МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»

УДК 614.2 (575.3)

На правах рукописи

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

Д И С С Е Р Т А Ц И Я

на соискание ученой степени доктора медицинских наук
по специальности 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Научный консультант:
Заслуженный работник Таджикистана,
член-корр. Академии медицинских
наук МЗиСЗН РТ, иностранный член
Академии естественных наук
Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор
А. Ахмедов

Душанбе – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Список условных сокращений …….…….....		4
Введение……		6
Общая характеристика работы……		8
Глава 1	**Организация службы скорой медицинской помощи в мире и оптимизация её деятельности в современных условиях** (обзор литературы)……....	17
1.1.	История становления и развития догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи в различных странах мира ……	17
1.1.1.	Функционирование догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи различных стран мира и оценка её эффективности……...	28
1.2.	Нормативно–правовые аспекты деятельности догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи (недостатки, достижения)……	38
1.3.	Вопросы реформирования догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи в современных условиях……	45
Глава 2	**Материал и методы исследования** ……..	54
Глава 3	**История организации, состояние развития службы скорой медицинской помощи в различных административных районах Республики Таджикистан** (собственные исследования)…….	63
3.1.	История организации и развития службы скорой медицинской помощи в различных регионах Республики Таджикистан.....	63
3.2.	Развитие догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан в новых социально-экономических условиях…….	82
3.2.1.	Нормативно-правовая база, регулирующая деятельность службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан (достижения, недостатки) ……	124
3.2.2.	Квалификационная характеристика специалиста - врача скорой медицинской помощи	138
3.3.	Состояние службы скорой медицинской помощи города Душанбе……...	146
3.4.	Состояние службы скорой медицинской помощи Хатлонской области……..	162
3.5.	Состояние службы скорой медицинской помощи в Согдийской области…….	182
3.6.	Состояние службы скорой медицинской помощи Горно–Бадахшанской автономной области……	199

3.7.	Состояние службы скорой медицинской помощи районов республиканского подчинения ……	213
3.8.	Состояние службы экстренной медицинской помощи в ведомственных организациях Республики Таджикистан	235
Глава 4	**Оптимизация деятельности службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан и пути её реформирования в современных условиях……**	238
4.1.	Оценка эффективности деятельности службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан ……	238
4.1.1.	Социологический опрос респондентов (пациентов) для определения степени удовлетворённости службой скорой медицинской помощи……	246
4.1.2.	Социологический опрос сотрудников службы СМП о работе скорой медицинской помощи…….	254
4.1.3.	Интеграция работы врачей СМП, семейных врачей и Госпиталя сестринского ухода г. Душанбе…….	259
4.2.	Некоторые вопросы реорганизации службы скорой медицинской помощи……	267
4.2.1.	Этапы перехода службы СМП на парамедицинский уровень…….	295
4.2.2.	Алгоритм действий по совершенствованию службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан……	301
4.3.	Оценка взаимодействия скорой медицинской помощи с профильными службами других ведомств……	306
Обсуждение результатов……...		312
Заключение……		357
Рекомендации по практическому использованию результатов……		358
Список литературы……		362
Приложение……..		399

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АПУ - амбулаторно-поликлиническое учреждение
АСУ - автоматизированная система управления
БИТ - бригада интенсивной терапии
БСМП – больница скорой медицинской помощи
ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения
ВОП - врач общей практики
ВУЗ - высшее учебное заведение
ГАИ - Государственная автомобильная инспекция
ГБАО - Горно-Бадахшанская автономная область
ГО и ЧС - гражданская оборона и чрезвычайные ситуации
ГОУ - государственное образовательное учреждение
ГСМ - горюче - смазочные материалы
ГУ – государственное учреждение
ГЦЗ - городской центр здоровья
ДТП - дорожно-транспортное происшествие
ИБС - ишемическая болезнь сердца
ИВЛ - искусственная вентиляция легких
ИПОвСЗ РТ – Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан
КЧС - Комитет по чрезвычайным ситуациям
ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение
МВД - Министерство внутренних дел
МЗиСЗН РТ - Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МЗ РТ - Министерство здравоохранения Республики Таджикистан
Минздрав СССР - Министерство здравоохранения Союза Советских Социалистических Республик
МЧС - Министерство по чрезвычайным ситуациям
Наркомздрав - народный комиссариат здравоохранения
ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
РРП - районы республиканского подчинения
РТ - Республика Таджикистан
РФ - Российская Федерация
ЦЭМП - центр экстренной медицинской помощи
СМП - скорая медицинская помощь
ССМП - станция скорой медицинской помощи
СиНМП –скорая и неотложная медицинская помощь
США - Соединенные Штаты Америки
Тадж. ССР - Таджикская Советская Социалистическая Республика
ТАССР - Таджикская Автономная Советская Социалистическая Республика
ТИППМК - Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров

ЦГА ТССР - Центральный государственный архив Таджикской Советской Социалистической Республики
ЦРБ - центральная районная больница
ЧС - чрезвычайная ситуация
ЭКГ- электрокардиография
ЭМП - экстренная медицинская помощь
MICI – мобильная интенсивная помощь
EMS - экстренная медицинская помощь

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований. 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 [3; 105; 260].

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 [2;16].

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 [3].

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 [2; 3; 24; 117].

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 стратегия 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 [105; 167; 175; 179; 184; 280; 281; 308].

Сложившаяся система организации догоспитального этапа службы СМП населению, ориентированная на оказание максимального объема помощи, не обеспечивает эффективность, является высокозатратной и выполняет несвойственные ей функции [158; 329].

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 [159]. 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. [280].

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 [2;3;193;194; 204; 205; 206; 209; 219; 211; 212; 213]. 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 [2; 3; 81; 280].

Актуальность настоящего исследования определяется необходимостью комплексного изучения деятельности догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи на современном этапе её развития и разработки эффективных алгоритмов совершенствования 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, сформированые 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.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 ведомствнных 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 ведомтсвенных 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 последующим 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 последипломного 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 функциониро- вание 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, утверждёной 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 последипломного 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.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МИРЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (обзор литературы)

1.1. История становления и развития догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи в различных странах мира

Неотложная помощь в её различных формах оказывалась с начала истории человечества [290].

По данным других авторов история становления оказания немедленной медицинской помощи берет свое начало с I-века нашей эры [49; 67; 334].

В Библии описывается деяние Доброго Самаритянина, которое сравнимо с действиями Первого респондента. Свод правил Хаммурапи содержит отрывки, описывающие критерии для установки различных видов оплаты, согласно простым стандартам оказания медицинской помощи [283; 369]. В начале III тысячелетия до нашей эры врачи сопровождали войска Фараона, одним из них был врач Имгопет, а в Иране в 1 тысячелетии до нашей эры армейская медицинская служба организовывала транспортировку раненых и больных [68; 371]. В тоже время существуют работы, указывающие на то, что начало развития оказания первой помощи относится к эпохе раннего средневековья – IV века, когда на дорогах, ведущих в Иерусалим, были организованы так называемые страноприёмные дома для оказания помощи многочисленным путникам [3; 260]. Персидский ученый, врач мыслитель Абубакр Мухамад ибни Зикриё, известный в Европе под псевдонимом «Розис», живший в середине IX века, настаивал на проведении врачами лечения до конца безнадежно больных [62]. Только в XIX веке научные открытия и достижения техники сделали возможным поставить идею оживления на научной основе [258].

Эдвин Смит (египтолог) в XVII веке приобрёл манускрипт, описывающий процедуры ранней экстренной помощи [368].

В 1092 г. в Англии был учрежден орден иоаннитов, в задачи которого входило обслуживание больных в госпитале Иерусалима и оказание первой помощи путникам на дорогах. Лишь в 1417 году в Голландии была организована служба для оказания помощи тонущим в каналах [3; 259].

Итальянский врач Хугу из города Болонья в 1218 году во время Крестового похода на дорогах в Иерусалим сопровождал войска как врач. В течения 3-х лет ушивал раны и оказывал воинам помощь при переломах костей [62].

В Европе основоположником службы экстренной медицинской помощи считается барон Доминик Ларей врач – хирург Наполеона Бонапарта, который предложил использовать лошадей для транспортировки раненых и больных с поля боя [411].

Одна из первых станций скорой помощи была создана в Вене в 1881 году, после случившегося пожара в Большом театре, во время которого пострадавшие остались без какой-либо помощи, несмотря на то, что в то время в городе функционировало множество первоклассных и хорошо оснащенных клиник. В задачи вновь организованной станции входило оказание первой помощи пострадавшим и дальнейшая их транспортировка либо в лечебное учреждение, либо домой. Эта станция скорой помощи не имела своего штатного состава. Она осуществляла свою деятельность на благотворительных началах (граф Ганс Гильгек пожертвовал 100 тыс. гульденов) и пользовалась помощью добровольцев – врачей и студентов медиков. Следует отметить, что она была названа «Вена, Добровольное общество спасения» и служила моделью для аналогичных обществ во всем мире. В первый год своего существования Венская станция скорой помощи оказала помощь 2067 пострадавшим. Вскоре подобные станции были созданы в Берлине, Варшаве, Киеве, Одессе и т.д [3; 260].

По данным Абдурахимова Б.И. (2007), открытие станции скорой медицинской помощи в Англии (Лондон) было датировано 1878 годом [3].

В 1918 г. хирург Роберт Джонсон при госпиталях в Манчестере организовал станции первой помощи. В том же году была создана Британская Ортопедическая Ассоциация, оказавшая существенное влияние в улучшении помощи при травмах [345].

В мае 1887 г. создано Будапештское добровольное общество скорой помощи, где его первоочередной задачей являлось не транспортирование, а медицинское наблюдение и помощь больному (раненому), пока он не будет доставлен в больницу. На тот момент служба располагала двумя единицами передвижного транспорта в виде конных карет. С 1920 года в распоряжении службы имелся всего один санитарный автомобиль, в 1943 году численность автопарка составляла уже 8 единиц. В последующие годы численность санитарных машин нарастала и достигла порядка 1000 единиц. Следует отметить, что впервые был применен специализированный санитарный транспорт для оказания помощи на месте и в ходе транспортировки [3; 345].

Во Франции доктор Джин Ларей создал мобильный корпус хирургов и медсестёр, оказывавший помощь раненным в бою во время войн Наполеона [369]. Некоторые авторы отмечают, что в 1870 году появилось документально подтвержденное использование санавиации во время франко-прусской войны для эвакуации прусских солдат из-под стен осажденного Парижа на воздушном шаре [5; 22].

В Париже (1876 г.) при полицейских участках были организованы ночные пункты для больных и пострадавших. К пациенту направлялись три человека: тот, кто вызывал врача, врач и полицейский. На обратном пути полицейский сопровождал врача до дома и выдавал ему чек для получения гонорара [23].

Служба скорой медицинской помощи Франции была организована в 1947 г. В 1955 году появились мобильные медицинские команды, осуществлящие помощь и транспортировку больных из одного стационара в другой. Для перевозки пострадавших и больных использовались машины скорой помощи, а с 1957 года, вертолеты и самолеты [3; 340; 368].

В Бельгии в деятельности СМП был использован принцип межсекторального сотрудничества. В конце 1963 г. по всей стране начинают организовываться бригады саперо-пожарных с системой единого вызова.

В Германии в 1769 году впервые была организована реанимационная служба. Кроме пожарных команд оказывали помощь при выездах и сотрудники Красного Креста. В середине X1X века правительством Германии была организована транспортная служба для перевозки больных и пострадавших [404].

В 1960 году профессора Рудольф Фрей и Фридрих Вильгельм Анфильд обосновали необходимость создания реанимационных команд, а в 1957 году профессор Карл-Гейнц Бауэр организовал первые врачебные команды для оказания помощи на месте происшествия [3; 394].

В 1953 году в Норвегии была организована догоспитальная экстренная медицинская служба. С 1967 года в г. Осло начала функционировать мобильная интенсивная помощь (MICI), а с 1970 года воздушный санитарный транспорт. В 1988 году правительством был сформирован воздушный санитарный транспорт по всей стране. Сегодня воздушная экстренная медицинская помощь (EMS) - это широко развитая служба, выполняющая более 5000 вызовов в год [387].

В 1903 году в Риге впервые в Европе, было создано Рижское общество врачебной помощи. Его основателем был рижский врач – хирург Адольф фон Бергман. В состав Рижского общества врачебной помощи входили 80 обеспеченных жителей Риги. Средства на создание Рижской станции скорой помощи были собраны в течение года, и 1 марта 1904 года состоялось её торжественное открытие. Уже 2 марта первая карета «Скорой помощи», выехала на улицы Риги. Единственная бригада «Скорой помощи» работающая в круглосуточном режиме, состояла из врача, фельдшера, санитара и кучера и выезжала на вызов в фургоне, запряженном парой лошадей. В первый год было зарегистрировано 453 вызова, из них 150 самообращение. В последующем «Скорая помощь»

перешла под патронаж Красного Креста. Изначально станция скорой помощи находилась в казармах по ул. Екаба. После Второй мировой войны её перевели на территорию 1-ой городской больницы. Позже «Скорая помощь» переехала на улицу Сарканармияс 21/23 (ныне улица Бруниниеку), а с 1968 года станция СМП поселилась по Дунтас-8 на территории бывшего военного госпиталя [47; 284].

В Литве первая станция скорой медицинской помощи была создана в 1902 году. Это была одна из первых станций, начавших действовать на территории царской России и 5-й в Восточной Европе (после Варшавы, Лодзи, Ченстохова и Киева). Группа из 11 инициаторов во главе с графиней Софией Тышкевич в 1899 году, подали губернатору Вильнюса Виталию Троцкому проект и устав Общества медицинской скорой помощи. В 1902 году была оказана скорая медицинская помощь - 223, а в 1903 году, уже - 3414 пациентам. В 1903 году была одна карета «скорой помощи», не хватало медицинского персонала. Станция СМП содержалась только на благотворительные средства и находилась в здании магистрата, ныне гимназия Саломей Нерис. В настоящее время имеется 31 бригада СМП, из них 9 бригад интенсивной терапии [40].

В Эстонии 9 августа 1941 года немецкие оккупационные власти установили платность лечения и порядок по организации медицинской помощи, существовавшие при буржуазном режиме. Здравоохранение Эстонии в период 1946-1958 годов характеризуется преимущественно количественным ростом сети медицинских учреждений. В 1975 году начато строительство Таллинской больницы скорой медицинской помощи на 800 коек [47].

Днём начала создания службы скорой медицинской помощи в Молдове считается 4 сентября 1944 года, когда в г. Кишинев была открыта первая станция СМП. В том же году была открыта вторая станция СМП в г. Тирасполе, а через год и в городах Бельцы и Бендеры.

В 1991 году к моменту провозглашения своей независимости в Молдове действовала довольно разветвленная сеть учреждений и

подразделений СМП, которые состояли из Кишиневской БСМП, имеющей в своём составе 5 подстанций СМП и 4 травматологических пункта, городских станций СМП в городах Тирасполь, Бельцы и Бендеры и 40 отделений СМП при всех центральных районных больницах ритмично действовала служба санитарной авиации [250].

В Украине первые заведения скорой медицинской помощи были созданы в 1881 году в Киеве, 1890 году во Львове и 1903 году в Одессе [332].

Киевская станция скорой медицинской помощи была основана 30 июля 1902 г. по инициативе союза киевских врачей, она называлась Спасательной. В штат станции входил главный врач, 8 дежурных врачей, один главный, четыре старших и три младших санитара, три конюха, дворник, курьер. Транспорт станции состоял из трёх лошадей с двумя каретами. Станция находилась по ул. Пироговской дом №6. К концу 1902 г. на станции было три медицинские кареты «Лорек и Ко», в 1913 г. было приобретено 2 санитарных автомобиля. К 1941 г. станция уже имела 46 автомобилей, в штате станции работали 115 врачей, которые обслуживали 23 бригады. Первые специализированные бригады начали функционировать ещё в довоенные годы: в 1932 г. была создана первая акушерская бригада, а в 1934 педиатрическая. В 1943 году, после освобождения Киева от немецкой оккупации, станция возобновила свою работу [3; 337].

Вопрос о создании службы скорой медицинской помощи в г. Минск был поднят врачебным инспектором Минской губернии, доктором медицины Урванцевым С.Н. в 1909 г. Но создать амбулаторию и станцию скорой помощи сразу не удалось. Лишь после утверждения устава «О ночных дежурствах врачей» (07.10.1910 г.), в Минске вводятся ночные дежурства врачей для оказания пострадавшим скорой медицинской помощи, которые имели в своем распоряжении конную карету и телефонную связь. При несчастных случаях она была экстренной и бесплатной. А в случае других вызовов были платными. С момента учреждения Народного комиссариата здравоохранения (11.07.1918 г.) были

разработаны и установлены основные организационные формы работы службы скорой медицинской помощи в г. Минск.

28 сентября 1922 г. Минским горздравотделом был издан приказ №39 «Об организации и оказании скорой медицинской помощи населению г. Минск», реализация которого осуществлялось на базе 1-ой городской амбулатории. В этом же году служба скорой медицинской помощи выполнила 2040 вызовов. Вызовы обслуживали конные кареты, которые находились при пожарной команде [99; 289].

Китайское общество Красного Креста, в структуру которого входит сеть службы скорой медицинской помощи, было создано в 1904 году, в связи с началом русско-японской войны 1904-1905 гг. В ноябре 2013 года Китайское общество Красного Креста выпустило серию мобильных приложений по оказанию первой помощи пострадавшим, созданию массовой сети взаимопомощи, подготовки персонала скорой помощи. Служба скорой медицинской помощи Китая единая самостоятельная служба, которая административно подчиняется Обществу Красного Креста. Центры скорой медицинской помощи находятся в каждом административном районе, численностью свыше миллиона человек. В населенных пунктах с населением меньше миллиона человек действуют подстанции, охватывающие несколько посёлков. В Китае обычно не принято вызывать “скорую” для помощи на дому, при вызове пациент подлежит обязательной госпитализации в стационар по ее выбору [321; 336; 355; 380].

В Японии служба экстренной медицинской помощи впервые появилась во время Наполеоновских войн в начале XIX века, когда во французской армии стали использовать транспортные средства для быстрой доставки раненых в полевые госпитали. Первая машина скорой помощи появилась в 1931 году, в Осакском отделении Красного Креста. Для местных администраций обеспечение скорой помощи и пожарной службы стало обязательным после пересмотра Закона о пожарной службе в 1963 году. Позднее появились воздушные и водные транспортные средства скорой

помощи, а наземные машины были усовершенствованы для поддержания жизни пациентов [271].

В Америке в годы гражданской войны (1861 г.) Клара Бартон организовала поставку средств оказания медицинской помощи на передовую линию фронта. В 1869 году в Нью-Йорке Эдварду Дальтону удалось впервые организовать транспортную перевозочную службу [353; 381; 397].

Первая станция скорой медицинской помощи была открыта в Нью-Йорке в 1968 году. Еще в 1955 году Пол Золл разработал первый наружный кардиологический дефибриллятор, а в 1963 году Американская Ассоциация кардиологов одобрила методику легочно-сердечной реанимации [368].

В США служба СМП начала активно развиваться с 1973 года, когда был принят закон об организации в стране СМП с ежегодным ассигнованием в 200 млн. долларов США, в результате чего в 47 штатах Америки были созданы соответствующие службы [154]. Только в 1984 году в США была создана национальная система Медицины катастроф, действия которой были направлены на оказание помощи пострадавшим [363]. В 80-е годы прошлого столетия американский ученый Аветис Донабедиан положил начало изучению и оценке качества помощи [365].

В Польше, изначально в 1881 году появилась первая станция скорой помощи и вплоть до 1950 года СМП подчинялась Польскому Красному Кресту. Далее СМП перешла под юрисдикцию государства (отделы здравоохранения).

В России идея организации скорой медицинской помощи принадлежала жившему в Петербурге доктору медицины Г.Л. Аттенгоферу (1818 г.), но она не была осуществлена. Следующая попытка организации скорой помощи была предпринята известным русским врачом и гуманистом Ф.П. Гаазом в 1826 году, но она была не реализована по причине признания её как «излишной и бесполезной». Только в 1844 году ему удалось открыть в Москве «полицейскую больницу для бесприютных»,

где оказывали медицинскую помощь только тем, кого доставляли в больницу [3; 41].

Первая станция скорой помощи в России открылась 28 апреля 1898 года. В последующем, в тогдашней Москве, в пределах Камер-Коллежского вала, включая Бутырские улицы, появилось 7 станций скорой помощи, их обслуживали 7 конных карет [31; 267].

Ходынская трагедия, произошедшая в процессе коронации Николая II, послужила толчком к организации первых станций скорой помощи в городах Москва и Петербург (1907 г.). В первые годы они функционировали, как так называемые пункты «Ночной квартирной помощи» при амбулаториях и поликлиниках [100].

В последующие годы отмечается прогрессивное развитие службы СМП, так если в 1934 году действовало 174 станции СМП, то к 1960 году их количество возросло до 1944 с численностью обслуживающего врачебного персонала 10 тыс. человек. Некоторые авторы отмечают уменьшение количества больниц СМП с 104 единиц в 1986 году до 47 [136; 138; 139; 210].

Принятые на различных этапах функционирования службы СМП постановления Совета Министров СССР способствовали дальнейшему развитию службы СМП [138; 192; 193; 194; 205; 206; 207; 213].

По мнению Мыльникова Л.А. (2001), к концу 80-х годов сложилась развитая высокоэффективная система скорой медицинской помощи. К началу 90-х годов система скорой медицинской помощи была представлена в России 58 больницами и 3122 станциями скорой медицинской помощи с общим числом сотрудников в 230 тысяч человек. В 2007 г. численность больниц уменьшилась до 46, а станций и отделений СМП возросло до 3223 [65; 84; 90; 117; 123; 132; 249; 286].

