар шаҳрҳои калон бо дарназардошти хадамоти мавҷудаи тиббии идораҳои гуногун, хусусан дар вақти рӯзона;
- тасдиқ кардани меъёрҳои таъмин будани аҳоли бо нақлиёти санитарӣ бо дарназардошти мавзӯҳои баландкӯҳ ва зичии сукувати аҳоли.

4. Ворид намудани тағйирот дар санадҳои дахлдори директивӣ дар қисматҳои:

- ташкили раёсат ё шӯбаи тандурустии электронӣ;
- банақшагирии шӯбаи ёрии таъҷилии тиббӣ ҳангоми сохтани дармонгоҳ ва беморхонаҳо;
- низоми ҳавасмандкунандаи тарофабандии пардохти музди меҳнати кормандони хадамоти ЁТТ;
- муқаррар кардани меъёри истифодабарии восоитҳои иртиботӣ дар хадамоти ЁТТ;
- стандартикунонии техникаи санитарӣ, стандартикунонӣ ва метрологияи таҷҳизот ва маснуоти таъиноти тиббӣ, ки барои хадамоти ЁТТ пешбинӣ гардидаанд.

б) Ба Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

5. Ташкил кардани Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникаи ёрии фаврии тиббӣ бо филиалҳо дар минтақаҳо, ки бо дохилшавии сохторҳои зерин ба таркиби онҳо:

- хадамоти ҳамоҳангсозию танзимӣ (танзимгари маркази ЁТТ, танзимгари авиатсияи санитарӣ, ситоди тиббии ҳолатҳои фавқулода бо бригадаи ЁТТ);
- хадамоти ёрии фаврии тиббии беморхонавӣ.

6. Таҷҳизонидани марказҳои (шӯбаҳои) ЁТТ бо нақлиёти санитарӣ бо дарназардошти шароити иқлимӣю ҷуғрофӣ ва демографияи минтақаҳо. Дар минтақаҳои душворгузари нуктаҳои аҳолинишин пешбинӣ кардани нақлиёти аспу аробавӣ бо ҷалби шибҳатабибон

7. Мукамалсозии бригадаҳои ЁТТ тибқи меъёрҳо бо кадрҳои тиббӣ, таъмини онҳо онҳо бо маводи доруворӣ, равғанҳои молиданӣ ва сӯзишворӣ таҷҳизоти тиббӣ, воситаҳои алоқа.

8. Ба тартиб овардани шаклҳои мавҷудаи баҳисобгирии давлатӣ, бо дарназардошти талаботи воқеӣ ва таъмин будани аҳоли бо ёрии таъҷилии тиббӣ.

9. Таксим кардани хадамот ба ёрии таъчили тиббӣ ва ёрии таъхирпазири тиббӣ дар шаҳрҳои калон, ки дар онҳо ҳиссаи даъватҳои беруназманилӣ (фаврӣ) на камтар аз 40%-ро аз шумораи умумии даъватҳои иҷрошуда ташкил менамояд, мақсаднок мебошад.

10. Коркард намудани нақшаҳои марҳилавӣ:

- васеъ кардани бригадаҳои фелдшерӣ, бо ташкили бригадаҳои махсусгардонидашуда фелдшерӣ;
- гузариши бригадаҳо ба сатҳи шибҳатиббӣ, махсусан дар минтақаҳои аз ҷиҳати ҷуғрофӣ душворгузар.

11. Бо мақсади наздик намудани дастрасии ёрии таъчили тиббӣ ба аҳоли ва кам кардани сарборӣ ба маркази ЁТТ, ташкил кардани амбулаторияи табибони оилавӣ бо «навбатдории шабонарӯзии табибони оилавӣ» дар минтақаҳои сераҳоли ва биноҳои баландошӯнаи истиқоматӣ.

12. Марҳила ба марҳила гузаронидани (то сатҳи имконпазир) хизматрасониҳо аз зинаи сонавия ба зинаи аввалияи хизматрасонии тиббӣ.

Интишороти докталаби дарёфти дараҷаи илмии доктори илмҳои тиб

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тазриқшаванда:

[1.-М]. Муминов Б.Г. История создания и становления скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан / Б.Г. Муминов Б.И. Абдурахимов // Вестник Авиценны. - 2009. - №3. - С.97-99.

[2.-М]. Муминов Б.Г. Некоторые аспекты терминологии и понятия, используемые в службе скорой медицинской помощи / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, Д.Д. Хомидов // Здоровоохранение Таджикистана. 2009. - №3. - С.71-74.