Дата организации первого пункта скорой медицинской помощи в г. Алматы относится к прошлому столетию, где приказом Джетысуйского Губернского отдела здравоохранения от 05.02.1928 г. был создан пункт скорой медицинской помощи при городской больнице, имевшей в арсенале

только «две кареты скорой помощи». В 1937 году станция скорой медицинской помощи стала самостоятельным медицинским учреждением, а с 1951 г. начали организовываться подстанции скорой медицинской помощи в различных районах города. Далее в 70-80-е годы началось создание специализированных, а с 1990 г. - бригад интенсивной терапии, которые стали мощным толчком в развитии этой службы [3; 63; 110].

История развития службы скорой и неотложной медицинской помощи в городе Астана начинает свой путь с 14 февраля 1932 года, когда на базе 1-ой городской больницы Акмолинска открылось отделение по оказанию населению города скорой и неотложной медицинской помощи. Первая станция обслуживала город 2 фельдшерами на конном транспорте, в основном, в дневное время. Впервые, в марте месяце 1939 года, в городе появился санитарный автомобиль для оказания экстренной помощи и перевозки рожениц. 20 января 1959 года станции скорой помощи была выдана санитарная машина марки «УАЗ». С 1 января 1991 года городская станция скорой помощи вновь была выделена в самостоятельное лечебное учреждение [88].

В Грузии в 1975 году имеется 74 станций скорой и неотложной медицинской помощи. Только в г. Тбилиси население обслуживают 84 бригады СМП. В 1972 г. в Азербайджане создана сеть учреждений по оказанию скорой медицинской помощи. Число станций скорой медицинской помощи в 1955 г. составляло 59, в 1960 г. - 67, а в 1972 г. – 79, объем обслуживания ими населения в 1972 г. по сравнению с 1955 г. увеличился более чем втрое [313].

В Кыргызстане решение об организации неотложной помощи на дому было принято на совещании врачей энтузиастов во главе с А.И. Смысловской в г. Пишпеке 23 мая 1921 года. В 1924 году при Пишпекской уездной больнице было организовано бюро скорой помощи, врачи которой (штат состоял из трех человек) выезжали на место вызова конным транспортом. Дальнейшее свое развитие служба получила в 1941 году,

когда была организована станция скорой медицинской помощи в г. Фрунзе (столица Киргизской ССР) [122].

В Узбекской ССР история образования службы скорой медицинской помощи берет свое начало с 20-х годов прошлого столетия, где в г. Ташкенте было 2 пункта скорой помощи, которые были оснащены лишь 12 ед. гужевого транспорта. По состоянию на 1 января 1922 года в пунктах скорой медпомощи работали 4 лекпома и одна акушерка, а также при пункте был организован дезотряд из 5 человек. В октябре 1924 года для оказания квалифицированной медицинской помощи в экстренных случаях в штат пункта скорой помощи было введено 3 должности врача. С февраля 1963 года по январь 1967 года было организовано 8 специализированных бригад, для которых готовились кадры из числа выездных врачей и фельдшеров на базах научно-исследовательских институтов Ташкентского института усовершенст- вования врачей [3; 270; 339].

Первый пункт скорой медицинской помощи был открыт 24 апреля 1926 в столице Таджикской Автономной Советской Социалистической Республики г. Душанбе при Республиканской клинической больнице, где работал врач и «лекпом» [303]. Ими в 1926 -1927 гг. было выполнено 6408 вызовов, в том числе 4378 первичных и 2130 повторных [283; 307].

Далее для налаживания работы скорой и неотложной медицинской помощи предусматривался специальный медицинский персонал только для г. Душанбе и областных центров республики.

Таким образом, неотложная помощь в её различных формах в разных странах мира берёт своё начало в разное время. Только в XIX веке научные открытия и достижения техники сделали возможным поставить вопрос об идее оживления человека. К сожалению, до настоящего времени отсутствуют исследования, освещающие становление и развитие медицинской помощи, в том числе и этапов оказания СМП населению Республики Таджикистан, чем и объясняется необходимость проведения данного научного исследования.

1.1.1. Функционирование догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи различных стран мира и оценка её эффективности

Скорая медицинская помощь, как самостоятельный вид медицинской помощи, представляет собой социально-значимую сложную многокомпонентную систему оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме на догоспитальном и госпитальном этапе [126; 127; 296].

В основу функционирования службы СМП заложены следующие принципы: доступность, оперативность, своевременность, полнота, высокое качество оказываемой помощи, обеспечение беспрепятственной госпитализации, максимальная преемственность [153].

В основную задачу службы СМП входит: организация и оказание скорой медицинской помощи заболевшим и пострадавшим на месте и во время их транспортировки в стационары; совершенствование профессиональных знаний и практических навыков медперсонала; развитие и совершенствование организационных форм и методов оказания СМП населению; ликвидация медицинских последствий ЧС [261; 292].

По данным Михайловича В.А. и соавторов (2001), в основе организации службы СМП лежат отечественные и зарубежные модели, на которых построена вся многоуровневая организационная структура работы выездных бригад мира [260].

Согласно исследованиям вышеуказанных авторов, станции (отделения) СМП по географическому признаку делятся на городские и сельские. По типу административного управления (и финансирования) отмечают самостоятельные станции, объединенные с учреждениями стационарного типа. По оказанию экстренной медицинской помощи служба СМП разделяется на скорую и неотложную медицинскую помощь, при этом станции СМП могут быть созданы без создания службы неотложной медицинской помощи. Далее авторы по ведомственной принадлежности и финансированию их делят на государственную и негосударственную службу СМП. Изучая различные модели службы СМП установили, что отечест- венные модели могут быть двухуровневой

врачебной, двухуровневой смешанной моделью с преобладанием врачебных или фельдшерских бригад, трехуровневой смешанной моделью, одноуровневой фельдшерской моделью. В зарубежных моделях имеет место двухуровневая модель с преобладанием парамедиков, одноуровневая врачебная модель (Европа), с правом передачи больного для транспортировки СМП, трехуровневая модель с преобладанием врачебных бригад (Европа). При выборе модели организации СМП учитывается место расположения СМП и количество жителей (сельский район; город с населением до 50 тыс. человек, до 100 тыс., до 500 тыс. и более, 1 - 1,5 млн., мегаполис), объем выполняемой работы (обращаемость в службу СМП, структура обращений) и уровень организации здравоохранения данного района или города [259].

В своих исследованиях Тараканова Л.И. (2007), Вёрткин А.Л. (2009) и Евдокимов Е.А. с соавторами (2010), указывают, что во Франко-Германской модели ЭМП (Франция, Германия, Швеция) на догоспитальном этапе работают врачи и техники, а в Англо-Американской модели (США, Австралия, Канада, Дания), в службе СМП (догоспитальный этап) задействованы техники или парамедики [46; 287; 346; 410].

Основной структурной единицей станции скорой медицинской помощи являются выездные бригады, которые делятся на врачебные, линейные, специализированные и фельдшерские бригады [144].

Оптимальным считается, когда соотношение линейных врачебных и фельдшерских (акушерская и транспортная) бригад составляет 1,2:1. Для специализированных бригад это соотношение составляет уже 3,7:1, при этом профильность использования спецбригад составляет 30-44,8% [2; 37; 131; 260; 282].

Исследованиями ряда авторов установлено, что за последние 25 лет в Российской Федерации обеспеченность специализированными бригадами возросла с 0,2 до 0,22 на 10 тыс. населения [324]. В Республике Казахстан

удельный вес специализированных бригад составил - 7,6%, станции СМП г. Минск – 39,2% [53; 273; 324].

Многие авторы считают, что увеличение количества бригад требует бесконечного количества ресурса и практически не влияет на снижение интенсивности нагрузки на бригады СМП. В данной ситуации экономически оправдано рациональное размещение бригад в радиусе 15-ти минутной доступности экстренной первичной медицинской помощи [29; 32; 83; 353].

По данным С.Ф. Багненко и соавторов (2014) в Российской Федерации доступность скорой медицинской помощи в течение 20 минут составила в 2012 г. - 81,1%, от 21 до 40 мин. - 13,9 %, от 41 до 60 мин. - 3,1% и более 60 мин. - 1,9% [20; 125].

В работе Бойкова А.А. (2006) и Фиалко В.А (2010) указано, что большинство опрошенных сотрудников СМП (90%) подтверждают, что около 50% врачебных вызовов может быть выполнено фельдшерскими бригадами и они являются хорошей альтернативой получившим распространение за рубежом парамедицинским бригадам [35; 295]. В Ленинградской области РФ доля фельдшерских бригад составляет до 73,6% [19]. По данным Шляфер С.И. (2016) за последние 25 лет в Российской Федерации обеспеченность фельдшерскими бригадами возросла с 1,69 до 1,75 на 10 тыс. населения [324].

Есть мнение, что расширение фельдшерских бригад возможно в условиях организации отделений неотложной медицинской помощи при многопрофильных стационарах и небольшого радиуса обслуживания [35; 300].

Среди основных аргументов, выдвигаемых против фельдшерских бригад, является отсутствие подготовленных к самостоятельному оказанию медицинской помощи фельдшеров. Диагностические, тактические ошибки у фельдшеров СМП встречаются в 1,5 раза чаще и достигают до 56% [117; 150]. Курбанов М.К. (2015) установил, что доля обоснованных вызовов с установленными дефектами качества помощи составляет 19,8%.

Частота рецидивов дефектов составила в среднем 2,3 на 1 врача и 3,2 на 1 фельдшера [112]. По данным Барсукова И.М. (2015), 80-85% дефектов при обслуживании вызовов связаны с организационной технологией [28].

Некоторые авторы сообщают об эффективном опыте разделения службы на скорую и неотложную медицинскую помощь в мегаполисе (г. Санкт-Петербург), где количество вызовов на улицах и в общественных местах значительно [26; 35; 124].

В развитых зарубежных странах при организации службы СМП на первый план выступают экономические аспекты. Использование парамедиков в службе СМП обходится в 5-6 раз «дешевле», чем врачебные бригады, а по данным П.В. Авитисова (2012) это услуга обходится всего на 20% дешевле [6; 48; 101; 347; 392]. Отдельные авторы указывают на эффективность функционирования двухуровневой системы СМП, т.е. взаимодействия пожарной и парамедицинской службы [359].

По мнению ряда авторов, основными причинами высокой потребности в СМП является ухудшение здоровья населения, снижение уровня жизни населения вследствие социально-экономического кризиса [61; 137; 140; 272].

По данным Ивановой А.А. (2008), уровень обращаемости населения за последние годы составляет в среднем 364,2 вызова на 1000 населения (нормативный показатель по РФ - 318,0) [84]. В структуре обслуженных вызовов на первое место выступают болезни системы кровообращения - 23,2%, на втором травмы, отравления и несчастные случаи - 20,5% и третье место занимают болезни органов дыхания - 18% [42; 130]. Одной из нерешенных проблем СМП многие авторы считают выполнение этой службой несвойственных им функций (до 60%) [35; 92;117].

По данным Габибулаева Ф.А. (2012) и Бадирова Ш.Ш. (2013), из общего числа необоснованных вызовов СМП в 42,9% вызовов могли быть обслужены средним медицинским персоналом в поликлинике и от 39,3 до 40% врачом поликлиники [25; 50; 51].

В настоящее время СМП Республики Молдовы осуществляется Национальным научно-практическим центром ургентной медицины, включающей в себя специализированную больницу (на 600 коек), 5 подстанций СМП, 4 травматологических пункта и Республиканский центр медицины катастроф, а также 4 зональных станций СМП. Показатель вызовов на 1000 населения составляет 215,8 [166; 250].

В Республике Беларусь в 1990 году функционировало 7 больниц скорой медицинской помощи и 7 отделений экстренной и планово-консультативной помощи, число которых сохранилось до настоящего времени. Количество станций и отделений скорой медицинской помощи с 200 в 1990 году снизилось до 180 в 2008 году. Количество выполненных вызовов на 1000 населения составило 311,8 [82].

Зарубежные авторы отмечают, что Европейская модель организации догоспитального этапа скорой медицинской помощи предполагает участие врачей и парамедиков. Первая помощь на догоспитальном этапе осуществляется на основе отделений неотложной помощи госпиталей [364; 379; 399; 401; 408; 409].

В ряде Европейских стран (Финляндия, Германия, Франция, Норвегия, Швеция, Италия, Соединенное Королевство) парамедики (или техники) работают на догоспитальном этапе, также допускаются пожарные, имеющие навыки оказания первой помощи (Германия, Франция, Норвегия) [287; 342; 354; 356; 382; 385].

Врачебные вертолетные экипажи (4 ед.) имеются в г. Хельсинки и в некоторых регионах страны. Время выезда экипажа СМП установлено 5-7 минут (в городах) и 10-15 минут (в других регионах).

В Финляндии и Дании теоретическая подготовка персонала амбуланса продолжается в течение 2-х лет, а еще 2 года практическая. В Англии парамедиков и техников готовят на рабочем месте (станциях, отделениях неотложной помощи) и в университетах, а специалисты неотложной помощи проходят программу пятилетнего обучения. Длительность

обучения парамедиков EMS в Германии составляет 2 года [382; 383; 385; 394].

В Германии деятельность догоспитальных служб в основном направлена на немедленное транспортирование пострадавшего в отделения неотложной помощи функционирующих при больницах [361].

Временной интервал выезда в зависимости от вида экипажа и региона составляет - 5,2 минуты (для BLS- амбуланса) и – 7,7 минуты (для врачебного экипажа). Страховым компаниям и пациентам услуги EMS на 1 жителя обходятся - 36 DM в год [188; 356; 394]. Согласно исследованиям Таракановой Л.И. (2007), во Франции в штат амбуланса входят медицинские техники или пожарные. Также организованы 320 мобильных бригад интенсивной помощи (MICU) и реанимационные команды – Service Mobiled Urgenceetde Reanimation (реаниматолог, сестры-анестезисты). При госпиталях организованы отделения неотложной медицинской помощи (ОНМП) различного уровня [287].

В Дании на догоспитальном этапе в городах под руководством врачей анестезиологов, а в сельской местности под руководством врачей ВОП работают парамедики и медсестры. Диспетчерские центры (9 ед.) укомплектованы полицейскими или диспетчер–операторами, прошедшими специальное обучение [382].

В догоспитальной службе Норвегии имеется экипаж амбуланса, в состав которого входят врачи общей практики, пожарные бригады, Красный Крест. В оказании первичной медицинской помощи принимают участие 547 амбулансов и 37 медицинских судов с радиусом обслуживания 60 км. Показатель обращаемости населения составляет 100 на 1000 населения [385].

На госпитальном уровне имеется 40 госпиталей, где оказывается неотложная помощь, включая 5 госпиталей, предназначенных для политравм [382].

В северных (горных) регионах Швеции (Гуттенберге, Стокгольме) служба СМП состоит и на геликоптерах (HEMS). По существующим в Швеции

стандартам 95% пациентов экстренную медицинскую помощь должны получать в первые 8–15 минут [354; 378; 382]. Особенностью службы г. Турина (Италия), где задействованы парамедики, является то, что часть пути следования экипаж проделывает с использованием метрополитена [373].

Служба EMS в Англии представлена парамедиками и техниками, координацию работы которых обеспечивает менеджер. Временной интервал доезда экипажа амбуланса определен до 15 минут, фактически 70% вызовов обслуживаются до 8 минут [342]. В отдельных случаях из экономической целесообразности и для сокращения времени доезда до 3-х минут (г. Норвич) парамедики используют велосипед [342; 360; 375; 407].

По данным Black J.J. и соавторов (2005), в Британии при госпиталях действуют 285 отделений неотложной медицинской помощи (EDs) [349; 370].

Служба скорой помощи Японии входит в структуру Агентства противопожарной защиты и противодействия бедствиям. За последние годы обращаемость населения за скорой помощью выросло на 20%. Из всех обслуженных пациентов 8,9% находились в тяжелом состоянии, в 49,9% случаев пациенты не нуждались в госпитализации [271].

В зависимости от региона в Польше различают областные, районные и городские станции скорой помощи. Для районных станций радиус обслуживания не установлен, однако может достигать до 50 км [367; 393].

В США служба скорой медицинской помощи базируется на амбулаторных и госпитальных учреждениях [386; 409].

В структуре EMS США, EMT - B составляют 53%, парамедики – 41%, остальные EMT-I. В экипаже американской скорой помощи, как правило, 2 человека. Минимум один из них (в некоторых штатах оба) - EMT-B или BLS – бригада (Basic Life Support – «базовое жизнеобеспечение»). Два парамедика это ALS бригада (Advanced Life Support – «продвинутое жизнеобеспечение»). Следует отметить, что подготовка членов пожарных команд и полицейских занимает 40-60 часов. Программа подготовки

техников скорой помощи состоит из 110 часов. Подготовка специалистов промежуточного и продвинутого уровня продолжается 1000 часов (250-500 часов теория, 500 часов практики при отделении неотложной помощи - ED). Врачебный персонал EMS США после годовой интернатуры дополнительно проходит резидентуру по специальности неотложной медицины (3-4 года). Начиная с 1979 года в США неотложная медицина, имеет официальный статус, как специальность (EM) [344; 352; 373; 377; 402; 403; 406].

В различных штатах США служба скорой помощи организована по-разному: подразделение пожарной службы, в котором пожарные имеют медицинскую квалификацию – 38%; отдельная служба – 23%; частная компания – 13%; в подчинении больницы – 7%; в подчинении пожарной службы – 4%; частная компания под общественным надзором – 2%; другие – 13,0% [371; 396].

В Эстонии действует унаследованная от бывшего Советского Союза единая государственная система службы скорой медицинской помощи. Отмечается высокая эффективность отделений неотложной помощи в больницах. Слабо развиты коммуникационные системы [129].

В Китае функционирует крупнейшая спутниковая система навигации. Система включает 2700 базовых станций спутниковой навигации, один общенациональный и 30 провинциальных центров обработки и передачи информации. Также система способна предоставлять услуги по определению местоположения транспорта, в частности, скорой медицинской помощи и городских служб. Особенностью функционирования службы СМП Китая является то, что она, как единая система, подчиняется Обществу Красного Креста [94].

В Республике Казахстан функционируют 24 самостоятельных станций, 227 отделений скорой медпомощи, из которых 67% находятся в нетиповых зданиях. Скорая медицинская помощь оказывается 3710 выездными бригадами: общепрофильные врачебные - 857 (23%), специализированные - 679 (18,3%), педиатрические - 284 (7,6%) и остальные составляют

фельдшерские бригады. По стране отмечается динамический рост обращаемости за скорой медицинской помощью, в среднем до 351 на 1000 населения [53].

В РФ до приезда бригады скорой помощи первая помощь пострадавшим практически не оказывается. Сотрудники ГАИ и другие силовые структуры, часто не справляются с задачей, несмотря на то, что в их уставах внутренней службы выделен пункт об обязательном оказании первой медицинской помощи [114].

В некоторых странах постсоветского пространства началась тенденция перехода служб СМП на парамедицинский уровень. В частности, в Украине фельдшер скорой помощи заменен на парамедика. Ассоциация экстренной медицины Украины находит в этом противоречие со многими нормативно-правовыми актами [43; 242; 253].

В Республике Казахстан утверждены требования к уровню образования парамедиков, включающие подготовку по программам оказания неотложной доврачебной медицинской помощи и наличие сертификата парамедика [195].

По мнению Елохина В.В. (2016), какую бы модель СМП не получила в дальнейшем, её развитие следует формировать в соответствии с современной стратегией государственной политики в области здравоохранения [64].

К сожалению, до настоящего времени отсутствуют исследования, освещающие становление и развитие медицинской помощи, в том числе и этапов обслуживания СМП населению в дореволюционном периоде и в период становления и развития здравоохранения Республики Таджикистан 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 представленя о развитии службы СМП в республике.

В Республике Таджикистан с переходной экономикой, унаследовавшей систему здравоохранения, аналогичную тем, которые существовали в других странах бывшего Союза, в реорганизации службы ПМСП в период обретения государственной независимости не произошло особых изменений по причине несправедливого, диспропорционального распределения государственных ресурсов в пользу учреждений вторичного уровня. Это подтверждается и исследованиями, где объем выделяемых финансовых средств на госпитальную службу составляет 76%, на учреждение ПМСП, включая службу СМП - 16% и санитарно-эпидемиологическую службу - 8% [54; 335].

Таким образом, анализ литературных данных функционирования службы скорой медицинской помощи в различных странах мира свидетельствует об определенных их особенностях и преимуществах. В частности: по администрированию (при структуре Красного Креста, Агентства противопожарной защиты и противодействия стихийным бедствиям, как самостоятельная служба, при госпиталях, при центрах здоровья и ЦРБ, как единая общенациональная система, смещанные варианты, при муниципалитетах); по системе управления службой (централизованные и децентрализованные); по этапу оказания скорой медицинской помощи (догоспитальная, госпитальная); по типу финансирования (государственный, государственный + сооплата, государственный + платные услуги, государственно–страховой, смешанный вариант), по типу государственно-частного партнерства (с государственным регулированием отдельных видов медобслуживания, с государственным регулированием всех видов медобслуживания, частная, альтернативная скорая медицинская помощь); по использованию видов транспорта (санитарные машины, смешанный вариант, санитарная авиация, геликоптеры, велосипед, метро, гужевой транспорт); по структуре выездных бригад (общеврачебных, специализированных, фельдшерских (акушерских), парамедицинские и парамедицинская трехуровневая) [259; 260].

Из вышеизложенного следует, что практически все современные системы службы СМП лишь, «преимущественные», так как практически ни в одной из стран мира указанные особенности и преимущества не представлены в чистом виде, без элементов других форм и систем. Более того, в ряде стран преимущественное развитие получает то одна, то другая система, чем и объясняется проведение данного исследования.

1.2. Нормативно–правовые аспекты деятельности догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи (недостатки, достижения)

До распада СССР деятельность службы скорой медицинской помощи регулировалось приказами Минздрава СССР: «Об улучшении обслуживания населения скорой и неотложной медицинской помощью» от 23.12.1961 г., №570; «О нормах оснащения учреждений здравоохранения санитарным транспортом и о режиме работы санитарного автотранспорта» от 25 марта 1976 г., №300; «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» от 23.10.1978 г., №1000; «Об утверждении форм первичной документации станции (отделений) скорой медицинской помощи» от 04.10.1980 г., №1030; «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению» от 20.05.1988 г., №404 [204; 210; 211; 212; 213].

В 60-е годы на основании методов теории массового обслуживания был предложен норматив, согласно которому 1 бригада скорой помощи выделяется на 10 тыс. населения, который не учитывает особенности рельефа местности и плотности проживания населения [86; 115; 204; 315; 320; 326].

Основу формирования штатов учреждений СМП составляют приказы Минздрава СССР №570 от 23.12.1961 г. «Об улучшении обслуживания населения скорой и неотложной медицинской помощью»; «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» №1000 от 23.10.1978 г.; «О нормах оснащения учреждений здравоохранения санитарным

автотранспортом и о режиме работы санитарного автотранспорта», №300 от 25 марта 1976 г. [204; 212; 213; 264; 268].

Приказом Минздрава СССР «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению» №404 от 20.05.1988 г., был определен статус больницы скорой медицинской помощи. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» от 26.03.99 г., №100 станции скорой медицинской помощи являются самостоятельными юридическими лицами, что привело к правовой неопределенности существования больниц скорой медицинской помощи и послужило причиной уменьшения численности больниц с 59 в 1999 г. до 47 в 2002 г. [139; 208; 210].

После распада СССР служба СМП в РФ претерпела существенные изменения. За период 1990 - 2014 гг. число станций (отделений) СМП уменьшилось на 12,7% (с 3042 до 2657), что связано с укрупнением медицинских организаций [262; 324]. По мнению Щепина О.П. и соавторов (2004), в здравоохранении РФ сложились две негативные тенденции: внедрение рыночных механизмов, приводящих к коммерциализации медицинских услуг и сокращению доступности медицинской помощи менее обеспеченным слоям населения [333].

Проведённый нами анализ показал, что приказ МЗ и СР РФ от 01.11.2004 г., №179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» с изменениями и дополнениями от 30.01.2012 г. не регламентирует понятия «неотложная медицинская помощь». Другим приказом Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» №65 от 30.01.2012 г. определен статус госпитального этапа СМП. Приказ МЗ РФ от 20.06.2013 г., №388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» определяет участие в оказании помощи медицинских работников на догоспитальном этапе. Постановлением Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 31.05.2006 г. №435 «Об установлении тождества наименования учреждения «станция скорой и неотложной медицинской помощи» учреждения «станция скорой и неотложной медицинской помощи» были переименованы в учреждение «станция скорой медицинской помощи» [103; 147; 164; 203; 208; 235; 236; 293].

Нормативно-правовые основы модернизации и рационализации ресурсов службы СМП были заложены Конституцией Российской Федерации, основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации приняты Государственной Думой 13 ноября 2009 года и одобрены Советом Федерации 18 ноября 2009 года, Федеральными законами РФ: «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», №326 от 29.11.2010 г. и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», №323-ФЗ от 21.11.2011 г. и постановлением Правительства РФ №546 от 01.09.2005 г. «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранными гражданами на территории Российской Федерации». Это позволило начать финансирование службы СМП (кроме санитарной авиации) в рамках территориальной и базовой программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования [103; 145; 187; 216; 279; 293; 294]. Багненко С. Ф. с соавторами в 2012 г. указывали о необходимости внедрения ОМС, с учетом особенностей службы СМП [21].

В приказе №625н от 14 сентября 2018 г. МЗ РФ «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» включены вопросы оказания палиативной помощи; об организации стационарного отделения скорой медицинской помощи; об оказании скорой специализированной, медицинской помощи по профилю "анестезиология и реаниматология" фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи; применение телемедицинских технологий [233].

Согласно, статьи 18 Закона Украины «О Национальной полиции», №580-V11 от 02.07.2015 г., полицейские обязаны оказывать неотложную, в частности домедицинскую и медицинскую помощь людям, пострадавшим в результате правонарушений, несчастных случаев, а также людям, которые оказались в беспомощном состоянии или состоянии, опасном для их жизни или здоровья; постановлением Кабинета Министров Украины №1115 от 21 ноября 2012 г., утвержден порядок подготовки лиц, которые обязаны предоставлять домедицинскую помощь и приказом Министерства экономического развития и торговли Украины от 26.10.2017 г., №1542 введены новые специальности: инструктор по оказанию догоспитальной помощи и инструктор по оказанию первой помощи [79;162;242]. Для их подготовки Министерством здравоохранения Украины приказом от 29 марта 2017 г., №346 утверждены новые учебные программы [239].

В Армении на основании Закона республики «О медицинской помощи населению» от 04.04.1996, №3р-47 осуществляется бесплатная медицинская помощь только в рамках государственной программы [69].

В РФ до 2013 года действовал норматив - 1 санитарный автомобиль на 10000 населения, а с 1 января 2013 г. введен новый норматив, в соответствии которым общепрофильные - врачебные (фельдшерские) выездные бригады СМП организуются в зависимости от плотности проживания населения и радиуса обслуживания. В местах компактного проживания населения общепрофильные бригады организуются из расчета одна бригада на 10 тысяч обслуживаемого взрослого населения, одна педиатрическая бригада на 10 тысяч обслуживаемого детского населения с радиусом обслуживания 20 км.

В местах низкой плотности проживания населения при радиусе территории обслуживания 30 км выделяется 1 бригада СМП на 9 тысяч человек, при 40 км 1 бригада СМП на 8 тысяч человек, а при 50 км 1 бригада на 6 тысяч человек.

В муниципальных районах с численностью обслуживаемого населения более 100 тысяч человек организуются специализированные врачебные бригады, из расчета одна бригада на каждые 50-100 тысяч обслуживаемого населения, до 100 тысяч населения, возможно, организуется бригада интенсивной терапии из расчета одна бригада на 30-50 тысяч населения [204; 235].

Существующий в странах бывшего СССР норматив от 15 до 20 минутной транспортной доступности бригад скорой медицинской помощи не позволяет достичь эффективности реанимационных мероприятий более 10-15%, что вызвало необходимость разработки и внедрения системы сердечно-легочной реанимации, управляемой диспетчером по телефону [109; 208; 234; 235].

В Украине в случае отсутствия медицинских работников первую помощь должны оказывать сотрудники милиции, пожарной охраны, аварийных служб, водители транспортных средств и представители других профессий [151]. Аналогичная законодательная база принята и в Республике Узбекистан [274].

Оснащение автомобилей СМП медицинским оборудованием определяют с учетом конструктивного положения салона и его оснащения, автомобили скорой медицинской помощи разделяют по типам: А – для перевозки больных (пострадавших); тип В – для оказания экстренной медицинской помощи; тип С – для реанимации и интенсивной терапии [58; 218].

На территории Республики Узбекистан в 2018 году был установлен норматив 1 санитарный автомобиль с носилками на каждые 13000 человек, и количество реамобилей не менее 10% от общего количества линейных бригад. На каждые 20 км предусмотрен 1 санитарный автомобиль с носилками (для обеспечения работы притрассовых медицинских пунктов). Ранее установленные нормативы по сроку эксплуатации санитарного транспорта с 5 лет увеличен до 8 лет.

В Молдавии принят норматив 0,7 единиц санитарного транспорта на 10 тысяч населения, с радиусом обслуживания до 25 км, в Республике Беларусь 0,8 бригад на 10 тыс. населения [166; 190; 200; 201].

В Республике Казахстан регламент выезда бригад СМП с момента получения вызова до передачи для обслуживания бригад СМП определяется перечнем категории срочности вызовов: 1-3 категория срочности – до 5-ти минут; 4-5 категория срочности – до 20 минут; 6 категория срочности – до 30 минут. Время доезда бригад СМП до пациента в зависимости от срочности вызова составляет: 15 минут – при 1-3 категории срочности; 25 минут – при 4-5 категории; 30 минут – при 6 категории [165; 202]. Также на основании регламента оказания скорой и неотложной медицинской помощи устанавливаются сроки выезда бригад СМП после получения вызова при вызовах «по скорой помощи» до 4-х минут, экстренные перевозки до 30 минут и плановые перевозки до 90 минут [225].

В государственной программе развития службы скорой медицинской помощи на 2006-2010 гг., утвержденной постановлением Правительства Республики Молдовы №504 от 22.05.2006 г., предусмотрено сокращение времени выезда (от принятия вызова до выезда) до 90 секунд и времени прибытия (с момента получения вызова до прибытия на место) – до 10 минут в городской местности и 15 минут в сельской местности. В Украине установлен норматив предоставления экстренной медицинской помощи в пределах 10 минутной транспортной доступности в городах и 20 минутной транспортной доступности в сельской местности [166; 238].

В Украине утверждена государственная программа создания единой системы предоставления экстренной медицинской помощи, согласно которой догоспитальная и госпитальная служба объединены в единую.

В Узбекистане станции (отделения) скорой медицинской помощи были объединены с филиалами Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и отделениями экстренной медицинской помощи в составе районных и городских больниц [163; 238; 291].

Имеются разные подходы в формировании структур бригад СМП. Так в нормативных актах Республики Беларусь количество общеврачебных бригад СМП предусмотрено не менее 25%, а специализированных включая интенсивной терапии до 50% от количества общеврачебных [85; 200].

В РФ в 2011 году разработана «Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» [240]. В Республике Кыргызстан в 2012 году был организован Центр электронного здравоохранения с последующим принятием «Программы электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2016-2020 годы» [223; 248]. В рамках реализации государственной программы «Информационный Казахстан – 2012», принята Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013 - 2020 годы [104]. С 1992 года функционирует Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, в структуре которого предусмотрен отдел автоматизации организаций здравоохранения [191; 224].

В своих исследованиях ряд авторов отмечают сложности существующих юридических вопросов информационных технологий в здравоохранении, включая проблемы защиты физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных, правовые аспекты, нормативы финансирования [66; 263; 327; 358].

Множество исследований в основном посвящены вопросу неэффективности нормативно-правовой базы, регламентирующее вопросы организации СМП, сложившиеся в период 70-80-х годов [52; 84; 107; 118; 141; 260; 297].

Нормативно–правовая база службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан до сих пор основывается на действующих, на территории РТ приказах и инструкциях, утвержденных соответствующими приказами МЗ СССР, которые не соответствуют современным требованиям и не дают желаемого результата [76; 204; 210; 211; 213].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что действующие нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи до сих пор основываются на приказах и инструкциях Минздрава СССР, которые не соответствуют современным требованиям и не дают желаемого результата, что требует их пересмотра [76].

1.3. Вопросы реформирования догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи в современных условиях

Реформа службы скорой медицинской помощи с точки зрения системного подхода представляет собой инновационный процесс, который предусматривает внедрение технических, организационных, медицинских и экономических инноваций [96].

Различные аспекты совершенствования службы скорой медицинской помощи отражены в работах многочисленных авторов [16; 18; 35; 278; 299; 331].

Другие авторы отмечают существующий финансовый дефицит, диспропорцию финансирования службы СМП, проблему оснащения службы СМП санитарным транспортом, современными средствами связи, обеспечением лекарствами и медицинским оборудованием [4; 8; 143; 148; 226; 288; 400].

По данным множества авторов, отстающие темпы структурных преобразований в системе здравоохранения связаны, прежде всего, с недостатками управленческого характера в вопросах использования экономических механизмов [146; 319].

Основной задачей реформирования сектора здравоохранения является сокращение коечного фонда в пользу реструктуризации стационарного звена, с развитием стационаро-замещающих технологий и снижения нагрузки на линейные бригады [332].

По данным Шляфер С.И (2009), в структуре финансовых расходов основных видов медицинской помощи на долю скорой медицинской помощи приходится - 7,2%, на амбулаторно-поликлиническую - 31,5%, стационарную помощь - 58,6%, стационар-замещающие формы - 2,7% [323].

В различных государствах и на различных этапах развития служба скорой медицинской помощи, как ресурсоемкий вид медицинских услуг, систематически подвергается реорганизации в пользу объединения с другими структурами, созданию единой службы или же разделению её на станцию скорой помощи и пункты неотложной помощи при поликлинической сети [35; 285; 309; 317].

По данным Бойкова А.А. (2007) и многих других авторов приказ Минздрава СССР от 20.05.1988 г., №404 о мерах по передаче неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинической службе остался невыполненным почти повсеместно [35; 36; 134; 208; 210; 277].

Другие авторы еще в 70-90 годы считали разделение служб скорой и неотложной медицинской помощи нецелесообразным, так как, по их мнению, при разделении служб экстренной помощи проигрывает больной, который лишается квалифицированной помощи [33; 39; 317].

По мнению Корнеенкова А.А. (2005) и других авторов предпочтение отдается процессам децентрализации здравоохранения, так как, это имеет ряд преимуществ: быть более гибким и быстрее реагировать на изменяющиеся обстоятельства и потребности. В то же время децентрализация может иметь негативные последствия, включающие дробление служб, ослабление центральных органов управления здравоохранением, неравенство в получении медицинской помощи [106; 351].

В ряде стран организованы муниципальный, региональный и национальный уровни, которые способствуют упорядочению работы службы СМП. В Российской Федерации на национальном уровне (НИИ скорой помощи им. Склифосовского Н. В., НИИ скорой помощи им. Дженалидзе И.И.) разрабатываются научно – обоснованные направления

развития служб экстренной медицинской помощи и её взаимодействие со службами экстренного реагирования, включая медицину катастроф. В Республике Беларусь - это функция возложена на Министерство здравоохранения, в Республике Казахстан организован национальный холдинг в области здравоохранения, в Украине национальным уровнем считается Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф [80; 85; 98; 131; 318].

В целях развития госпитального этапа службы СМП некоторые авторы предлагают организацию отделения или палаты неотложной помощи в приемных покоях, где госпитализируются пациенты с неясным диагнозом [14; 93; 314; 343; 357; 395].

Исследования Берснева В.П. и соавторов (2002), Ивановой А.А. (2008) показали, что одной из организационных форм, направленных на улучшение показателей своевременности экстренного медицинского обслуживания, может являться увеличение количества бригад скорой медицинской помощи, но эта форма, по данным многих исследователей, требует практически бесконечного количества ресурсов [32; 84].

По данным некоторых авторов, в целях экономии фонда оплаты труда в отдельных регионах РФ была внедрена ресурсосберегающая технология в деятельности службы СМП, то есть, система фельдшерских бригад и организация службы консультативной помощи [27; 156; 323; 372].

Для улучшения доступности населения к экстренной первичной помощи Бухтиярова Э.В. (2005), предлагает внедрить оптимизационные мероприятия оперативного управления службой скорой медицинской помощи, направленные на сокращение временных затрат при обслуживании вызовов на этапах [42].

Для улучшения работы службы скорой помощи Иванова А.А (2008) предлагает: внедрение единых стандартов, алгоритмов и клинических рекомендаций; оказание помощи на стационарном этапе: создание пунктов неотложной медицинской помощи при поликлиниках; внедрение врача-консультанта в работу диспетчерской службы [84].

Валесян А.А. (2009) считает, что в сферу частно-государственного партнертсва (ЧГП) должны войти: социально-медицинское обеспечение детей, престарелых, инвалидов, скорая помощь, служба крови и медицина катастроф [44].

По данным Корнеенкова А.А. (2005), в США допускают самое широкое участие частного сектора в оказании медицинских услуг с государственным регулированием [106]. Наряду с реорганизацией службы появились тенденции в пользу организации единой системы управления службой СМП. В РФ как на федеральном уровне, так и в регионах начали организовывать научно-клинические и организационно - методические центры экстренной медицинской помощи с филиалами в регионах, включающие в свой состав: координационно-диспетчерскую службу (подстанции скорой медицинской помощи; диспетчерскую «03»; диспетчерскую службу санитарной авиации, штаб чрезвычайных ситуаций, склад с медикаментами, находящийся в распоряжении КЧС [1; 14; 117; 269].

В Республике Узбекистан функционирует новая служба системы здравоохранения – служба экстренной медицинской помощи (СЭМП) в виде Республиканского Центра экстренной медицинской помощи (РЦЭМП) с республиканской санитарной авиацией и службой СМП в г. Ташкент. В структуру центра входит 12 областных филиалов, имеющих в своем составе санитарную авиацию и службу СМП [291; 298].

Ряд авторов (Исаханов П.М.,1982, Шуматов В.Б., 2007, Вёрткин А.А., 2009) отмечают, что в регионах с разными условиями нет возможности создать единую модель и стандартизацию [45; 86; 328]. В своих исследованиях Эгамов Ф.К. и соавторы (2010) отмечают, что в силу исторически сложившихся общественно-государственных и политических устройств во многих постсоветских республиках в реорганизации учреждений ПСМП не произошло особых изменений [335].

В Республике Казахстан издан приказ, регламентирующий подготовку лиц без медицинского образования по оказанию доврачебной медицинской помощи [243].

Применение достижений современных информационных технологий в службе скорой медицинской помощи имеет особую актульность в силу социальной значимости, особенно в крупных городах [108; 141].

По данным Бухтияровой Э.В. (2005), вариант создания Единой Информационной Инфраструктуры (ЕИИ), являющейся основным компонентом предложенной оптимизационной модели деятельности СМП, принадлежит Янкину Ю.М. [42; 338].

Внедрение АСУ позволит рационально использовать имеющиеся ресурсы, для выполнения повышенного объема работы, смоделировать ситуацию для принятия оптимального решения, возможность выявления отклонения от нормативов.

Современные информационные технологии позволяют не только ускорять процесс сбора информации и её анализа, но и моделировать текущее состояние проблемы, генерировать возможные решения, корректировать способы и критерии формирования решения [9; 265].

Автоматизированная система управления, спутниковая система навигации и телемедицина в службе СМП позволяют увеличить доступ населения к оказанию первичной экстренной помощи на догоспитальном этапе, сэкономить материальные ресурсы и в конечном итоге снизить летальность и инвалидизацию населения. Орлов О.И. (2002) видит распространение телемедицины в широком внедрении телекоммуникаций (цифровой связи) и растущую потребность в оказании медицинской помощи на расстоянии [149].

По данным Marsh A. (2003) и Казанцева А.П. (2009), типовые системы мобильной ЭКГ для скорой кардиологической помощи с аппаратно-программной реализацией мобильного телемедицинского комплекса (МТК) на основе коммуникаторов, обеспечивает при скорой помощи

исключение пропусков срочной госпитализации и сокращение на 60% общего числа транспортировок больных [89; 388].

В некоторых городах Российской Федерации функционируют дистанционно-диагностические центры в области транс-телефонной передачи ЭКГ для получения информации о состоянии сердечно-сосудистой системы [322].

Британская служба "Скорой помощи" за счет использования системы клинической поддержки Odyssey компании Advanced Health & Care ежедневно отменяет 16% ежедневных вызовов «Скорой помощи» с помощью подходящего для каждого конкретного случая консультирования по телефону [149].

Согласно исследованиям, множества авторов, с внедрением общей врачебной практики встал вопрос о реорганизации службы скорой и неотложной помощи в службу скорой помощи. Для этого врачей общей практики (ВОП) необходимо наделить соответствующей компетенцией, должным организационно - правовым регламентом работы и др [8; 59; 60; 98; 113; 147; 152].

По мнению многих зарубежных авторов на эффективность взаимодействия службы СМП и амбулаторно-поликлинической сети отрицательно влияет растущая фрагментация здравоохранения [38; 312; 348; 350; 362; 366; 374; 384; 389; 390; 391; 398; 405].

Солодовник А.Г. (2004) считает, что слабое взаимодействие врачей СМП и поликлиник связано с отсутствием общих информационных систем [15; 275].

По мнению Бекиной Г.В. (1991), фактический уровень преемственности между СМП и АПУ крайне низок и составляет 5% от всех обращений за СМП терапевтического профиля [30]. Мясников А.О. считает, что вся преемственность ПМСП с СМП сводится только к обмену информацией [133]. В Соединенное Королевство в ПМСП врачи ВОП тесно работают с врачами СМП путем организации круглосуточного дежурства врачей ВОП (на дому). При экстренных ситуациях зачастую к пациенту сначала

приезжает врач ВОП, потом он организует вызов бригад СМП.

В настоящее время в условиях частого возникновения террористических, техногенных и природных чрезвычайных ситуаций (ЧС) необходима качественно новая комплексная система мероприятий по развитию и оптимизации СМП, развитие взаимодействия и координации деятельности всех ведомств и служб, обеспечивающих оказание экстренной медицинской помощи на всех этапах медицинской эвакуации [111].

Современная практика взаимодействия медицинских служб при ЧС показывает отсутствие четкой координации действий профильных служб. В обычной практике первыми на ЧС реагируют станции и отделения скорой медицинской помощи. Чагин В.П. ещё в 90-е годы предлагал пересмотреть статус системы СМП, повысив её самостоятельность, и включить её в систему аварийно-спасательных служб [91;311].