[3.-М]. Муминов Б.Г. Состояние и перспектива развития догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи города Душанбе / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, Д.Д. Хомидов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2009. - №4. - С.77-79.

[4.-М]. Муминов Б.Г. Климатогеографические предпосылки возникновения чрезвычайных ситуаций и координация профильных медицинских служб в этих условиях / Б. Г. Муминов., Б.И. Абдурахимов., А.А. Темуров., Д.Д. Хомидов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2010. - №2. - С.73-75.

[5.-М]. Муминов Б.Г. Перспективы парамедицинской бригады в службе скорой медицинской помощи Республики Таджикистан / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, А.А. Темуров, Б.Б. Гафуров // Здоровоохранение Таджикистана - 2010. -№1(304). –С.72-75.

[6.-М]. Муминов Б.Г. Экономические аспекты деятельности службы скорой медицинской помощи / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, Д.Д. Хомидов // Вестник Авиценны. - 2010. - №4. - С.143-146.

[7.-М]. Муминов Б.Г. Некоторые аспекты нормативно-правовой базы службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан/ Б.Г. Муминов, А. Ахмедов // Научно-практический журнал ТИППМК.-2011.-№4.-С.21-23.

- [8.-М]. Муминов Б.Г. Состояние и перспектива интеграционных работ врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей в Республике Таджикистан / Б.Г. Муминов, З.А. Мирзоева // Вестник ИПОвСЗРТ. -2011. - №4. – С.144-147.
- [9.-М]. Муминов Б.Г. Функционирование службы скорой медицинской помощи и оценка её эффективности в различных странах мира / Б.Г. Муминов, А. Ахмедов //Здравоохранение Таджикистана. - 2011. -№4. – С.7-11.
- [10.-М]. Муминов Б.Г. Состояние и перспективы развития инновационной технологии в службе скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан / Б.Г. Муминов // Вестник Авиценны. - 2012. - №3. - С.168-171.
- [11.-М]. Муминов Б.Г. и соавторы. Математическая модель обеспечения станции скорой медицинской помощи санитарным транспортом / З.Х. Рахмонов, Б.Г. Муминов, М.Б. Саломова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан.-2012. Т.55. №7. – С.549-554.
- [12.-М]. Муминов Б.Г. Некоторые социальные аспекты службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан / Б.Г. Муминов // Врач скорой помощи. -2013.-№9.-С.27-30.
- [13.-М]. Муминзода Б.Г. Оценка эффективности функционирования службы скорой медицинской помощи в составе объединённых больниц / Б.Г. Муминзода, А. Ахмедов, Ф.Х. Мирзоев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2018. - №2. - С.39-43.
- [14.-М]. Муминзода Б.Г. Актуальные проблемы интеграционной работы службы скорой медицинской помощи г. Душанбе с городскими центрами здоровья, госпиталем сестринского ухода и другими профильными службами / Б.Г. Муминзода, Ф.Х. Мирзоев // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20. №1. – С.42-46.
- [15.-М]. Муминзода Б.Г. Оценка оперативности деятельности службы скорой медицинской помощи города Душанбе / Б.Г. Муминзода, А.М. Сафарзода // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2019. - №4. - С.39-47.

Мақола ва фишурдаҳо дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

- [16.-М]. Муминов Б.Г. Система здравоохранения в Великобритании / А.А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, С.З.Зарипов, Б.Г. Муминов // Материалы III-научно-практической конференции ТИППМК «Новое в диагностике и лечении заболевания человека». - Душанбе, 1997. - С.10-15.
- [17.-М]. Муминов Б.Г. Организация экстренной помощи в специализированном медицинском учреждении на современном уровне / Б.Г. Муминов, Ахмедов С.М. // Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием. - Турсунзаде, 2007. – С. 16-17.
- [18.-М]. Муминов Б.Г. Роль автоматизированной системы управления в организации неотложной догоспитальной помощи / Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов // Материалы 2-ой городской научно-практической конференции с международным участием. -Душанбе, 2007. – С. 64-65.

[19.-М]. Муминов Б.Г. Опыт применения и перспектива развития инновационной технологии в службе скорой медицинской помощи / Б.Г. Муминов // Республиканская научно-практическая конференция «Качественная диагностика – основа лечения» и достижения национального диагностического центра, посвященной 20 - летию независимости РТ. – Душанбе, 2011. –С.241-248.