В исследованиях зарубежных авторов отражены взаимодействия персонала СМП с полицейскими и спасателями при проведении учений с использованием информационно - коммуникационных средств [341; 376].

В странах СНГ существует совещательная система взаимодействия в области медицины катастроф, призванная обеспечить взаимодействие и взаимопомощь в случае возникновения ЧС [266].

В Республике Таджикистан взаимодействие служб экстренного реагирования координируется Национальным комитетом. Служба скорой медицинской помощи и санитарная авиация функционируют с децентрализованной системой управления. Научные исследования в этом направлении малоинформативны и нуждаются в детализации.

Таким образом, существующая ситуация в оказании СМП в Республике Таджикистан состоит в том, что в каждом районе при ЦРБ существуют отделения скорой и неотложной помощи. Каждое отделение оснащено машиной скорой помощи, где работает врач. Пациенты в критических ситуациях вызывают службу скорой медицинской помощи, приезжает врач и оценивает ситуацию. Если пациенту потребуется госпитализация, то его доставляют в больницу на машине скорой помощи. Этот вид услуг ограничен

из-за сравнительно большого расстояния между больницами, плохой системы коммуникации и недостатка машин скорой помощи. В настоящее время в стратегии развития учреждений первичного здравоохранения республики в части неотложной медицинской помощи на уровне ПМСП предложено в функцию интегрированного первичного здравоохранения ввести оказание круглосуточной неотложной помощи, которая могла бы обслуживать географически компактные территории в больших городах и отделения (центры) неотложной помощи. Многие пациенты, которые живут недалеко от этих центров, смогут сами обратиться или отправить родственников в эти центры. Будет возможность организовать работу врача таким образом, чтобы обеспечить центр врачами в течение 24 часов в сутки. Врач оценивает актуальность вызова, начинает лечить и при необходимости может отправить машину скорой помощи.

Конечной целью в данном случае будет интеграция оказания неотложной помощи первичным звеном здравоохранения. Преимущество в том, что пациент осмотрен врачом, всесторонне который знаком с местными условиями быта населения. В последующие годы подобные принципы реформирования первичного сектора были приостановлены.

Проведенный литературный обзор показал, что неотложная помощь в её различных формах и проявлениях в разных странах мира берёт своё начало в разное время. При этом в зависимости от социально-экономической ситуации и политического уклада стран в организации службы СМП использованы различные силы, средства и формы управления.

В ходе изучения опыта различных стран прослеживаются неиспользованные ресурсы, включая и Республику Таджикистан. Проведенный обзор также показал, что в Республике Таджикистан отсутствуют крупные исследования, освещающие становление и развитие медицинской помощи, в том числе и этапов оказания СМП населению.

Во всем многообразии в организации службы СМП прослеживается, что практически все современные системы службы СМП лишь,

«преимущественные», так как практически ни в одной из стран мира указанные особенности и преимущества не представлены в чистом виде, без элементов других форм и систем. Более того, в ряде стран преимущественное развитие получает то одна, то другая система.

Во многих странах мира отмечается незначительные, но динамичные изменения в формировании нормативно-правовой базы службы СМП, что нельзя казать о ситуации в Республике Таджикистан, где за последние десятилетия не произошло существенных изменений.

Действующие нормативно–правовые акты, регламентирующие деятельность догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи, до сих пор основываются на приказах и инструкциях Минздрава СССР, которые не учитывают климатогеографические, демографические и социально-экономические условия.

Практически во всех странах остается проблема выравнивания условий оказания скорой медицинской помощи и обеспечения равной ее доступности, а также внедрение единых технологических требований и стандартов оказания скорой медицинской помощи. Особенно это актуально в Республике Таджикистан, где 93% территории занимают горные массивы с неравномерной плотностью проживания населения.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что догоспитальная служба не изучена полностью, не использованы её ресурсы, а значить требует дополнительного изучения, что является целью настоящего исследования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в службах скорой медицинской помощи и медицинских учреждениях ведомтсвенных организаций Республики Таджикистан. Объектами исследования былн медицинские службы ведомственных учреждений, самостоятельные станции (отделения) СМП, ЦЭМП, входящие в состав городских больниц и ЦРБ, а именно: по городу Душанбе (Городской центр экстренной медицинской помощи, Центр экстренной медицинской помощи при ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»); по РРП (Центр экстренной медицинской помощи г. Турсунзаде и отделения СМП в городах Вахдат, Рогун, Гиссар, отделения СМП в районах Варзоб, Лахш, Нуробод, Рудаки, Рашт, Сангвор, Таджикобод, Файзобод, Шахринав); по Хатлонской области (Центр экстренной медицинской помощи г. Бохтар, Центр экстренной медицинской помощи г. Куляб, отделения СМП в городах Нурек, Леваканд; отделения СМП в районах Куляб, Балджуван, Хисрав, Кушониён, Вахш, Восе, Хуросон, Дангара, Дусти, Кубодиён, Дж. Балхи, Джайхун, Хамадони, Муминобод, Пархар, Пяндж, Темурмалик, Ховалинг, А. Джоми, Шаартуз, Ш. Шохин, Яван); по Согдийской области (Станции СМП в городах: Худжанд, Канибадам, Пенджикент, Б. Гафурова, Гулистон; отделения СМП в городах Истиклол, Истаравшан, Бустон; отделения СМП в районах Айни, Ашт, Деваштич, Зафаробод, Исфара, Дж. Расулова, Кухистони Мастчох, Мастчох, Спитамен, Шахристан); по ГБАО (станция г. Хорог, отделения СМП в районах Ванч, Дарвоз, Ишкашим, Мургаб, Рошткала, Рушан, Шугнан).

Предметом изучения была история организации скорой медицинской помощи и её развитие, организационно-методическая и лечебная деятельность учреждений, осуществляющих догоспитальную медицинскую помощь, её взаимодействие со службами экстренного реагирования в новых экономических условиях в различных административных регионах Республики Таджикистан.

Одним из основных направлений исследования выбрано изучение существующей нормативно–правовой базы, регулирующей деятельность по организации службы медицинской помощи населению. В ходе работы по выбранной теме были изучены и использованы 80 документов, в том числе 11 законов Республики Таджикистан [70; 71; 72; 73; 74; 75; 76; 77; 78; 97; 102], 26 постановлений Правительства Республики Таджикистан [55; 56; 57; 97; 105; 160; 161; 167; 168; 169; 170; 171; 172; 173; 174; 175; 176; 177; 178; 179; 180; 181; 182; 183; 184; 185; 186; 280; 281], 3 постановления Совета министров СССР [192; 193; 194], 6 приказов Министерства здравоохранения Республики Таджикистан [227; 228; 229; 230; 231; 232] 7 приказов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан [198; 199; 217; 219; 220; 221; 222], 12 приказов Министерства здравоохранения СССР [204; 205; 206; 207; 209; 210; 211; 212; 213; 217; 237; 246], 2 приказа Министерства здравоохранения Тадж. ССР [214;215], 4 приказа ЛПУ [196; 197; 244; 245], решение медицинского совета [255], материалы 6 коллегий Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан [17; 119; 120; 254], а также материалы коллегии Управления здравоохранения г. Душанбе [121], распоряжения Президента Республики Таджикистан [252], распоряжения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Министерства финансов [251], решение местных властей [256; 257; 276].

Изучены архивные материалы Центрального государственного архива Тадж. ССР [301; 302; 303; 304; 305; 306; 307]; архивного Института истории партии при ЦК КП Таджикистана [13]; Кулябского отдела государственного архива по Хатлонской области [40]; архивные материалы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе [11]; архивные материалы администрации станции скорой медицинской помощи г. Худжанда [10]; архивного отдела Исполнительного органа местной государственной власти районов республики; архивного

отдела Исполнительного органа государственной власти по Хатлонской области [12].

Нами изучены материалы Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (за период 2002-2017 гг.), также информация и материалы других министерств и ведомств, имеющих отношение или влияющих на работу службы СМП, в частности Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан [7].

В целях изучения вопроса доступа населения к услугам СМП изучены особенности географического рельефа страны. Установлено, что Республика Таджикистан имеет свои особенности. Территория республики общей площадью 143,1 тысяч кв^2, по характеру поверхности - типичная горная страна с абсолютными высотами поверхности от 300 до 7495 метров, 93% её территории занимают горы, относящиеся к высочайшим горным системам Средней Азии - Тянь-Шанской и Памирской. Население, в основном, проживает в долинах и у водных источников. Это обуславливает большую неравномерность в размещении населения по территории республики.

По специально разаработаному вопроснику были получены данные учреждений СМП о 15-минутном доступе населения к СМП в разрезе населенных пунктов.

В целях оптимизации координации деятельности службы СМП с другими службами экстренного реагирования нами изучены особенности регионов республики с точки зрения возникновения стихийных бедствий, природных катаклизмов, техногенных аварий и катастроф, а также вызванных ими чрезвычайных ситуаций.

В силу высокого уровня числа потенциально опасных объектов, значительной концентрации населения в сейсмоопасных регионах в настоящее время угрозу представляет не только сильные, но и землетрясения средней интенсивности.

Кроме того, представляет опасность прорыв плотин гидроузлов (Нурек, Кайракум, Сарез и др.), что может явиться причиной катастрофических наводнений. Ярким примером является наводнение вследствие прорыва Саргазинского водохранилища в 1986 году.

Особой опасностью отличаются мощные селевые потоки, достигающие предгорных территорий. Продолжительность селеопасного периода колеблется от 2,5 до 4 месяцев (обычно с мая до августа). Наиболее лавиноопасны горы Раштской долины и ГБАО, где имеются благоприятные условия для их образования. Здесь насчитывают около 100 лавинных очагов,в которых проживает более 600 тыс. человек.

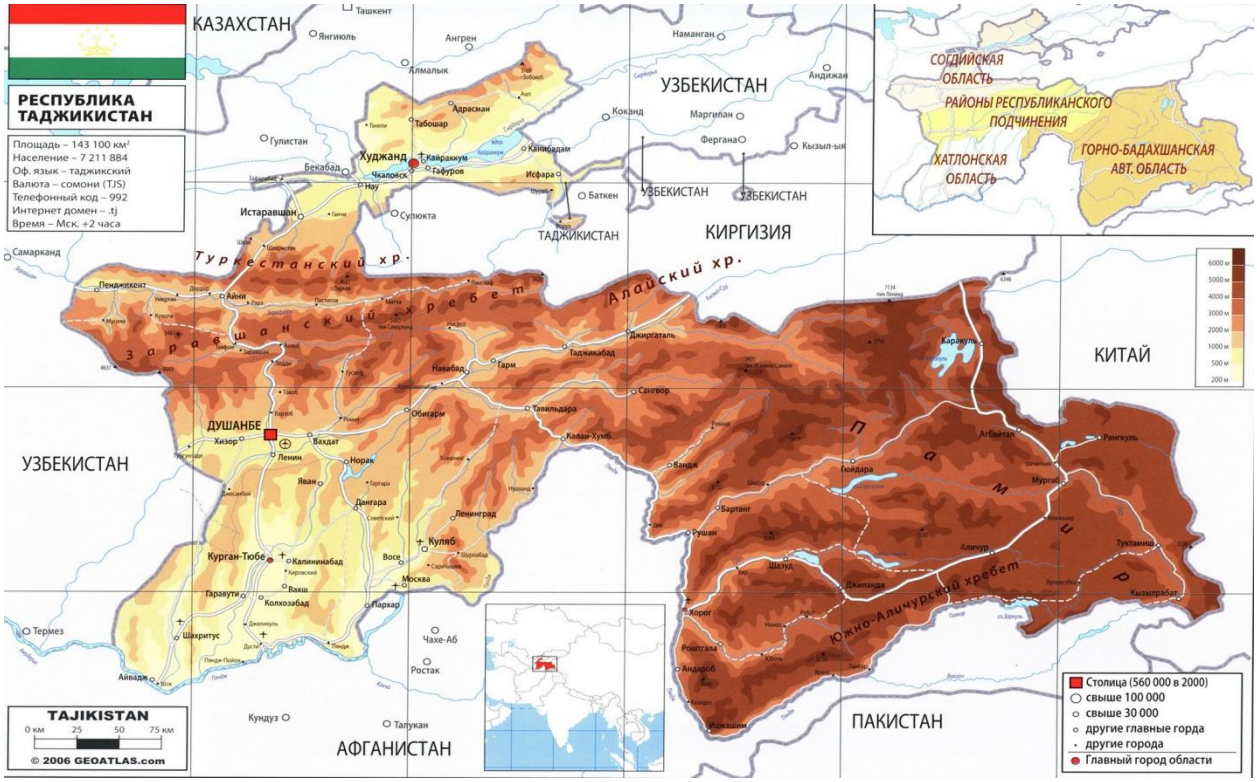


Рисунок 2.1. - Рельефная карта Республики Таджикистан

Наибольшее количество оползней образуется в бассейнах рек Вахш, Кофарнихон, где на площади 28,8 тыс. км имеется 808 реализованных и 202 действующих оползня. Всего в Таджикистане зарегистрировано наличие 18690 оползней за период 1924 по 2008 гг. Нередко тела таких завалов служат естественными плотинами для горных озер (Сарезское озеро, 1911

г.). Происхождение многих крупных оползней и обвалов связано с сильными землетрясениями (Хаит, 1949 г.).

Наряду с этим обострилась проблема оползней, возникающих при осуществлении хозяйственной деятельности, в частности, в 1989 году при размывании склона холма вследствие функционирования поливочного канала отмечался оползень в селении Шарора, в результате которого погибло 279 человек.

В Республике Таджикистан из особо опасных инфекционных заболеваний встречаются чума, холера, бруцеллез, сибирская язва, крымская геморрагическая лихорадка, брюшной тиф и бешенство. Наиболее вероятный риск возникновения инфекции может наблюдаться в приграничных районах республики с Афганистаном (Шаартуз, Кумсангир, Пяндж, Пархар и Хамадони).

Стихийные бедствия могут спровоцировать опасные вторичные явления: аварии, катастрофы, инциденты, связанные с пожарами, взрывами, выбросами сильнодействующих ядовитых, радиоактивных и биологически опасных веществ, внезапные обрушения зданий и сооружений, прорывы плотин, нарушения в электроэнергетических и коммуникационных системах жизнеобеспечения.

В связи с этим изучена законодательная и нормативная базы служб экстренного реагирования в области защиты населения и территорий от стихийных бедствий, в том числе от техногенных аварий и катастроф и вызванных ими чрезвычайных ситуаций. Установлено, что вопрос организации медицины катастроф в республике не получил должного развития по причине дефицита финансовых средств.

Повседневная практика показывает, что служба СМП одной из первых оказывается на месте чрезвычайных происшествий. Существующая система «112» среди населения пока еще не популяризирована, население в большей степени обращается на «03» и «103».

В целях правильного размещения и разработки новых подходов к организации службы СМП нами изучены некоторые демографические

показатели регионов страны. В Республике Таджикистан имеется 18 городов, в которых проживают 2311,5 тыс. человек. Из них 52,7% - в крупных городах (число жителей более 100 тыс. чел.), 13,7% - в больших городах (число жителей 40 - 100 тыс.), 27,5% - в средних городах (число жителей менее 10 - 40 тыс. чел.), 6,2 % - в малых городах (число жителей менее 10 тыс. чел.).

Плотность проживания населения по республике составляет 61,8 человек на км^2. В городах, где плотность проживания составляет 500 на 1 км^2, проживают 3,5% городского населения; с плотностью более 300 чел. на 1 км^2 - 10,5%; более 100 чел. на 1 км^2 - 26,6%, более 50 чел. на 1км^2 - 26 3%, менее 10 чел. на 1 км^2 - 14% городского населения. Высокое колебание плотности проживания населения отмечается в ГБАО, что составляет от 0,4 (Мургаб) до 8,1 (в среднем 3,5 чел. на 1 км^2), что связано с географическими особенностями региона.

Наибольший интерес представляет город Душанбе, где плотность проживания населения составляет более 8000 человек на 1 км^2, здесь проживает 1,7 % от общего числа городских жителей республики. По состоянию на 01.01.2017 г., число жителей столицы составило 816200 человек (с учетом не учтённого населения - около 1 млн. чел.). В городе Душанбе - столица Республики Таджикистан сосредоточены крупные объекты, представляющие интерес с точки зрения возникновения ЧС: железнодорожный вокзал; международный аэропорт; сеть пассажирских автопредприятий и др. Аналогичная ситуация с менее выраженным риском ЧС имеется в городах Худжанд, Куляб, Бохтар, Турсунзаде и Яванский район.

Изучение эффективности лечебной работы службы СМП включило анализ формы 109/у - журнал записи приема вызовов скорой медицинской помощи, 114/у – сопроводительный лист станции СМП и талон к сопроводительному листу, 110 - карта вызова станции СМП, 115/у - отчет станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи и формы №40 - Отчёт станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи,

утверждённый приказом Минздрава Республики Таджикистан №342 от 07.12.2000 г.

В этих целях была проведена экспертная оценка 20175 карт вызовов СМП. Анализ обслуженных вызовов проводился по нижеследующим критериям: оперативность диспетчерской службы; поло-возрастная структура респондентов; распределение вызовов по часам суток; время поступления вызова до передачи бригады; время доезда бригад СМП до места происшествия; время нахождения бригад СМП у пациента; организация приема экстренных больных в приемных покоях стационаров.

В целях изучения существующих проблем и перспектив развития службы СМП было проведено анкетирование сотрудников СМП (врачей и фельдшеров) по специально разработанным формам (Приложение 1). В анкете отражены вопросы, касающиеся нагрузки бригады СМП, медикаментозной и технической обеспеченности, оперативности, о платных услугах и перспективах развития службы СМП, социально–правового статуса службы СМП, о престиже профессии врача СМП. Анкетированием также охвачены вопросы интеграционной работы врачей СМП и семейных врачей (приложения 2, 3), позволившие определить степень их взаимодействия.

Основной целью социологического опроса населения о деятельности СМП явилось выявление недостатков в работе службы, получение ответов на важные вопросы, требующие адекватного решения проблем рационального использования людских и материальных ресурсов, стимулирования персонала с целью повышения качества оказываемой помощи.

Для выяснения мнения пациентов о положительных и отрицательных сторонах деятельности службы СМП, затруднениях при получении качественной медицинской помощи нами проведен социологический опрос пациентов по специально составленной анкете (приложение 4).

В анкетировании учтены нижеследующие параметры и факторы: поло-возрастная структура, социальный статус, структура и кратность

обращаемости за скорой медицинской помощью, степень удовлетворенности респондентов услугами СМП и приемных покоев стационарных учреждений, престиж и важность профессии врача СМП, отношение к платным услугам в службе СМП, уровень профессионализма сотрудников СМП.

Нами изучены и детально проанализированы статистические данные службы скорой медицинской помощи за период 2002-2017 гг., исходящие из формы 40 – отчеты станций (отделений, больницы) СМП и формы 17 – отчет о медицинских кадрах, утвержденных приказом Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан «Об утверждении государственной формы отчетности» от 11.11. 2013 г., №54.

В ходе анализа материала проведена обработка параметров, позволяющих комплексно оценить количественные и качественные показатели службы СМП.

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.

В целях определения степени интеграции работы врача скорой помощи с семейными врачами был проведен ретроспективный анализ форм 12, 30 амбулаторно-поликлинической службы города Душанбе на предмет динамики роста фонда коек дневного пребывания; динамики пролеченных диспансерных больных; динамики вызова бригад скорой помощи, из числа вышеуказанного контингента за последнее 10 лет (2007-2017 гг.).

Также проведено анкетирование среди врачей СМП и семейных врачей касательно вопроса степени интеграции их работы.

При анкетировании учтены нижеследующие параметры и факторы: стаж работы опрашиваемых специалистов, оценка уровня интеграции.

Таким образом, при выполнении исследования использовались историко-аналитический метод, метод экспертных оценок, метод социологического опроса, метод системного анализа и современные статистические методы (расчет относительных и средних величин с определением их достоверности и достоверности их разности, показателей динамического ряда, проводился регрессионный анализ).

По результатам проведенного обзора литературы обобщены существующие в мире варианты и модели функционирования службы СМП. у

Установлено, что по администрированию служба скорой медицинской помощи находится в структуре различных ведомств, как самостоятельная система или же отмечается вариант объединения с экстренной помощью госпитального этапа. Существуют смешанные варианты - при приемных покоях, в структуре учреждений ПМСП. Сделаны попытки организовать госпитальный этап скорой медицинской помощи.

На основания существующих в мировой практике различных моделей СМП и социально-экономической целесообразности разработан алгоритм совершенствования службы СМП, включая переход на парамедицинский уровень.

Глава 3. ИСТОРИЯ ОРГАНИЗАЦИИ, СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗЛИЧНЫХ АДМИНИСТРАТИВНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

(собственные исследования)

3.1. История организации и развития службы скорой медицинской помощи в различных регионах Республики Таджикистан

Нами установлено, что до настоящего времени исследования, освещающие состояние службы скорой медицинской помощи населению Таджикистана в дореволюционном периоде, в периоды становления и развития советского здравоохранения, а также развития здравоохранения республики до и после обретения Государственной независимости, единичны и не дают представления о путях становления и развития этой службы в республике [2;3;58]. Имеющиеся брошюры и единичные статьи, и научные работы не дают полного представления о сложных этапах становления и развития первичного звена здравоохранения в Таджикистане.

В своих исследованиях Б.Г. Гафуров (1955) и Я.И.Таджиев (1974) отмечали, что по состоянию на 1913 год Таджикистан был распределен между несколькими административными территориями. Центральная и Южная части республики, расположенные к югу от Гиссарского хребта, включая нынешние районы Раштской группы и Западного Памира, входили в состав Бухарского ханства. Районы Северного Таджикистана - в состав Туркестанского края, причем Канибадам и Исфара с прилегающими к ним сельскими местностями и Восточный Памир относились к Ферганской области, а остальная часть Северного Таджикистана - к Самаркандской области [58].

В результате поиска ряда архивных материалов нами установлено, что на территории Бухарского ханства не было лечебных и фармацевтических учреждений, а также не имелось медицинских и фармацевтических кадров. Лечение больных в целом осуществлялось многочисленными табибами,

знахарями, бабками – повитухами, обычно не имеющими специального медицинского образования. Низкий экономический и культурный уровни жизни коренного населения, отсутствие какой либо - системы профилактических и противоэпидемических мероприятий приводили к широкому распространению различных заболеваний, особенно инфекционных и социальных. О заболеваемости населения можно судить лишь по некоторым литературным источникам. К ним можно отнести свидетельства отдельных путешественников и должностных лиц, в том числе и врачей, посетивших в прошлом эти места и обративших внимание на наличие множества разнообразных тяжелых заболеваний. По данным Д.Н.Логофета (1909, 1911), в Бухарском ханстве к этим заболеваниям относились лихорадка, зоб, сифилис, глазные болезни, туберкулез.

Сведения о состоянии медицинской помощи населению, проживающему непосредственно на территории нынешнего Таджикистана, очень скудны.

Нами установлено, что на этой территории в 1913 году работало всего 13 врачей и 38 лиц среднего медперсонала, в том числе 6 зубных врачей (на 10 тыс. населения приходилось 0,13 врача и 3,8 среднего медперсонала). По данным ЦГА Узб. ССР (ф.1, оп.5, ед. хр. 850, л.123), на этой территории функционировали городские больницы в городах Худжанд (на 15 коек) и Ура-Тюбе (на 5 коек), сельские лечебницы в Нау (с. Гулакандоз), Ура-Тюбе (с. Надеждино) и Пенджикенте (каждая по 6 коек), а также несколько амбулаторных пунктов (на 10 тыс. жителей приходилось около 0,4 больничных коек).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что все медицинские учреждения были сосредоточены, в основном, на территории нынешнего северного Таджикистана. Также установлено, что о здоровье подданных Бухарское ханство не проявляло никакой заботы. Как выяснилось, до конца Х1Х века на его территории не было лечебных учреждений, а также медицинских работников. По данным архивных материалов ЦГА Узб. ССР (ф.1, оп.29), смертность населения была высокой (25% к числу заболевших).

Бухарский эмир, опиравшийся на мусульманское духовенство, был против устройства лечебных учреждений. Нам удалось выяснить, что по настоятельному требованию русских, проживающих в Бухарском ханстве, а также передовых русских врачей в конце Х1Х века на территории ханства организованы первые лечебные учреждения. В 80-х годах Х1Х столетия в связи со строительством железной дороги открылись ведомственные амбулатории, где получала медицинскую помощь и некоторая часть населения близлежащих кишлаков. По данным Д.Н.Логофета (1909, 1911), другая часть населения ханства получала медицинскую помощь в созданных амбулаториях при царских воинских гарнизонах в пограничных районах ханства. Созданные амбулатории вначале содержались на средства Бухарского правительства (2 тыс. рублей в год взамен приема больных и бесплатной выдачи медикаментов). Через 2 года отпуск 2 тыс. рублей в год на приобретение медикаментов для всех амбулаторий показался Бухарскому правительству обременительным, и их выделение было прекращено, а амбулатории взамен бесплатного приема и бесплатной выдачи медикаментов взимали плату по 15 копеек (за совет вместе с лекарством).

В результате дальнейшего поиска архивных материалов нами установлено, что в Бухарском ханстве в 1913 году имелась русско-туземная больница и женская амбулатория в г. Бухаре, амбулатория при военном лазарете в Пата-Гиссар, городской приемный покой в Чарджоу и Керкинская амбулатория. Кроме того, установлено, что здесь функционировали также ещё несколько амбулаторий. Вот такое малое количество лечебных учреждений (с 25 - 30 койками) было предназначено для медицинского обслуживания населения ханства с населением более 3 млн. человек.

Первым лечебным учреждением на территории Бухарского ханства была русско-туземная больница, открытая в 1891 году в г. Бухаре со стационаром на 30 коек, амбулаторией и аптекой. Штат больницы состоял из 2-х врачей, 2-х фельдшеров и фельдшериц, а также провизора.

В исследованиях Усмона Шокира и соавторов (2008) указано о появлении в 70–е годы Х1Х века первых медпунктов в Худжанде, Нау, Ура-Тюбе, Пенджикенте и на Памире. В 1881 году была открыта первая глинобитная «русская» больница в Пенджикенте, где работали русские врачи.

Результаты исследования показали, что в более тяжелых условиях находилось население Памира. На всей обширной территории Памира (33500 квадратных вёрст) не имелось ни одного лечебного учреждения. По данным С.Н. Аверкиева (1905) – врача пограничной воинской части, население Памира было лишено медицинской помощи. Жители ютились в лачугах, скорее похожих на логовище зверя, повсюду царили грязь и нищета, отмечалось стощение вследствие хронического недоедания едва покрытых грязными жалкими лохмотьями таджикских мужчин, женщин и детей. Это с достаточной полнотой характеризует политическое, экономическое и культурное положение населения Памира, находящегося в то время почти на гране вымирания. Только с прибытием в конце Х1Х века на Памир русских воинских частей были открыты два приемных покоя - в Хорогском и Памирском пограничных частях. Их услугами изредка пользовались и местные жители.

По данным Таджиева Я.Т.(1974) (архивный материал ЦГА Тадж. ССР, ф.9 оп. 3, ед. хр. 119, л. 148), по сравнению с другими республиками СССР, в Таджикистане развитие здравоохранения на первом этапе (до 1929 г.) было особым и крайне сложным. Особенности политического, географо-экономического и культурного развития этого периода были связаны с образованием Таджикской АССР в 1924 г., в связи, с чем Восточно-Бухарский здравотдел был реорганизован в Наркомздрав Таджикской АССР, ощущалась острая нехватка гражданских медицинских кадров. Во всей Восточной Бухаре не было ни одного гражданского врача, ни одного человека хотя бы со средним медицинским образованием.

Нами установлено, что в феврале 1925 года в г. Душанбе была открыта глазно-хирургическая амбулатория, которая в последующем была реорганизована в Городскую больницу, а 1928 году - в республиканскую.

Также установлено, что первый пункт скорой медицинской помощи был открыт в г. Душанбе в 1926 г. при Республиканской клинической больнице №1 (ЦГА Тадж. ССР ф.172, оп. 2, д.2, л.110; Архив Центрального комитета коммунистической партии Таджикистана (опись 1, ед. хр. 1075 на 182 листах) (таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1. – Динамика образования пунктов, отделений, станций службы СМП г. Душанбе

Название учреждения	Год	Примечание
1. Первый пункт СМП	1926	При Республиканской клинической больнице №1
2. Станция СМП	1929	На базе первого пункта СМП, при Республиканской клинической больнице №1
3. Отделение СМП	1939	На базе центральной поликлиники функционировало как самостоятельное учреждение (на 2-ом этаже по ул. Свириденко)
4. Станция СМП	1950	Вышла из состава ГКБ №1 и стала функционировать как самостоятельное учреждение в составе горздравотдела Душанбинского городского совета депутатов трудящихся
5. Организация специализированных бригад	1962	Врачебные спецбригады противо-инфарктный, 3 педиатрические один противошоковый и 3 акушерские бригады,
6. Первая подстанция СМП (№1)	1962	Центральный район, ул. М. Гвардия 165
7.Организация подстанции №3	1965	Пос. Яккачинор (ул. 9 января, 91), бывший жилой дом гражданки Гросс С.Я.
8. Реорганизация в Душанбинскую городскую станцию	1967	Приказ Минздрава Тадж. ССР от 01.06.1967 г., №12
9. Реорганизация в ГКБ СМП	1970	Приказ Минздрава Тадж. ССР от 22.07.1970 г.
10. Организация подстанции №2	1970	По ул. Г. Абдулло (рядом с кинотеатром «8 марта»)
11. Организация подстанции №4	1970	По ул. Титова, 103
12.Организация автостоянки для подстанции №3	1988	Решение исполкома Фрунзенского района №204 от 11 марта 1988 г.

Продолжение таблицы 3.1.1.

13. Организация специализированной автобазы санитарного транспорта при Управлении здравоохранения	1995	Решение коллегии МЗ РТ, №41-1 от 8 декабря 1995 г. Решение Хукумата г. Душанбе, №112 от 15 декабря 1995 г.
14. ЦЭМП при ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»	2016	Решение Председателя города Душанбе
15. ГЦЭМП	2018	Решение Председателя города Душанбе №40 от 22.01.2018 г.

Как видно из таблицы 3.1.1, впервые в г. Душанбе образовался пункт службы СМП в 1926 году. На базе вышеуказанного пункта 25 ноября 1929 года была организованна станция СМП с единственным санитарным транспортом в виде гужевой повозки «Арба» (рисунок 3.1.1).

Рисунок 3.1.1. - Первая карета скорой медицинской помощи «Арба» в г. Душанбе, 1929 г.

Штат работников станции скорой помощи на этот период составлял 20,0 ед. (1 врач, 3 акушерки, 3 средних медработника, сестры и прочие сотрудники, работающие в круглосуточном режиме), ими за сутки выполнялось около 40 вызовов (ЦГА Тадж. ССР ф.279, оп.7, д.12, л.24).

В 1939 г. вступила в строй Центральная поликлиника (ул. Свириденко) на 2 этаже, где разместилось и отделение СМП. По данным Курбанова У.А. (2010), в этот период (1939 г.) появились первые национальные врачебные кадры в системе здравоохранения страны.

Также нами установлено, что в 1948 г. произошли значительные изменения в развитии службы СМП. Штат отделения СМП на это время составил 20 человек (заведующий, врачи, диспетчер, средний и младший медперсонал, медицинский статист, бухгалтер, кочегар и водители). Появился первый санитарный транспорт – карета скорой помощи - полуторка. Служба СМП работала в круглосуточном режиме. Медицинское оснащение состояло из медицинской сумки с набором простейших лекарств (камфара, кофеин), набором простейших шин, кислородной подушкой и перевязочным материалом. В среднем, число вызовов составило 40 ед. в сутки.

В 1950 г. станция СМП города Душанбе вышла из состава Городской клинической больницы №1 (ЦГА Тадж. ССР, ф.465, оп.3, д.19, л.493), что послужило толчком в развитии службы скорой медицинской помощи республики. Станция СМП функционировала в структуре отдела здравоохранения Исполнительного комитета Душанбинского городского совета депутатов трудящихся как самостоятельное медицинское учреждение. На этот период штат станции СМП составлял 16 врачебных, 16,5 среднего персонала, 13,5 младшего персонала, 10 ед. административно-хозяйственных работников. Был построен бокс для автомашин при здании Центральной поликлиники. Автопарк состоял из 7 ед. санитарных машин - «каретки» и легковой автомашины типа ЗИЛ.

В 1962 году начали организовывать специальные бригады СМП (3 педиатрические, 1 противошоковая, 1 противоинфарктная и 3 акушерские бригады).

В 1962 г. на территории 1 - го Советского поселка Центрального района г. Душанбе была организована первая подстанция скорой медицинской помощи №1 (ул. Молодая гвардия, 165). В дальнейшем рядом с этой подстанцией в 1988

году решением исполнительного комитета Фрунзенского районного комитета совета народных депутатов №204 от 11 марта 1988 г. было дано разрешение на организацию стоянки для автомашин подстанции №3.

Нами установлено, что подстанция №3 - это бывший жилой дом гражданки Гросс С.Я., которая в 1965 году подарила его городу под медицинский объект, в знак уважения к медицинским работникам. В 1997 г. приказом Управления здравоохранения города Душанбе №51 «О передаче основных средств» от 06.05. 1997 г. и приказом ГКБ СМП №34 от 06.05.1997 г. «О передаче основных средств ГКБ СМП на баланс Городской поликлиники №9» в части помещений подстанции была развернута амбулатория семейных врачей**.** Практически это был первый опыт интеграции работы семейных врачей с врачами СМП.

В период 70–х годов были развернуты еще 2 подстанции СМП. Подстанция №2, дислоцированная по ул. Г. Абдулло (рядом с кинотеатром «8 Марта»), в 1995 году решением городских властей была ликвидирована. На месте подстанции №4 (по ул. Титова, 103) в 2004 году была организована амбулатория семейных врачей при Городском центре здоровья №5.

Дальнейшая реорганизация станции скорой медицинской помощи в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи была проведена на основании приказа №12 Министерства здравоохранения Таджикской ССР от 01.06.1967 г., в структуре, которой имелось хирургическое отделение (80 коек), отделение токсикологии (на 10 коек) и станция скорой медицинской помощи с 12 ед. санитарного транспорта (ЦГА Тадж. ССР ф.465, оп.3, д.19, д.4930)**.**

В соответствие с приказом №645 Министерства здравоохранения Таджикской ССР от 22.07.1970 г. Душанбинская станция скорой медицинской помощи была переименована в Душанбинскую городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи.

С завершением строительства нового здания в 1971-1981 годы коечный фонд больницы достиг 260 коек, штат составил 1327,75 единицы, в том числе

287,25 врачебных штатных единиц. В этот период бюджет больницы составил 2 млн. рублей. В автопарке имелось 64 единицы санитарного транспорта. В дальнейшем при станции скорой медицинской помощи было организовано 5 подстанций, которые обслуживали в среднем 296253 вызовов в год.

Также, нами установлено, что у службы СМП г. Душанбе в 90-е годы в автопарке санитарного транспорта насчитывалось 64 единицы, объем вызовов составлял более 303000 в год. В связи с нестабильностью общественного порядка на фоне роста объема вызовов количество санитарного транспорта уменьшилось: в 1993 г. составило 44 ед.; в 1995 г. – 28 ед.; в 2001 г. по сравнению с 1995 г., уменьшилось в 3 раза и составило 10 ед.; в 2006 г. количество техники сохранилось на уровне 9 ед.

Нами установлено, что в развитии службы СМП г. Душанбе новым поворотом стало решение коллегии МЗ РТ №41-1 от 8 декабря 1995 г. и решение Хукумата г. Душанбе №112 от 15 декабря 1995 г. «Об организации специализированной автобазы санитарного транспорта при Управлении здравоохранения Хукумата г. Душанбе». В соответствие с этим приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №13 от 26 января 1996 года 19 единиц санитарной и иной техники с баланса спецавтобазы Министерства здравоохранения Республики Таджикистан были переданы на баланс спецавтобазы Управления здравоохранения г. Душанбе.

Далее нами выялено, что в 2007 году в рамках инвестиционных проектов Правительства Республики Таджикистан автопарк станции СМП г. Душанбе пополнился 13 единицами санитарного транспорта марки «Volkswagen». В рамках вышеуказанных проектов было начато внедрение автоматизированной системы управления. Значительным толчком в развитии службы СМП г. Душанбе и республики в целом стало открытие в 2016 г. ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» на 650 коек (преимущественно детских) и Центра здоровья (поликлиники) на 800 посещений в смену. В этот период было приобретено 15 санитарных автомобилей для Центра экстренной медицинской

помощи и муляжи для учебно-тренировочного центра по оказанию первичной экстренной помощи, входящие в структуру вышеназванного комплекса.

При помощи Международной неправительственной гуманитарной организации «Medical Teams International» на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи был организован учебно-тренировочный центр по оказанию первичной экстренной помощи (сертификат №0000007 от 24.05.2012 года МЗиСЗН РТ и приказ Управления здравоохранения города Душанбе №60 от 24.04.2008 г.). В ходе проектирования Медицинского комплекса на 650 коек и поликлиники на 800 посещений в смену, в её структуре был запланирован подобный учебный центр, который начал свою работу в 2017 году (сертификат МЗиСЗН РТ № 0000067 от 07.10.2017 г.; приказ директора Медицинского комплекса «Истиклол» №92 от 19.12.2017 г.).

Учебно-тренировочный центр по оказанию первичной экстренной помощи предназначен для обучения врачей, средних медработников, сотрудников ГАИ и других силовых структур. Следует отметить, что решением Председателя города Душанбе от 22.01.2018 г., №40 Городская клиническая больница скорой медицинской помощи была переименована в Городской центр экстренной медицинской помощи.

В ходе дальнейшего исследования установлено, что в Гармском районе (ныне Раштский район) в 1929 году образовались первые медпункты, а первая амбулатория в районе Файзабад появилась в 1933 г. (таблица 3.1.2).

Как видно из таблицы 3.1.2, первое отделение СМП на территории РРП было организовано в 1939 году в Янгабазаре (ныне г. Вахдат), затем в 1940 году в районе Комсомолобад (ныне Нурабадский район), в г. Регар (ныне г. Турсунзаде) в 1948 году было организованно отделение СМП, которое решением председателя города Турсунзаде «Об организации центра экстренной медицинской помощи» №506 от 12.06.2011 г. было реорганизовано в ЦЭМП. Отделения СМП в районах Таджикабад и Варзоб были организованы в 1948 г. и 1990 г. соответственно.

Таблица 3.1.2. - Динамика образования амбулаторий и отделений службы скорой медицинской помощи РРП

Наименование региона	Название учреждений	Год	Примечание
Гарм (ныне Рашт)	Первый медпункт	1929	Архивный институт истории партии при ЦК КП Таджикистана ф.1, оп.1, ед. хр.1075
Файзабад	Первая амбулатория	1933	Архивный отдел Исполнительного органа местной государственной власти Файзабадского района №53 от 13.10.2017 года
Янгибазар (ныне Вахдат)	Отделение СМП при ЦРБ	1939	По данным журнала «Коммунист Таджикистана» (250 от 29.10.1939 г.)
Комсомолабад (ныне Нурабад)	Отделение СМП при ЦРБ	1940	Архивный материал ЦРБ
г. Регар (ныне Турсунзаде	Отделение СМП при ЦРБ ЦЭМП	1948 2011	Архивный материал ЦРБ. Решение Председателя города Турсунзаде №506 от 12.06.2011г.
Таджикабад	Отделение СМП при ЦРБ	1948	Архивный материал ЦРБ
Варзоб	Отделение СМП при ЦРБ	1990	Архивный материал ЦРБ

Установлено, что в Кулябской группе районов в 1928 году функционировало 15 медицинских пунктов (историческая справка р-227 от 15.04.1982 г. Кулябского отдела государственного архива по Хатлонской области), в том числе в г. Куляб (таблица 3.1.3).

Как видно из таблицы 3.1.3, первая станция в г. Куляб появилась в 1939 г. (Государственный архив Хатлонской области в г. Куляб №54 от 01.11.2017 г.), в этот же период был организован отдел здравоохранения исполнительного комитета Кулябского городского совета депутатов трудящихся (историческая справка р-227 от 15.04.1982 г. Кулябского отдела государственного архива по Хатлонской области).

Таблица 3.1.3. – Динамика образования пунктов, станций и отделений службы скорой медицинской помощи Кулябской области

Наименование региона	Название учреждения	Год	Примечание
г. Куляб	Первый медпункт Станция СМП при хлопзаводе	1928 1939	Государственный архив Хатлонской области в г. Кулябе №54 от 01.11.2017 г. Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Темурмалик	Отделение СМП	1938	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Муминабад	Отделение СМП при ЦРБ	1938	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Дангара	Отделение СМП при ЦРБ при ЦРБ	1941	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Хамадони	Отделение СМП	1960	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
г. Нурек	Отделение СМП при ЦРБ	1961	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Пархар	Отделение СМП при ЦРБ	1967	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Восе	Отделение СМП при ЦРБ	1971	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Хавалинг	Отделение СМП при ЦРБ	1983	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Шурабад (ныне Шохин)	Отделение СМП при ЦРБ	1991	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.
Балджуван	Отделение СМП при ЦРБ	1996	Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г.

Нами также установлено, что в 1940 г. была запланирована сеть лечебно-профилактических учреждений для населения г. Куляб и 12 сельских районов, включая станцию СМП и 15 сельских врачебных участков (в районах Даштиджум и Шурабад по две). Из запланированных лечебных учреждений в том же году была построена городская больница на 80 коек, городская поликлиника с приемами для терапевтических, хирургических, глазных, детских (старшего возраста) больных, а также врачебно-физкультурный и венерический кабинет. Организовано функционирование станции скорой помощи и здравпункта при хлопзаводе (доклад заведующего облздравотделом

на 4–й сессии областного совета депутатов трудящихся). Решением Кулябского городского совета депутатов трудящихся от 15 августа 1950 г., №188 «Об отводе земельного участка под строительство городской станции скорой помощи», в квартале №33 рядом с гаражом скорой помощи был выделен земельный участок под строительство здания скорой медицинской помощи, в этот период станция СМП размещалась в приспособленных помещениях.

В 1938 г. начали функционировать отделения в районах Муминабад и Советский (ныне Темурмалик), в последующие годы в Дангаре (1941 г.), Московском районе (1960 г.) (ныне Хамадони), г. Нурек (1961 г.), Пархаре (1967 г.), Восе (1971 г.), Хавалинге (1983 г.), Шурабаде в 1991 г. (ныне Ш.Шохин) и Балджуване (1996 г.).