Дастури таълимӣ

[20.-М]. Муминов Б.Г. Становление и развитие службы скорой медицинской помощи г. Душанбе / Б.И. Абдурахимов, Б.Г. Муминов, Д.Д. Хомидов, А.М. Сафаров. – Душанбе: ООО «Сифат»; 2011. – 336 с.

Шаҳодатномаҳо ба таклифҳои ихтироъкорӣ

4. Муминов Б.Г. Способ повышения оперативности деятельности службы СМП с использованием автоматизированной системы управления. Выдано № 63 от 24.05.2011г. / ГОУ «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров». (соавт. М. Набиева, Д. Хомидов, А. Собиров).
5. Муминов Б.Г. Способ повышения эффективности деятельности службы СМП с использованием телекоммуникационных услуг. Выдано № 65 от 24.05.2011г. / ГОУ «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров» (соавт. М. Набиева, Д. Хомидов, Б.И, Абдурахимов).
6. Муминов Б.Г. Способ повышения оперативности деятельности службы СМП с использованием спутниковой системы связи. Выдано № 64 от 24.05.2011г. / ГОУ «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров» (соавт. М.Набиева, Д. Хомидов, Б.И, Абдурахимов).

РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҲО

АИТ ВТ ва ҲИАҚТ – Академияи илмҳои тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
 АИР - Академияи илмҳои Россия
 БДА – Бозрасии давлатии атомобилӣ
 БКШЁТТ- Беморхонаи шаҳрии клиникӣ ёрии таъҷилии тиббӣ
 БМН- беморхонаи марказии ноҳиявӣ
 ВТ ва ҲИА ҚТ – Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
 ВМКБ – Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон
 ДДТТ – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
 ДТБКСТ – Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ
 ЁФТ – ёрии фаврии тиббӣ
 ЁТТ – ёрии таъҷилии тиббӣ
 ИМА – Штатҳои Мутаҳиди Америка
 ИҚШС – Иттиҳоди Ҷумҳуриҳои Шӯравӣ Сотсиалистӣ
 КАТС – кумаки аввалияи тиббию санитарӣ
 КҲФ – Кумитаи ҳолатҳои фавқулода
 МГ ва ҲФ – муҳофизати граждони ва ҳолатҳои фавқулода
 МД - муассисаи давлатӣ
 МДТ – муассисаи давлатии таълимӣ
 МЁФТ – маркази ёрии фаврии тиббӣ
 МТП – муассисаҳои тиббӣ профилактикӣ
 МШЁФТ – маркази шаҳрии ёрии фаврии тиббӣ
 НҲИ – низоми худкоршудаи идоракунӣ
 НТҚ – ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ
 СБД – сабти барқии дил
 ФР – Федератсияи Россия
 ҲФ – ҳолатҳои фавқулода
 ҚТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон
 ТҚ - тобеи ҷумҳур

АННОТАЦИЯ

автореферата диссертации Муминзода Бободжона Гафора на тему:

“Научное обоснование деятельности службы скорой медицинской помощи в системе оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе и перспектива её развития в условиях реформирования сектора отрасли здравоохранения Республики Таджикистан”

Ключевые слова: скорая медицинская помощь (СМП), история СМП, парамедицинский уровень, нормативно-правовая база СМП, АСУ.

Цель исследования: Изучить особенности организации и деятельности службы СМП на догоспитальном этапе в различных регионах республики, включая экстренную медицинскую помощь в ведомственных учреждениях, и разработать научно обоснованный алгоритм эффективных мероприятий по оптимизации и дальнейшему совершенствованию работы СМП в современных социально-экономических условиях.

Материал и методы исследования: исследование охватывает историю организации СМП, её развития, организационно-методическую и лечебную деятельность учреждений СМП, её взаимодействие со службами экстренного реагирования. При обработке относительных величин применялись обычные статистические методы расчета экстенсивных, интенсивных, однозначных показателей и динамических рядов, не требующих применения других методов статистической обработки.

Полученные результаты и их новизна: комплексные исследования выявили объективную картину состояния службы скорой медицинской помощи республики, особенности её регионального развития. Выявлено, что существующая нормативно - правовая база не учитывает климатогеографических и демографических условий страны. Впервые в РТ частично внедрена автоматизированная система управления службой СМП, разработан алгоритм совершенствования работы службы СМП, включая её переход на парамедицинский уровень.

Рекомендации по использованию: полученные результаты используются при разработке нормативно - правовых документах, регулирующих деятельность службы СМП, мероприятий направленных на дальнейшее совершенствование службы СМП, включая подготовку и переподготовку специалистов для службы СМП..