Результаты исследования показали, что решением исполнительного комитета Курган-тюбинского городского совета депутатов трудящихся №527 от 1979 года «Об отводе земельного участка ОКС - у Горисполкома под строительство «Здания скорой помощи по улице Айни в г. Курган-тюбе» был выделен земельный участок 1,5 га (историческая справка р-227 от 15.04.1982 г. Кулябского отдела госархива по Хатлонской области). К 1992 году в Курган-тюбинской области функционировали: одна станция скорой помощи в г. Курган-тюбе и 9 отделений СМП в районах Газималик, Куйбышев, Вахш, Пяндж, Кумсангир, Колхозобод, Джиликуль, Кубодиён, Шаартуз. Кроме того, в целях приближения службы к населению при сельских участковых больницах (СУБ) и сельских врачебных амбулаториях (СВА) были организованны 24 подстанции, где в круглосуточном режиме дежурили по 1-3 санитарные машины (г. Курган-тюбе, районах Вахш, Джиликуль, Колхозобад, Кубодиён, Шаартуз, Ильичевск) с фельдшерскими бригадами.

Дальнейшее изучение архивных материалов Государственного архива Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г; №54 от 01.11.2017 г.), показали, что в г. Курган – тюбе (ныне г. Бохтар) отделение СМП было организовано ещё в 1927 г. (таблица 3.1.4).

Таблица 3.1.4. – Динамика образования пунктов, станции и отделения службы скорой медицинской помощи Курган-Тюбинской области

Наименование региона	Название учреждения	Год	Примечание
г. Курган–тюбе (ныне г. Бохтар)	Первый медпункт ЦЭМП	1927 2008	Государственный архив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017 г.). Приказ Управления здравоохранения местного исполнительного органа власти Хатлонской области №65 от 03.06.2008 г.
Пяндж	Отделение СМП при ЦРБ	1949	Госархив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017 г.).
Шаартуз	Отделение СМП при ЦРБ	1955	Госархив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017г.).
Джиликуль (ныне Дусти)	Отделение СМП при ЦРБ	1956	Госархив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017г.).
Куйбышевский (ныне А. Джами)	Отделение СМП при ЦРБ	1957	Госархив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017 г.).
Обикиик (ныне Хуросон)	Отделение СМП при ЦРБ	1957	Госархив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017 г.).
Бохтар (ныне Кушониён)	Отделение СМП при ЦРБ	1963	Госархив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017г.).
Вахш	Отделение СМП при ЦРБ	1963	Госархив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017г.).
Яван	Отделение СМП при ЦРБ	1963	Государственный архив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017г.).
Кумсангир (ныне Джайхун)	Отделение СМП при ЦРБ	1973	Государственный архив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017 г.).

Продолжение таблицы 3.1.4

Кубодиён	Отделение СМП при ЦРБ	1975	Государственный архив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017 г.).
г. Сарбанд (ныне Леваканд)	Отделение СМП при ЦРБ	1987	Государственный архив Хатлонской области в г. Кулябе (№24 от 30.10.2017 г.; №54 от 01.11.2017 г.).

Как видно из таблицы 3.1.4, в 1938 г. отделения СМП начали функционировать в районах Пяндж, Шаартуз, Кумсангир (ныне Джайхун), Джиликуль (ныне Дусти), Куйбышевск (ныне А. Джами), Ильичевск (ныне Хуросон), Яван, Вахш, Кубодиён, Сарбанд (ныне Леваканд) - в 1949 г.; 1955 г.; 1973 г.; 1956 г.; 1957 г.; 1957 г.; 1963 г.; 1975 г.; 1987 г. соответственно.

В целом, по области функционировало 14 врачебных бригад (в г. Курган-тюбе – 6, в районах Колхозобад – 2, Кумсангир, Кубодиён, Шаартуз, Куйбышев и Вахш - по одной бригаде). В некоторых районах по причине отсутствие кадров не было врачебных бригад (Газималик и Джиликуль). Врачебные бригады только в г. Курган-тюбе и районе Колхозобад работали в круглосуточном режиме, а в остальных районах врачебные бригады работали с 17:00 до 08:00 (Кумсангир, Пяндж, Кубодиён, Шаартуз, Куйбышев). В некоторых районах и областном центре было организовано 6 реанимационных бригад (г. Курган-тюбе, районы Джиликуль, Кумсангир, Куйбышев, Вахш, Колхозобод и Газималик), из которых только в г. Курган-тюбе они работали в круглосуточном режиме. В отдельных районах реанимационные бригады работали по сезону, особенно детская реанимация (Куйбышев, Газималик, Шаартуз, Колхозобод, Вахш, Джиликуль). Коэффициент эффективности работы реанимационных бригад не превышал 1-го процента. Ощущалась острая нехватка горюче-смазочных материалов, отмечались сбои в работе телефонной станции «03». Использование радиосвязи не превышало 25%. По всей области отсутствовали кардиологические бригады.

В дальнейшем приказом Управления здравоохранения местного исполнительного органа власти Хатлонской области №65 от 03.06.2008 г. «Об организации центра скорой медицинской помощи г. Курган-тюбе, Хатлонской области» на базе станции скорой медицинской помощи г. Курган-тюбе был организован Центр экстренной помощи.

Первый пункт скорой медицинской помощи в Согдийской области был организован в 1927 году в составе областной больницы г. Худжанд. Из-за отсутствия санитарного транспорта использовали конную карету «Арба». С 1954 по 1955 гг. отделения скорой медицинской помощи находились в составе городской больницы г. Худжанд. В дальнейшем приказом Министерства здравоохранения Таджикской ССР №708 от 27.09.1982 г. и соответствующим приказом отдела здравоохранения г. Худжанд №70 от 27.12.1982 г. был реорганизован в Городскую станцию скорой медицинской помощи (таблица 3.1.5).

Как видно из таблицы 3.1.5, в разные годы на территории Ленинабадской области при ЦРБ нижеследующих районов и городов были организованны отделения СМП: в г. Чкаловск (ныне г. Бустон), в районах Дж. Расулова, Спитамен, Ганчи (ныне Деваштич), в городах Исфара, Пенджикент, Табошар (ныне Истиклол) - в 1946 г.; 1952 г.; 1963 г.; 1965 г.; 1974 г.; 1975 г.; 1993 г. соответственно. В районе Б. Гафурова отделение СМП функционирует с 1954 года, далее в 2010 году решением Председателя Б. Гафуровского района (№1042 от 14.12.2010 г.) отделение СМП было включено в состав ПМСП.

Таблица 3.1.5. - Образование станций (отделений) службы скорой медицинской помощи Ленинабадской области (ныне Согдийской)

Название региона	Название учреждения	Год	Примечание
г. Худжанд	Первый пункт СМП	1927	В составе областной больницы г. Худжанд
	Отделения СМП в составе больницы	1954	Приказом Минздрава Таджикской ССР №708 от 27.09.1982 г.
	Городская станция СМП (самостоятельная)	1982	Приказ отдела здравоохранения г. Худжанд №70 от 27.12.1982 г.

Продолжение таблицы 3.1.5

г. Канибадам	Отделение СМП при ЦРБ Станция СМП	1950 2017	Архивный материал ЦРБ
г.Чкаловск (ныне Бустон)	Отделение СМП при ЦРБ	1946	Архивный материал ЦРБ
г. Пенджикент	Отделение СМП при ЦРБ	1975	Архивный материал ЦРБ
г. Истаравшан	Первый пункт СМП Отделение СМП при ЦРБ	1927 1942	Архивный материал ЦРБ
г. Исфара	Отделение СМП при ЦРБ	1974	Архивный материал ЦРБ
г. Табошар (ныне Истиклол)	Отделение СМП при ЦРБ	1993	Архивный материал ЦРБ
Спитамен	Отделение СМП при ЦРБ	1963	Архивный материал ЦРБ
Б. Гафурова	Отделение СМП при ЦРБ Отделение СМП в состав ПМСП Городская станция СМП	1954 2010 2016	Архивный материал ЦРБ
Ганчи (ныне Деваштич)	Отделение СМП при ЦРБ	1965	Архивный материал ЦРБ
Дж. Расулова	Отделение СМП при ЦРБ	1952	Архивный материал ЦРБ

В последующем решением Председателя Б. Гафуровского района (№300 от 16.06. 2016 г.) отделение СМП было реорганизовано в Городскую станцию СМП.

По данным Алимшоева М.М. (2003), на Памире до прибытия русских отрядов (1873 г.) население не имело представления о медицинской помощи, кроме народных средств. При воинских частях в районах Ишкашим, Мургаб, Хорог были открыты медицинские пункты для обслуживания русских военнослужащих. По своей личной инициативе врачи и фельдшеры пограничного отряда обслуживали некоторых местных жителей, оказывая им медицинскую помощь**.**

При изучении истории возникновения учреждений СМП в ГБАО имели место сложности, связанные со скудностью архивных и других научных источников. Установлено, что станция СМП города Хорога образовалась 17.01.1983 г., а отделение СМП Дарвазского района - 23.04.1978 г. (таблица 3.1.6).

Таблица 3.1.6. – Динамика образования станции (отделения) службы скорой медицинской помощи ГБАО

Название региона	Название учреждения	Примечание

Продолжение таблицы 3.1.6

Дарваз	Отделение СМП при ЦРБ.	Архивный материал станции СМП г. Хорог от 23.04.1978 г.
г. Хорог	Городская станция СМП (самостоятельная)	Архивный материал станции СМП г. Хорог от 17.01.1983 г.

Следует отметить, что неоднократные посещения государственного архива по ГБАО и архивов лечебных учреждений области не дали желаемого результата в поиске архивных материало касательно истории развития службы СМП в этом регионе.

В результате проведенного исследования нами установлено, что период 50 – 90 гг. прошлого столетия особенно, в 80-е годы, в службе СМП республики произошли качественные и количественные изменения. Число станций (отделений) скорой помощи увеличилось в 3,5 раза. Если количество станций и отделений СМП в 1945 году составляло 15 ед., то в 1950 году эта цифра дошла до - 24 единиц, а к 1970 году насчитывалось 53 станции и отделений. Наряду с ростом числа станций (отделений) увеличилось и количество санитарного транспорта: с 7 единиц в 1945 году до 187 единиц в 1970 году, или в 26,7 раза. Если в 1945 году число лиц, которым была оказана скорая медицинская помощь, составляло более 28000, то в 1970 г. их количество увеличилось более чем на 677000 человек, или в 24,1 раза.

Также нами установлено, что в 90-е годы существующая структура здравоохранения и система предоставления медико-санитарной помощи оказались неспособными адекватно реагировать на возросшие проблемы здоровья и спрос населения. За годы политической нестабильности (1991-1997 гг.) в стране был нанесён серьёзный ущерб объектам здравоохранения, в том числе ССМП на юге республики. В общей сложности было выведено из строя 1014 единиц санитарной техники. За истекший период после обретения государственной независимости санитарные машины в подразделениях скорой

медицинской помощи республики значительно устарели, и для проведения общего и текущего ремонта требуются большие затраты (особенно в таких районах, как Таджикабад, Рашт, Хуросон, Гиссар, Шуробад, Шаартуз и др.).

Таким образом, историю развития службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан условно можно разделить на следующие периоды (таблица 3.1.7).

Таблица 3.1.7.– Исторические периоды становления и развития службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан

Этапы 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 расцвета специализированной помощи
Деструктуризация 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

Как видно из таблицы 3.1.7, становление и развитие службы СМП Республики Таджикистан можно условно разделить на такие периоды, как дореволюционный, характеризующийся отсутствием службы скорой медицинской помощи (1887- 1926 гг.); период организации пунктов СМП (1926 - 1929 гг.); период организации отделений скорой медицинской помощи в составе лечебных учреждений (1929-1950 гг.); период организации самостоятельных станций и отделений СМП при ЦРБ, начало формирования службы СМП как системы (1950-1970 гг.); период бурного развития службы СМП с организацией объединенной больницы скорой медицинской помощи (1970 – 1990 гг.); период дезорганизации системы службы СМП в годы общественно-политической нестабильности (1992-1997 гг.) и период новейшей

истории развития службы СМП и первичного звена здравоохранения (с 1998 года).

Таким образом, из вышеизложенной можно сделать вывод, что служба скорой медицинской помощи в своем развитии прошла сложный исторический путь. На территории Бухарского ханства отсутстсвовали лечебные и фармацевтические учреждений, а также медицинские и фармацевтические кадры. На всей территории Восточной Бухары не было ни одного гражданского врача или человека хотя бы со средним образованием. Лечение больных всецело осуществлялось множеством табибов, знахарей, бабками - повитухами. Сведения о состоянии медицинской помощи населению, проживающему на территории нынешнего Таджикистана, очень скудны.

На территории Северного Таджикистана в 1913 году имелось 5 больниц на 38 коек и 11 амбулаторий, в которых работали 13 врачей и 38 средних медработников, которые не обеспечивали существенного их развития. Все медицинские учреждения были сосредоточенны в основном на территории нынешнего Северного Таджикистана. Только со строительством железной дороги открылись ведомственные амбулатории воинских горнизонов в пограничных районах, где некоторая часть населения близлежащих кишлаков получала амбулторную помощь. Несмотря на достигнутые успехи в становлении и развитии службы скорой медицинской помощи, в годы обретения государственной независимости в целом не прозошло особых заметных изменений.

3.2. Развитие догоспитального этапа службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан в новых социально-экономических условиях

В результате проведенного исследования установлено, что согласно принятой постановлением Правительства Республики Таджикистан «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг.» №368 от 02.08.2010 года, служба скорой медицинской

помощи введена в структуру первичной медико-санитарной помощи и обозначена как приоритетное направление.

В ближайшее десятилетие политика здравоохранения Таджикистана определяется стратегическими приоритетами охраны здоровья, интересами обеспечения равного доступа жителей страны к качественной лечебно-профилактической помощи и задачами модернизации финансовой и ресурсной баз здравоохранения**.**

На основании Конституции Республики Таджикистан (от 26.03.1999 г.), Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан (от 18.05.2017 г.) и приказа Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (№33 от 28.01.2010 г.) «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан» скорая медицинская помощь гражданам республики оказывается бесплатно в случаях, требующих срочной медицинской помощи. При этом медицинская помощь оказывается безотлагательно силами и средствами лечебных учреждений, независимо от их форм собственности и ведомственной принадлежности, медицинскими и немедицинскими лицами в виде первой помощи и медицинской помощи по принятым правилам.

Вопрос централизации и децентрализации здравоохранения является дискутабельным. Анализируя доступную литературу, нами установлено, что в последние годы предпочтение отдается процессам децентрализации здравоохранения, однако она может иметь и негативные последствия, включающие дробление служб, ослабление центральных органов управления здравоохранения, неравенство в получении медицинской помощи, политические манипуляции в пользу определенных заинтересованных групп и ослабление позиций и статуса государственного сектора.

Система управления службой скорой медицинской помощи в республике децентрализована, управление осуществляется непосредственно соответствующими органами управления здравоохранения.

На догоспитальном этапе скорая и неотложная медицинская помощь населению оказывается центрами экстренной медицинской помощи (ЭМП),

городскими станциями СиНМП, и районными отделениями СиНМП. Станции СМП возглавляет главный врач, который в своей деятельности руководствуется законодательством Республики Таджикистан, нормативными и методическими документами, приказами и распоряжениями вышестоящих органов управления здравоохранения, уставом станции скорой медицинской помощи.

Центры ЭМП, станции СиНМП являются юридически самостоятельными лечебно-профилактическими учреждениями, отделения СиНМП входят в структуру центральных районных больниц, расположенных в соответствие с административно-территориальным делением.

Центры ЭМП, станции СиНМП предназначены для оказания догоспитальной медицинской помощи как внемедицинские учреждений, по пути следования в лечебно-профилактические учреждения при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан (внезапные заболевания, включая обострения хронических заболеваний, несчастные случаи, травмы, отравления, осложнение беременности, срочные роды).

В работе службы СМП особое место занимают вопросы её организационной структуры (рисунок 3.2.1).

Особенностью сложившийся ситуации в системе управления службой СМП является то что, согласно постановлению Правительства Республики Таджикистан от 31.12.2002 г., №525 «Об утверждении организационной структуры учреждений первичной медико-санитарной помощи», скорая помощь отнесена к учреждениям ПМСП. Установлено, что фактически в районах отделения СиНМП находятся в составе госпитальной помощи (ЦРБ).

Ранее существующие на основании постановления Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении отделений и отделов здравоохранения Исполнительных органов государственной власти городов и районов» (от 02.12.2009 г., №665) районные отделы здравоохранения в период 2009-2012 гг. были ликвидированы (распоряжение Президента Республики Таджикистан “О сокращении штатных единиц государственных служащих” от 11.07.2012 г., №1301; Постановление Правительства Республики Таджикистан

“О реализации распоряжения Президента Республики Таджикистан “О сокращении штатных единиц государственных служащих” от 19.07.2012 г., №365). В настоящее время межсекторальная координация деятельности ПМСП и госпитальной помощи на районном уровне практически отсутствует, что отрицательно повлияло на качественные и количественные показатели работы службы скорой медицинской помощи.

Как видно из рисунка 3.2.1, контроль деятельности учреждении ПМСП осуществляется службой государственного надзора в сфере здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

В целях обеспечения 15- минутной доступности в городах и населенных пунктах с населением 75- 200 тыс. человек в составе ЦЭМП, станции СиНМП и отделения скорой и неотложной медицинской помощи по всей республике развёрнуты 4 подстанции и 86 пунктов СиНМП. При распределении зоны обслуживания необходимо учесть климато-географические условия местности и плотность проживания населения, а также специфические инженерно-архитектурно-техногенные факторы в крупных городах и мегаполисах.

Необходимо учесть, что в сельской местности учреждение скорой помощи организуется с учетом 15 минутной транспортной доступности. В целях координации действий выездных бригад для достижения 15-минутной доступности в структуре станций (отделений) СиНМП предусмотрен оперативный отдел, который обеспечивает круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения, своевременный выезд бригад скорой медицинской помощи на место происшествия и осуществляет оперативное управление. Дежурный персонал оперативного отдела испытывает сложности в вопросах обеспечения средствами связи.

Если в 2002 году на всех станциях (отделениях) СМП было 19 единиц радиосвязи марки «Лён», то к 2017 году всего осталось 10 единиц (в г. Нурек и г. Сарбанд по 1 ед., в районах Муминобод и Ш.Шохин по 2 ед. и в Аштском районе 4 ед.). на остальных станциях (отделениях) СМП выездные бригады пользуются собственными мобильными телефонами, кроме ЦЭМП при

Медицинском комплексе «Истиклол», где в арсенале центра имеется 16 ед. радиосвязи марки « Моторола». Следуеть отметить, что в период 80-90-е годы каждая санитарная машина была оснащена радиосвязью марки «Лён».

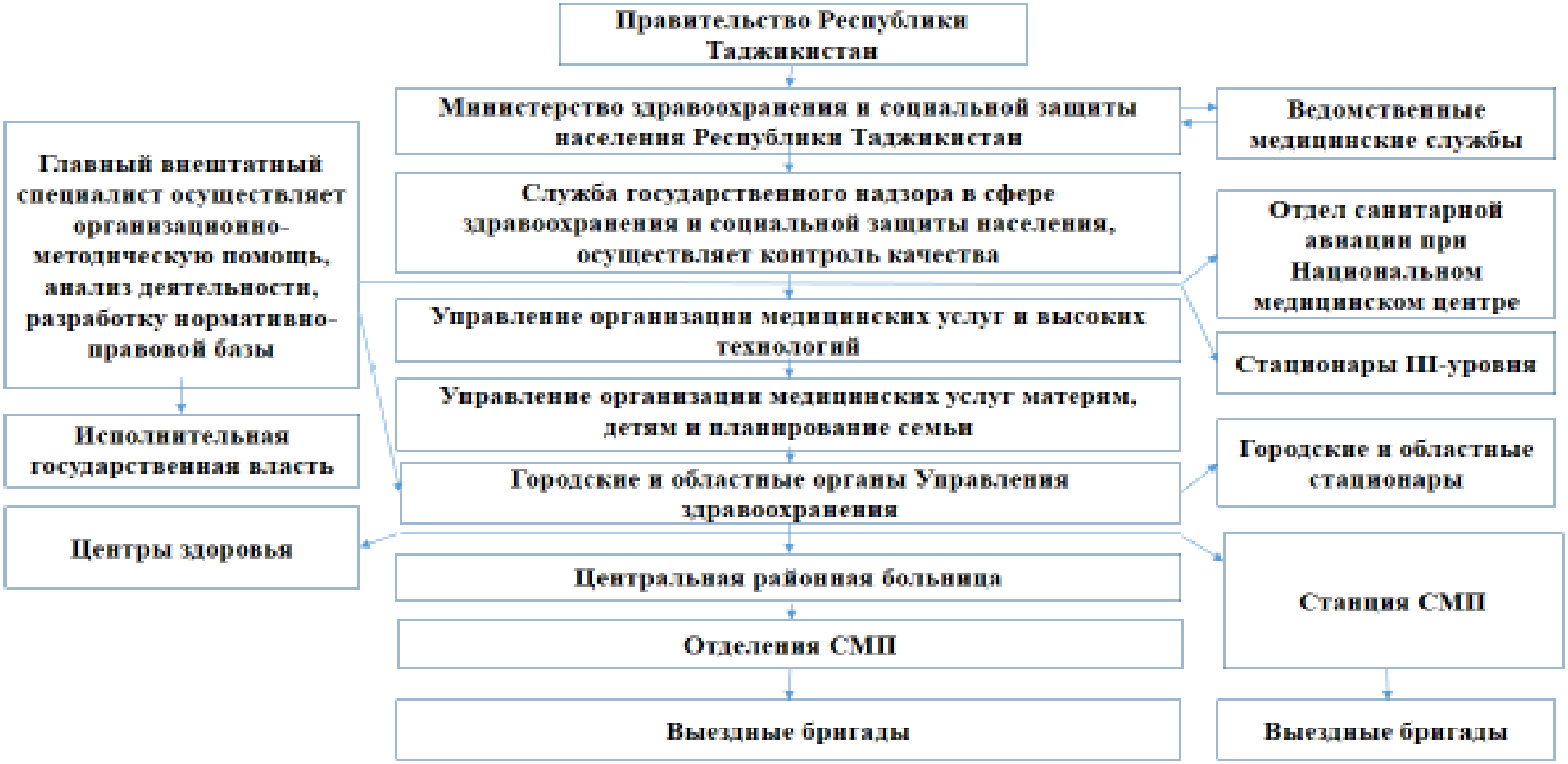


Рисунок 3.2.1 - Организационная структура управления службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан

Установлено, что структура оперативного отдела состоит из диспетчерской по приему и передаче вызовов, справочного стола, консультативного пульта. Следует отметить, что оперативный отдел в классическом его понимании существует только в городе Душанбе. При этом стол справок существует формально, в стационарах учёт свободных мест не ведётся в силу коммерциализации госпитального сектора (переход на сооплату и государственно - частное партнерство), также формально существует консультативный пульт, для которого не выделены специальные штатные единицы. В бюджете учреждений СМП средства на обслуживание мобильных телефонов отсутствуют.

Основным задачами оперативного отдела являются: организация централизованного приема обращений, обеспечение доступности обращения за скорой помощью круглосуточно, организация своевременного выполнения поступивших вызовов; управление и контроль работы выездных бригад, обеспечение организации скорой медицинской помощи в зависимости от сложившейся оперативной ситуации; организация скорой медицинской помощи при возникновении чрезвычайной ситуации больных и пострадавших; сбор оперативной информации, ее анализ, подготовка ежедневных сводок для руководства станции; обеспечение взаимодействия с органами местной власти, управлением внутренних дел, ГАИ, пожарной и другими оперативными службами; контроль и учет работы санитарного автотранспорта; оказание консультативной помощи населению, персоналу бригад СМП по лечебным и тактическим вопросам; контроль за своевременным и рациональным направлением на вызовы бригад СМП диспетчерской службой подстанций; направление бригад СМП для оказания экстренной медицинской помощи и для дежурства в местах возникновения чрезвычайных происшествий и массовых катастроф в необходимом количестве с использованием ресурсов подстанций и станции в целом и, при необходимости, передислокации бригад СМП для обеспечения резерва.

В системе здравоохранения республики догоспитальная служба скорой медицинской помощи представлена 66 учреждениями скорой медицинской помощи, в том числе 5-ю центрами ЭМП, 5-ю самостоятельными станциями Си НМП, 56-ю отделениями СиНМП (таблица 3.2.1). В последние годы 4 самостоятедьные станции СМП были переименованы в Центры ЭМП, а также в 2016 г. был организован ЦЭМП в г. Душанбе при Медицинском комплексе «Истиклол». На практике такой подход не повлиял на статус этих учреждений.

Установлено, что количество станций и отделений СМП в период 1926 - 1940 гг. составляло 14 единиц, в 1950 г. – 28, в 1968 г. – 39, в 1970 г. – 57. В годы обретения государственной независимости (к началу 2000 года) в республике функционировало 62 учреждения СМП, в том числе 2 центра ЭМП, 8 самостоятельных станций СМП и 52 отделения СМП (14 подстанций и 66 пунктов СМП).

Таблица 3.2.1. - Сеть учреждений скорой медицинской помощи Республики Таджикистан

Наименование города / района	**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 (с 174 койками), ЦЭМП при Медицинском комплексе «Истиклол» (с 650 койками)
РРП	1	-	-	12	25	13 учреждении СМП (12 при ЦРБ). 1 ЦЭМП в г. Турсунзаде
Хатлонская область	2	0	1	24	20	26 учреждение СМП (ЦЭМП с 20 койками в г. Куляб), из них 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

В настоящее время (2017г.) из 5-и ЦЭМП две расположены в г. Душанбе (ГУ ЦЭМП г. Душанбе со стационаром на 174 коек хирургического профиля и ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» на 650 коек), 1 в г. Куляб (со стационаром на 20 хирургических коек), 1 в городе Курган–Тюбе (ныне г. Бохтар), 1 в городе Турсунзаде. В Согдийской области имеется 4 станции СиНМП (городах Худжанд, Канибодом, Пенджикент, Б. Гафуров), а в ГБАО функционирует только 1 станция СиНМП (г. Хорог). В городах и районных центрах с меньшей численностью населения при центральных больницах организованы отделения СиНСМП, которые дислоцированы в административно-районных центрах регионов республики, в том числе в РРП - 12, Хатлонской области – 24, Согдийской области 14, ГБАО – 7 (рисунок 3.2.2)

Рисунок 3.2.2. - Административно-территориальное деление Республики Таджикистан

В функции службы скорой медицинской помощи входят:

- осуществление своевременной качественной круглосуточной медицинской помощи пострадавшим и заболевшим вне медицинских учреждений, при чрезвычайных ситуациях, согласно клиническому протоколу;
- осуществление плановых и экстренных транспортировок, перевозок и эвакуации пациентов (пострадавших, внезапно заболевших);

- своевременное оказание медицинской помощи пациентам при их непосредственном обращении за помощью на станцию СМП;
- укомплектование выездных бригад медперсоналом, медикаментами и другими изделиями медицинского назначения согласно примерного переченя;
- информирование местных органов здравоохранения о чрезвычайных ситуациях и массовых повреждениях, включая несчастные случаи.

Существенную роль в организации работы службы играют взаимоотношения стационаров и службы СМП, особенно это выражено в крупных и больших городах, где имеется сеть стационаров (городских, республиканских, ведомственных, частных и др.). В целях координации действия экстренных медицинских служб, дислоцированных в г. Душанбе, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения был издан приказ №748 от 02.11.2009 г. «О проведении рабочих консультаций по улучшению преемственности работы лечебных учреждений и станции скорой помощи г. Душанбе», регламентирующий взаимодействие СМП и стационаров, включая республиканский уровень, что не повлияло на ситуацию в целом. Согласно пункту 24 вышеназванного приказа заведующие приёмными покоями стационарных учреждений, расположенных в зоне обслуживания СМП г. Душанбе, по вопросам организации медицинской помощи на догоспитальном этапе функционально подчиняются главному врачу Городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Возможно, назрела необходимость принятия кардинальных мер законодательного характера.

Важными факторами, влияющими на показатели работы СМП, являются технические аспекты службы, к которым относятся технические средства, влияющие на временные факторы оказания скорой медицинской помощи. Прежде всего, это информационно-программное обеспечение оперативного отдела СМП автоматизированной системой управления, которая частично функционирует только в г. Душанбе. Кроме того, важную роль играет использование современных систем географического позицирования, средств дистанционной телекоммуникации, современных систем связи. Общеизвестно,

что формирование штатов, состава и структуры выездных бригад и их укомплектованность в большей степени зависят от состояния автопарка санитарной техники, отвечающего современным требованиям.

Нами установлено, что, по сравнению с 1970 г., количество транспорта выросло в 1,5 раза, ранее их количество составляло 187 ед. В соответствие с действующим приказом Минздрава СССР «О нормах оснащения учреждений здравоохранения санитарным автотранспортом и о режиме работы санитарного автотранспорта» №300 от 25 марта 1976 г. срок эксплуатации санитарной техники в службе СМП определен в 5 лет. Более 85% санитарной техники эксплуатируются более 5 лет, 50% - более 15-20 лет.

Наши исследования показали, что за период 2009-2017 гг. количество санитарного транспорта, имеющегося в арсенале службы СМП, с 245 ед. выросло до 380 ед. или за указанный период автопарк обновился только на 35,5% (таблица 3.2.2).

Таблица 3.2.2. - Оснащение учреждений скорой медицинской помощи республики санитарным транспортом за период 2009 - 2017 гг.

Год	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Количество санитарного транспорта	245	264	274	265	317	334	264	290	380
В рабочем состоянии	166	186	191	209	232	233	167	202	288
В нерабочем состоянии	79	78	83	56	85	102	97	88	92
%	32,2	29,5	30,3	21,1	26,8	30,5	36,7	30,3	24,2

Как видно из таблицы 3.2.2, за период наблюдения от 21,1% до 32,2% санитарного транспорта находится в нерабочем состоянии, что привело к снижению уровня обеспеченности населения скорой медицинской помощью.

В период становления государственной независимости республики по причине дефицита финансовых средств для нужд станций (отделений) СМП были приобретены санитарные машины не соответствующие стандарту. В

частности, в Хатлонской области были приобретены 11 ед. мини-автомобилей марки «Hafei» (Китай) и 3 ед. марки «Дамас»; в Согдийской области - 10 ед. марки «Hafei» (Китай) и 3 ед. марки «Дамас»; в ГБАО – 7 ед. и РРП – 12 ед. санитарного транспорта марки «Hafei» (Китай). Определенный сдвиг в обеспечении учреждений СМП санитарным транспортом произошёл после выступления Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона на встрече с медицинскими работниками на церемонии открытия Областного центра туберкулезных заболеваний Хатлонской области (07.07.2013 г.), где исполнительным органам государственной власти областей, городов и районов было поручено принять конкретные меры для содействия приобретению автомобилей скорой помощи, особенно для поселковых и сельских больниц. Показатель обеспеченности станций (отделений) СМП санитарным транспортом на 10 тыс. населения является важным параметром, определяющим эффективность работы службы СМП, так как от него зависит формирование штатных должностей, структура выездных бригад и др.

Наши исследования показали, что обеспеченность станций (отделений) СМП санитарным транспортом находится на критическом уровне, когда дефицит санитарного транспорта составляет более 70%. Если учесть, что более 85% имеющегося санитарного транспорта эксплуатируется более 5 лет, то данная потребность составляет более 85% (таблица 3.2.3).

Таблица 3.2.3. - 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

Как видно из таблицы 3.2.3, в целом, обеспеченность станций (отделений) за последние 10 лет составляет от 0,26 до 0,3 ед. на 10000 населения и в динамике к концу 2017 г. осталась без изменений. В РРП имеется аналогичная динамика - на уровне 0,29. В г. Душанбе и Согдийской области произошли некоторые положительные сдвиги 0,31- 0,4 и 0,13 - 0,23, соответственно. В ГБАО этот показатель увеличился с 0,79 до уровня 0,81, что оценивается как положительный результат. В отдельно взятых районах республики отделения СМП работали без санитарного транспорта (Дарвазский, Мургабский, Рошткалинский, Горная Мастча, Балджуванский) или с минимальным количеством (район им. А. Джами, г.г. Исфар и Гиссар).

Наши расчеты нормативов потребности населения в санитарном транспорте показали, что с учетом демографических показателей республики (при нормативе 1 ед. санитарного транспорта на 10000 населения), а также фактического износа имеющегося санитарного транспорта для удовлетворения потребности населения необходимо 893,1 ед. санитарного транспорта, без учета специализированных бригад.

Разработанная нами математическая модель обеспечения станции скорой медицинской помощи санитарным транспортом не учитывает весь спектр проблем климато-географического и демографического характера регионов страны. Показатель обеспеченности станций (отделений) СМП санитарным транспортом на 10000 населения является важным параметром, определяющим эффективность работы службы СМП.

Обеспеченность станций (отделений) СМП средствами связи регулируется действующим приказом Министерства здравоохранения Таджикской ССР «Об использовании радиосвязи в системе здравоохранения» от 24.02.1987 г., №201 и установки вводов «03» из расчета 1 ввод на 50000 населения. За период 2009-2017 гг. обеспеченность населения стационарными телефонами на 1000 населения составляет 28 и 33 соответственно, при этом показатель имеет тенденцию к снижению, что связано с широким использованием мобильных телефонов. Согласно нормативу, для станций (отделений) СМП по республике

необходимо 178 вводов (2017 г.), фактически работают 151 или 84,8%, в 2002 году функционировало 74 ввода или 51,4%.

По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, по состоянию на 01.01.2018 г. на территории республики услуги мобильной связи населению и юридическим лицам предоставляют негосударственные (частные) компании: ЗАО «TT-Mobaile» с общим количеством зарегистрировавших абонентов 1404366, ООО «Tcell» - 3091928, ООО «ТК- Mobaile» - 10000, ООО «Вавилон - Mobaile» - 2184051 и ООО «Таком» -1990747, всего 8681092 абонентов. Наши расчеты показали, что обеспеченность населения мобильными телефонами из расчета на 1 жителя составляет 0,99.

Для вызова СМП абонентам мобильными операторами установлена трехзначная цифра «103». Имеют место случаи, когда по техническим причинам (нарушения зонального прикрепления мобильных телефонов к местной АТС «03») при вызове «03» абоненты других регионов попадают в диспетчерскую станцию СМП г. Душанбе.

В городе Душанбе из-за децентрализованной системы управления службой СМП система связи мобильных операторов разделена. Например, абоненты компании «Вавилон» при наборе «103» попадают в диспетчерскую службу ЦЭМП Медицинского комплекса «Истиклол».

В некоторых районах продолжают использовать радиосвязь, их всего по республике 17 ед. С развитием технологий радиосвязь уступила место мобильным телефонам. Практически все выездные бригады пользуются стационарными телефонами, а также индивидуальными собственными мобильными телефонами. Нормативный документ об использовании мобильного телефона в службе СМП до сих пор отсутствует.

Важной нерешенной проблемой службы СМП остается отсутствие системного сервисного обслуживания санитарной техники, средства связи и медицинского оборудования. Из всех существующих мастерских и гаражей только в г. Душанбе имеется автомастерская для ремонта санитарной техники,

работающая не в полном объеме. Все гаражи - боксы находятся в неприспособленных зданиях и боксах, кроме центра ЭМП при Медицинском комплексе «Истиклол», построенного в соответствии с современными строительными технологиями. Необходимо подчеркнуть, что центр ЭМП первоначально был запланирован, как очередная подстанция СМП г. Душанбе, где в проекте предусмотрены боксы для спецтехники без расчета сервисного обслуживания.

В соответствии с материалами коллегии МЗ РТ «О состоянии службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан» от 28.03.2009 г., №5-1, основные фонды службы СМП находятся в плачевном состоянии. В РРП из 13 учреждений 12 находятся в нетиповых помещениях, в Согдийской области - 16, Хатлонской области – 23, в ГБАО - 7 учреждений дислоцированы также в нетиповых зданиях и основная масса функционирует при приемных покоях ЦРБ, занимая при этом 1 - 3 комнаты или в домике - вагоне (район им. Рудаки). Более 70% зданий учреждений СМП последний капитальный ремонт осуществлялся 15 - 20 лет назад.

Станции СМП должны быть размещены в типовых зданиях и в своей структуре иметь помещения для размещения оперативного диспетчерского отдела; отдел медицинской статистики с архивом; кабинет для приема амбулаторных больных; помещения для хранения медоборудования и изделия медицинского назначения; комнату для подготовки медицинских наборов и укладок; склад - помещения для хранения лекарств и перевязочных материалов; отдельной комнаты отдыха для медперсонала и водителей санитарного транспорта; помещения для приема пищи дежурным персоналом и помещения для административно-хозяйственных нужд. Здание должно быть обеспечено оборудованием пожарной и охранной сигнализации, противопожарными гидрантами и т.д.

В арсенале действующих выездных бригад имеется всего 16 наименований медицинского оборудования и изделий медицинского назначения. Обеспеченность выездных бригад дефибрилляторами составляет 55 ед. или

19,0%, аппаратами ИВЛ - 43 ед. (14,9%), аппаратами Кокчетав – 18 ед. (6,2%), ЭКГ – 45 (15,6%), мешоками «Амбу» - 107 (71,8%), медицинский ящик – 178 (61,8%), комплект для принятия родов – 47 (16,3%) и комплектами для инфекционных заболеваний - 119 ед. или 41,3% от потребности.

Специализированные бригады центра ЭМП г. Душанбе в дополнение к вышеперечисленным имеют: глюкозометр – 2 ед, инфузиомат – 15 ед., ларингоскоп – 14 ед., электрический отсос - 16 ед., механический отсос – 11 ед., кислородный баллон – 53 шт., пульсиоксиметр – 7 ед.

В целом обеспеченность бригад СМП необходимым медицинским оборудованием не превышает 35%. Необходимо учесть, что некоторое оборудование, например, аппарат Кокчетав, аппарат Ан-8 и часть аппаратов ЭКГ было приобретено в 80-е годы прошлого столетия. Для сравнения; сумка №1 врача СМП в 30-40-е годы состояла из набора простейших лекарств (камфара, кофеин).

Согласно действующим нормативным документам (приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 г. «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан), в медицинском ящике бригад СМП для оказания полноценной медицинской помощи предусмотрено 126 наименований лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (таблица 3.2.4)

Следует отметить, что вышеуказанный приказ базируется на приказе Минздрава СССР «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению» от 29 12.1984 г., №1490, согласно которому в табельном оснащении выездной бригады было предусмотрено 23 наименования медоборудования, 85 наименований медикаментов, 54 наименования изделий медицинского назначения, всего 162 наименования .

Для сумки врача пункта (отделения) медицинской помощи на дому взрослому населению в соответствии с приказом Минздрава СССР от 20.07.1988 г., №404 «О мерах по дальнейшему развитию усовершенствования

скорой медицинской помощи населению» было предусмотрено 47 наименований медикаментов (таблетированных) и 9 наименований перевязочного материала.

Таблица 3.2.4. – Сравнительные данные количества лекарств и изделий медицинского назначения для экстренной медицинской помощи, утвержденные соответствующими приказами МЗиСЗН РТ

Количество лекарств и изделий медицинского назначения в соответствии с действующими приказами МЗиСЗН РТ	**№33 от 28.01.2010 г. (табельное оснащение)**	**№ 326 от 06.04.2018 г. (Противошоковый набор)**	**№53 от 05.02.2014 г. (Клинические протоколы)**
Всего, лекарства и изделия медназначения, в том числе:	126	60	115
медикаменты	102 (100%)	43 (42,1%)	92 (90,1%)
изделия медицинского назначения	24 (100%)	17 (70,8)	23 (95,8%)
%	100	47,7	91,3

В соответствии с Приложением №11 приказа Минздрава СССР от 20.07.1988 г., №404 «О мерах по дальнейшему развитию усовершенствования скорой медицинской помощи населению», для сумки врача пункта (отделения) медицинской помощи на дому детскому населению положено 43 наименования медикаментов (11 таблетированных) и 17 наименований изделий медицинского назначения, всего 59 наименований. К сожалению, после распада СССР на территории Республики Таджикистан пункты (отделения) медицинской помощи на дому перестали функционировать.

В перечень медикаментов, необходимых для жизнеобеспечения пациентов, согласно клиническим протоколам скорой медицинской помощи, утвержденным приказом МЗиСЗН РТ №53 от 05.02.2014 г., для линейных бригад входит 115 наименований лекарств и изделий медицинского назначения, из которых в арсенале медицинской сумки выездных бригад фактически имеются не более 80 наименований (г. Душанбе). В регионах этот показатель составляет не более 34 наименований. В крупных городах (г. Душанбе)

дополнительно для специализированных бригад предусмотрено ещё 38 наименований лекарств.

Нами выявлено расхождение количества медикаментов и изделий медицинского назначения, утверждённых приказом МЗ РТ №33 от 28.01.2010 г. и количеством медикаментов (126 наименований), указанных в клиническом протоколе СМП, утверждённого приказом МЗиСЗНРТ №53 от 05.02.2014 г. (115 наименований), расхождение составляет 8,7%.

Из 126 наименований медикаментов и изделий медицинского назначения, входящих в табельное оснащение бригад СМП, только 60, или 47,7%, отобраны на основании доказательной медицины.

Согласно материалам коллегии МЗ РТ № №9/11 от 29.09.2017 г. «О состоянии службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан», фактически из 102 наименований в медицинском ящике (по г. Душанбе) имеется 23 наименования медикаментов, или 22,5%, а изделий медицинского назначения -24 единицы, что составляет 100%.

Нами также изучены вопросы оказания медикаментозной помощи, согласно клиническим протоколам, при некоторых состояниях. Например, при утоплении наряду с другими препаратами указанно использование таких препаратов, как токоферол, трентал, компламин и ксантинникотинамид, а витамин B_{12} не предусмотрен. Также при оказании помощи экстренным кардиологическим пациентам не предусмотрены препараты АТФ, анаприлин, нифедипин и стрептокиназа (из-за дороговизны), последние отсутствуют в утвержденном списке медикаментов, используемых в службе СМП, однако отражены в клиническом протоколе СМП.

Учреждения СМП при формировании штатов выездных бригад придерживаются приказа Минздрава СССР «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению» №1490 от 29.12.1984 г., действующего на территории республики на основании закона Республики Таджикистан «О нормативно-правовых актах» №599 от 26.03.2009 г.

За изученный период количество сотрудников с 1463 достигло уровня 2866 человек или увеличилось на 48,9%. Врачебный персонал увеличился с 320 до 1311 или на 40,9%, а число средних медработников - от 640 до 1259 чел. или на 95,2%.

Показатели свидетельствуют о том, что увеличение количества персонала происходит за счет среднего и технического персонала. В половой структуре среди врачей мужчины составляют 50,8%, женщины-врачи – 49,2%, в структуре среднего медперсонала мужчины – 48,0%, женщины составляют 52,0% (таблица 3.2.5).

Анализ таблицы 3.2.5 показал, что штат учреждений СМП в 2002 году составил 3608 ед., в 2007 году - 2961,25; в 2012 г. – 3075,25; в 2014 г. – 3082; в 2017 году - от 3082,0 до 3364,25 ед.