Область применения: общественное здоровье и здравоохранение

АННОТАТСИЯИ

автореферати диссертатияи Муминзода Бобочон Ғафур дар мавзӯи: “Асоснокунии илмии фаъолияти хадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ дар низоми хизматрасонии фаврии тиббӣ дар марҳилаи тобеморхонавӣ ва дурнамои рушди он дар шароити ислоҳоти баҳши соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” барои дарёфти дараҷаи илмии доктори илмҳои тиббӣ аз рӯйи ихтисоси 14.02.03 – Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ

Калидвожаҳо: ёрии таъҷилии тиббӣ (ЁТТ), таърихи ЁТТ, сатҳи шибҳатиббӣ, заминаи меъёрӣ-ҳуқуқии ЁТТ, низоми худкоршудаи идоракунии (НХИ).

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши вижагиҳои ташкил ва фаъолияти хадамоти ЁТТ дар марҳилаи тобеморхонавӣ дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ, инчунин ёрии фаврии тиббӣ дар муассисаҳои иАдоравӣ ва таҳияи алгоритми илман асоснокӣ чорабиниҳои самаранок оид ба беҳтар кунонидан ва минбаъд тақмил додани кори ЁТТ дар шароити муносири иҷтимоию иқтисодӣ.

Мавод ва методҳои таҳқиқот: таҳқиқот таърихи ташкили ЁТТ, рушди он, фаъолияти ташкилию методӣ ва муолиҷавии муассисаҳои ЁТТ, ҳамкориҳои онҳоро бо хадамоти воқуниши фаврӣ дар бар мегирад. Ҳангоми коркарди бузургҳои мутлақ методҳои муқаррарии омории баҳисобгирии нишондиҳандаҳои экстенсивӣ, интензивӣ, якрақам ва радифҳои динамикие, ки истифодаи дигар методҳои коркарди оморию талаб намекунанд, истифода шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағсонии онҳо: таҳқиқоти комплексӣ манзараи объективии ҳолати хадамоти ёрии таъҷилии тиббии ҷумҳурӣ, вижагиҳои рушди минтақавии онро муайян намуданд. Ошкор гардид, ки заминаи меъёрии ҳуқуқии мавҷудбуда, шароити иқлимӣ ҷуғрофӣ ва демографияи кишварро ба инобат нағрифтааст. Наҳустин маротиба дар ҶТ низоми худкоршудаи идоракунии хадамоти ЁТТ қисман татбиқ карда шуда, алгоритми тақмили фаъолияти хадамоти ЁТТ, аз ҷумла гузаштани он ба сатҳи шибҳатиббӣ таҳия карда шуд.

Тавсияҳо оид ба истифода: натиҷаҳои бадастомада ҳангоми коркарди санадҳои меъёрии ҳуқуқие, ки фаъолияти хадамоти ЁТТ-ро танзим мекунанд, тадбирҳои ба тақмили минбаъдаи хадамоти ЁТТ нигаронидашуда, аз ҷумла тайёркунии ва азнавтайёркунии мутахассисон барои хадамоти ЁТТ истифода мешаванд.

Соҳаи истифодабарӣ: сихатии ҷомеа ва тандурустӣ

ANNOTATION

Muminzoda Bobojon Gafor

“Scientific substantiation of emergency medical service activities in the emergency medical care system at the pre hospital stage and the prospect of its development in the context of reforming the health sector of the Republic of Tajikistan”

Key words: Emergency medical care (EMC), history of NSR, paramedical level, legal framework of NSR, ACS.

Study purpose: To study the features of the organization and activities of the EMC facility at pre hospital stage, to develop a scientifically proven plan of activities to optimize and improve its activities in modern socio-economic conditions.

Study materials and methods: the study covers the history of EMC facility development, organizational-methodological and medical activities of EMC facility, and its interaction with emergency response authorities. When processing relative values, the usual statistical methods were used to calculate extensive, intensive, unique indicators and time series that do not require the use of other methods of statistical processing.

Obtained results and their novelty: comprehensive studies have revealed an objective picture of republican emergency medical services state and especially its regional development. It is revealed that the existing regulatory and legal framework does not take into account the climate-geographic and demographic conditions of the country. For the first time in the Republic of Tajikistan, an automated management system for EMC has been partially implemented, an algorithm has been developed to improve the operation of EMC service, including its transition to the paramedical level.

Recommendations for use: The obtained results can be used in the development of normative legal documents for regulation EMC service activities, measures aimed at further improvement of EMC service, including the training and retraining of EMC specialists.

Application area: public health and healthcare.