Установлено что, по сравнению с 2002 г., в 2017 году штат уменьшился на 6,8%, укомплектованность с 40,5% достигла уровня 92,1%. Выявлено, что штатных единиц врачебных должностей в 2002 было утверждено 379,25 ед., до конца 2017 года они составили 462,75 или возросли на 17,9%, их укомплектованность возросла от 34,6% в 2002 году до 69,2% в 2017 году.

Таблица 3.2.5. - Штатные должности станций (отделений) скорой медицинской помощи Республики Таджикистан (укомплектованность штатов, обеспеченность кадрами, коэффициент совместительства) за период 2002-2017 гг.

Показатель	2002	2007	2012	2014	2016	2017
Всего	3608	2961,25	3075,25	3082	3430,75	3364,25
Заняты	2438	2138,5	2461,75	2574,5	3038,25	3113,0
Физические лица	1463	1426	2026	2282	2826	2866
Укомплектованность, %	40,5	48,2	65,9	74,0	82,4	92,1
Обепеченность на 10 тыс. населения	2,2	2,0	2,5	2,7	3,2	3,2
Коэффициент совместительства	1,7	1,5	1,2	1,1	1,1	1,1
Врачебные, всего	546.0	493,5	451.0	489,25	534,0	525,5
Заняты	379,25	332,25	326,0	375,75	445,75	462,75
Физические лица	189	186	267	326	369	320
Укомплектованность	34,6	37,7	59,2	66,2	68,7	69,2
Обепеченность на 10 тыс. населения	0,29	0,26	0,33	0,39	0,42	0,36

Продолжение таблицы 3.2.5.

Коэффициент совместительства	2,01	1,79	1,22	1,15	1,21	1,45
Средний медперсонал, всего	1491,5	1252,75	1267,75	1226,5	1361,0	1344,5
Заняты	1025,5	928,75	1000,75	1041,5	1109,25	1268,5
Физические лица	640	641	872	961	1198	1239
Укомплектованность	42,9	51,2	68,8	78,4	88,4	97,7
Обеспеченность на 10 тыс. населения	0,98	0,90	1,09	1,15	1,37	1,39
Коэффициент совместительства	1,60	1,45	1,15	1,08	0,93	1,02
Младший мед- персонал, всего	884,5	761,25	696,5	694,25	775,0	762,5
Заняты	589,75	545,5	570,0	541,25	682,75	676,5
Физические лица	356	379	438	478	611	601
Укомплектованность, %	40,2	49,8	62,9	68,9	78,8	88,9
Обеспеченность на 10 тыс. населения	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7
Коэффициент совместительства	1,7	1,4	1,3	1,1	1,1	1,0

Существует мнение, что уровень укомплектованности врачами ниже 70% в течении пяти лет приводит к невозможности восполнения врачебными кадрами в последующие 15–20 лет. Показатель обеспеченности врачебным персоналом на 10 тыс. населения колеблется от 0,29 в 2002 г. до 0,56 в 2017 г., коэффициент совместительства врачей снизился до уровня 2,01-1.43.

Штат должностей среднего медперсонала с 1025,5 в 2002 году увеличился до 1268,5 в 2017 году или на 19,2%. Укомплектованность составила 42,9% – 97,7%, соответственно. Показатель обеспеченности средним медперсоналом на 10 тыс. населения колеблется от 0,98 в 2002 году до 1,39 в 2017 году.

Станции (отделения) СМП за период 2002-2017 гг. были укомплектованы младшим персоналом на 40,2% – 88,9% соответственно. Прочим персоналом укомплектованность составила от 40,5% и к 2017 году достигла уровня 100%.

За период 2002-2017 гг. по республике количество врачей с квалификационной категорией в 2002 г. составляло - 13,4%; в 2007 г. – 32,6%;

в 2012 г. – 29,2%; в 2017 г. – 36,3%. Для сравнения: в г. Душанбе этот показатель в 2017 г. составил 52,6%; РРП - 37,8%; Хатлонской области – 21,4%; Согдийской области – 21,0 и ГБАО – 85,7%.

Удельный вес врачей с высшей квалификационной категорией за период наблюдения колеблется от 28,0% до 31,4%; первой категорией - 36,0% – 30,6%; второй категорией – 36,0% – 37,5%, соответственно. Наиболее высокие показатели отмечается в г. Душанбе - 50,8% и ГБАО - 41,6%. Следует отметить, что врачи со второй квалификационной категорией в большей степени встречаются в Хатлонской области - 72,2%, РРП - 64,7% и Согдийской области - 55,5%, что свидетельствует об утечке кадров и притоке молодых специалистов в службу СМП в данных регионах.

Уровень квалификационной категории среднего персонала за период наблюдения имеет положительную динамику и увеличился с 15,9% до 27,4% (2002 г. - 15,9%, 2007 г. – 20,4%; 2012 г. – 21,5%; 2017 г. - 27,4%). Высшую квалификационную категорию имели в 2002 году 21,5%, а в 2017 г. уже 27,05%. Высокие показатели категорийности отмечаются в таких регионах, как г. Душанбе – 77,0% и ГБАО – 52,5%. Наиболее высокие проценты имеющих вторую квалификационную категорию отмечаются в Хатлонской области – 68,4%, РРП- 65,8, % и Согдийской области – 63,9%.

Экспертной оценкой установлено, что в принятом постановлении Правительства РТ «Об утверждении Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан» №510 от 31.10.2008 г. по вопросам подготовки и переподготовки работников службы СМП имеется много неопределенного. В частности, не решены вопросы прохождения специалистами интернатуры, ординатуры и аспирантуры, также вопросы повышения квалификации специалистов СМП не имеют конкретной продуманной системы.

Программы УСО сотрудников СМП подразумевает подготовку смежных специальностей (кардиология, ревматология, неврология, педиатрия, токсикология, анестезиология и реаниматология, инфекционные заболевания,

клиническая иммунология, аллергология, хирургия, гинекология, эндокринология и др.). Следует отметить и экономическую сторону данного вопроса. В ежегодном календаре государственных образовательных учреждений (Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибн Сино, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Медицинский колледж г. Душанбе) доля участников – курсантов, проходящих УСО на основе бюджетного финансирования, составляет не более 50%.

Несмотря на то, что приказом МЗиСЗН РТ 07.062017 г., №602 «Об утверждении Перечня должностей медицинских и фармацевтических работников организаций и учреждений системы здравоохранения Республики Таджикистан» в номенклатуре должностей врач скорой медицинской помощи указан, как отдельная специальность, однако на практике врач СМП не рассматривается, как отдельная специальность. Как на уровне подготовки, так и на уровне переподготовки отсутствует специальные базы обучения (кафедра скорой медицинской помощи). Аналогичная ситуация имеет место с переподготовкой среднего медперсонала СМП.

Нами изучен опыт администрации Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, на базе которой с 2008 года функционирует учебно-тренировочный центр по обучению оказания скорой медицинской помощи по программе, утвержденной МЗиСЗН РТ и Министерством образования РТ. Программа учебного плана состоит из 30 часов, где теоретические занятия составляют 15%. При этом обучение для сотрудников СМП бесплатное. Следует признать, что для переподготовки врача и среднего медработника этого недостаточно, однако при расширении программы и открытии при крупных станциях и центрах ЭМП дополнительных учебных центров она может стать альтернативой для существующих смежных программ государственных образовательных учреждений в сфере здравоохранения. Если учесть, что прохождение аттестации на соответствие занимаемой должности предусмотрено через 3 года, на 2-ю категорию через - 5 лет, на 1-ю категорию -

через 7 лет и на высшую категорию через - 15 лет (приказ МЗиСЗН РТ «О правилах и организации прохождения аттестации медицинских и фармацевтических кадров» №560 от 03.04.2007 г.), а также сертификация для занятия медицинской деятельностью (статьи 20, 21, главы 5 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан) не менее 1 раза в 5 лет, то вопрос пропускной мощности существующих последипломных образовательных учреждений остается важной неизученной проблемой.

Выездные бригады составляют основу структурно-функциональной единицы станций (отделений, центров ЭМП) скорой медицинской помощи. Согласно действующих на территории республики нормативных документов Минздрава СССР, в функции выездных бригад входят: обеспечение своевременного прибытия к пациенту в установленные временные стандарты; проведение лечебно-диагностических мероприятий, направленных на стабилизацию витальных функций пациентов, и осуществление транспортировки в ЛПУ при наличии показаний; при чрезвычайных ситуациях, массовых заболеваниях и повреждениях обеспечение сортировки и эвакуации больных и пострадавших; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий в установленном порядке.

В стране функционируют различные модели формирования выездных бригад скорой медицинской помощи. В крупных городах (г. Душанбе) функционирует двухуровневая врачебная модель, где наряду с линейными бригадами организуются специализированные бригады. Кроме того, работают и акушерские бригады, и фельдшерские перевозочные. В городах с населением менее 500 тыс. человек функционирует двухуровневая смешанная модель. Это, в основном, врачебные бригады интенсивной терапии и фельдшерские выездные бригады, с преобладанием врачебных бригад. По причине нехватки врачебных кадров в населенных пунктах и некоторых административных центрах районного уровня действует двухуровневая смешанная модель с преобладанием фельдшерских бригад. Допускается функционирование одноуровневой фельдшерской модели (фельдшерские выездные бригады).

За период 2002 – 2017 гг. по республике количество выездных бригад выросло с 200 до 262 ед., или на 23,7%. В структуре выездных бригад общепрофильные бригады составляют 42,3%, педиатрические бригады – 3,4%, специализированные бригады - 11,4% и фельдшерские – 41,9%. Соотношение фельдшерских и врачебных бригад составляет 1:2,38 и имеет тенденцию к расширению. В структуре врачебных бригад удельный вес общепрофильных – 74%, педиатрических – 6% и специализированных - 20%. Специализированные бригады организуются в городах с населением свыше 500 тыс. населения, при этом на каждые 250 тыс. населения должно быть одна кардиологическая, 1 психиатрическая бригада - на 300 тыс. населения, анестезиолого-реанимационная бригада на 500 тыс. человек. Бригады интенсивной терапии (БИТ) должны составлять не менее 50% от общего количество общепрофильных бригад. В конце 2017 года в республике функционировало 30 специализированных бригад, их них 26,6% кардиологические бригады, бригады БИТ – 10,0%, психиатрические – 6,6% и 56,7% составляют другие спецбригады (таблица 3.2.6).

В регионах превалируют фельдшерские бригады: в Хатлонской области этот показатель составляет 57,7%, в ГБАО - 60%, по РРП - 32%, а в Согдийской области достигают 73,6%.

Таблица 3.2.6. – Структура выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи Республики Таджикистан за период 2002-2017 гг.

Показатель	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего выездных бригад	200	222	253	217	246	253	230	262
На 10000 населения	0,31	0,31	0,32	0,27	0,29	0,30	0,26	0,29
Врачебные общепрофильные	68	72	112	98	107	120	111	111
%	34	32,4	44,3	45,2	43,5	47,4	48,3	42,3
На 10000 населения	0,10	0,10	0,14	0,12	0,13	0,14	0,13	0,12
Педиатрические	21	18	10	12	16	15	13	9
%	10,5	8,1	4,0	5,5	6,5	5,9	5,7	3,4
На 10000 населения	0,03	0,03	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01
Фельдшерские	98	120	115	92	98	89	79	110
%	49	54,1	45,5	42,4	39,8	35,2	34,3	41,9
На 10000 населения	0,15	0,2	0,14	0,11	0,12	0,10	0,1	0,12
Специализированные	13	12	16	15	25	29	27	30
%	6,5	5,4	6,3	6,9	10,2	11,5	11,7	11,4

Продолжение таблицы 3.2.6.

На 10000 населения	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
Кардиологические	6	6	6	5	11	12	10	7
Неврологические	-	-	1	1	1	1	-	-
Интенсивной терапии	3	1	2	2	2	2	-	1
Психиатрические	1	-	1	1	1	1	1	2
Другие	3	5	6	6	10	13	16	17
Соотношение общепрофильных и фельдшерских бригад	1:1,4	1:1,7	1:1	1:0,9	1:0,9	1:0,7	1:0,7	1:1
Соотношение специализированных и общепрофильных бригад	1:5,2	1:6,0	1:7,0	1:6,5	1:4,3	1:4,1	1:4,1	1:3,7

Обеспеченность населения выездными бригадами на 10 тыс. населения составила 0,31- 0,29, общепрофильными бригадами – 0,1, педиатрическими – 0,03 – 0,01, фельдшерскими – 0,15 – 0,02 и специализированными бригадами на 1000 населения – 0,02 – 0,03. Соотношение линейных врачебных (общепрофильных) и фельдшерских бригад за период 2002 - 2017 гг. составляет 1:1,4 – 1:1, специализированных и общепрофильных - 1:5,2 – 1:1,37, соответственно.

Оптимальным считается, когда соотношение линейных врачебных и фельдшерских (акушерских, транспортных) бригад составляет 1,2:1, по данным Сухина В.В. (2004) для специализированных бригад это соотношение составляет уже 3,7:1[282].

Наши исследования показали целесообразность поэтапного перехода специализированных бригад в бригады интенсивной терапии с последующим переходом к организации и расширению специализированных фельдшерских бригад, конечным итогом является переход на американскую многоуровневую модель -парамедицинские бригады, с учетом местной специфики.

Таким образом, догоспитальный этап службы СМП Республики Таджикистан гражданам оказывается бесплатно в случаях, требующих срочной медицинской помощи, при возникновении стихийных бедствий, катаклизмов, катастроф, бытовых и производственных несчастных случаях, отравлений различного генеза, внезапных заболеваний и состояний.

При этом медицинская помощь оказывается безотлагательно силами и средствами лечебных учреждений независимо от форм их собственности и ведомственной принадлежности, медицинскими и немедицинскими лицами в виде первой помощи и медицинской помощи по принятым правилам.

Главной нерешенной проблемой остается организационная структура службы, так как до сих пор отделения СМП функционируют в составе ЦРБ, хотя служба СМП относится к ПМСП. Кроме того, нарушена межсекторальная координация деятельности службы СМП и госпитальной помощи на уровне районов республики, а также не решены вопросы ресурсообеспечения как их материальная составляющая, так и кадровая.

В целом, по республике по ряду причин, в том числе и особенностей климато-географических и демографических условий, не удалось достичь 15-минутной досптупности населения к услугам СМП.

По прежнему остается нерешенным вопрос интеграции работы службы СМП с первичным звеном здравоохранения.

В регионах набирает обороты тенденция к расширению фельдшерских бригад, что происходит без участия центральных и местных органов здравоохранения, а вопросы о внедрении новых технологий догоспитального этапа остаются открытыми.

При изучении параметров, определяющих эффективность работы службы СМП, важное место занимает показатель загруженности выездных бригад (таблица 3.2.7).

Проведенный нами анализ за период 2002 – 2017 гг. показал, что в динамике отмечается нарастание нагрузки по выездные бригады. Если в 2002 году среднесуточная нагрузка общепрофильных бригад составляла 5,0, то в 2017 году она была равна - 6,6. Загруженность педиатрических бригад выросла в 3 раза (с 4,1 в 2002 г. до 12,2 к концу 2017 г.).

Нагрузка на специализированные бригады сохранилась на уровне 6,4. Среди специализированных бригад загруженность неврологических бригад в динамике не превышает 2,0, психиатрических – 3,4 и кардиологических - 11,6.

Таблица 3.2.7. - Показатель загруженности выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи Республики Таджикистан за период 2002-2017 гг.

Показатель	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Профиль выездных бригад	200	222	253	217	246	253	230	262
1. Врачебные общепрофильные	68	72	112	98	107	120	111	113
1.1 Медицинская помощь при выездах	124902	136004	216735	235828	248133	241963	238526	272657
1.2. Среднегодовой показатель	1836,8	1888,9	1935,1	2406,4	2319,0	2016,4	2148,9	2412,8
1.3.Среднесуточный показатель	5,0	5,2	5,3	6,6	6,4	5,5	5,9	6,6
2. Педиатрические	21	18	10	12	16	15	13	9
2. Медицинская помощь при выездах	31261	27407	21030	22594	30283	33934	44734	40217
2.2. Среднегодовой показатель	1488,6	1522,6	2103,0	1882,8	1892,7	2262,3	3441,1	4468
2.3.Среднесуточный показатель	4,1	4,2	5,8	5,2	5,2	6,2	9,4	12,2
3. Фельдшерские	98	120	115	92	98	89	79	110
3.1. Медицинская помощь при выездах	162890	179072	155778	147193	118719	137320	182413	237046
3.2. Среднегодовой показатель	1662,1	1492,3	1354,6	1599,9	1211,4	1542,9	2309,0	2154
3.3.Среднесуточный показатель	4,6	4,1	3,7	4,4	3,3	4,2	6,3	5,9
Специализированные, в том числе:	13	12	16	15	25	29	27	30
4.1 Медицинская помощь при выездах	30581	36209	48479	53008	58217	58367	60067	70379
3.2.Среднегодовой показатель	2352,4	3017,4	3029,9	3533,8	2328,6	2012,6	2224,7	2345,9

Продолжение таблицы 3.2.7.

3.3Среднесуточный показатель	6,4	8,3	8,3	9,6	6,3	5,5	6,1	6,4
4.1. Кардиологический профиль	6	6	6	5	11	12	10	7
4.1. Медицинская помощь при выездах	14641	23549	15544	18961	18082	19848	20308	16109
4.2. Среднегодовой показатель	2440,2	3924,8	2590,7	3792,2	1643,8	1654,0	2030,8	2301,2
4.3. Среднесуточный показатель	6,7	10,8	7,1	10,4	4,5	4,5	5,6	6,3
5. Неврологический профиль	-	-	1	1	1	1	-	-
5.1. Медицинская помощь при выездах	-	-	177	212	74	100		-
5.2. Среднегодовой показатель	-	-	177,0	212,0	74,0	100,0		-
5.3. Среднесуточный показатель	-	-	0,5	0,6	0,2	0,3		-
6. БИТ	3	1	2	2	2	2	-	1
6.1. Медицинская помощь при выездах	8597	4586	8379	6081	9473	12510	-	4271
6.2. Среднегодовой показатель	2865,7	4586,0	4189,5	3040,5	4736,5	6255,0	2865,7	-
6.3. Среднесуточный показатель	7,9	12,6	11,5	8,3	13,0	17,1	7,9	-
7. Психиатрические	1	-	1	1	1	1	1	-
7.1. Медицинская помощь при выездах	558	-	151	694	770	1257	1054	-
7.2.Среднегодовой показатель	558,0	-	151,0	694,0	770,0	1257,0	1054,0	-
7.3.Среднесуточный показатель	1,5	-	0,4	1,9	2,1	3,4	2,9	-

Показатель среднесуточной загруженности фельдшерских бригад за указанный период колеблется на уровне 4,6 – 5,9 вызовов. Выявлено, что среднегодовая загруженность общепрофильных бригад станции СМП г. Душанбе в 1980 году составляла 9486,3 выездов, 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 1980 г. – 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 1,5 раза.

Служба скорой медицинской помощи, как социально высокозначимая служба, ежегодно выполняет более 500 тыс. вызовов. Если в 2002 г. было выполнено 349634, то в 2017 г. их количество увеличилось до 522725 вызовов, или на 33,1%. При этом соотношение числа выездов к числу обслуженных лиц варьирует на уровне 1:1,01 - 1:1,08 (оптимальным считается 1:1,4). В структуре обслуженных лиц сельское население составляет за весь период наблюдения от 42,1% до 54,7%. Согласно данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, городское население в 2017 г. составляло 26,4%, сельское – 73,6%. Удельный вес обслуженных детей до 14 лет за период наблюдений составил 16,7%.

Показатель частоты госпитализации больных бригадами СМП на 1000 населения по республике колеблется от 8,4 до 11,8. Уровень удельного веса госпитализированных лиц варьирует от 6,3% до 21,6%.

Основными параметрами, характеризирующими потребность в скорой медицинской помощи, является обращаемость населения за скорой медицинской помощью (таблица 3.2.8).

Наши исследования за период 2002-2017 гг. установили, что показатель частоты обращаемости варьирует в пределах 53,7 – 58,5 на 1000 населения. Для сравнения: этот показатель в 1980 г. по г. Душанбе составлял 618,1, а в 1990 г. – 492,1 на 1000 населения.

Таблица 3.2.8. - 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

Показатели частоты обращаемости, по сравнению со среднестатистическими данными по Российской Федерации, снижены в 6,2 раза.

Показатель обеспеченности населения скорой медицинской помощью за период наблюдения находится в пределах 51,2 – 58,5 на 1000 населения.

В Республике Таджикистан не определена стоимость 1 вызова, также отсутствует норматив обеспеченности населения СМП. Например, норматив обеспеченности населения СМП в Российской Федерации составляет 318,0 на 1000 населения.

Показатель удельного веса оказания скорой медицинской помощи лицам, непосредственно обратившимся за скорой медицинской помощью на станцию (отделение) СМП, в динамике увеличился с 24,7 в 2002 г., до 30,0 в 2017 г., или на 21,8% за весь период наблюдения.

При пересчете на 1000 населения частота амбулаторной помощи варьирует с 13,3 до 18,8, или за указанный выше период увеличилась на 31,5%, что оценивается как негативный фактор.

За период 2002-2017 гг. количество выполненных вызовов бригадами СМП с 349634 вызовов увеличилось до 522738, или на 32,7%. При этом показатель частоты на 100 тыс. населения составляет 15591 – 18196, соответственно. (таблица 3.2.9).

В структуре выполненных вызовов за период 2002-2017 гг. медицинская помощь по поводу несчастных случаев составила 4,5% – 3,4%, соответственно, по поводу внезапных заболеваний и состояний - 83,6% – 91,7%, родов и патологии беременности - 4,1% – 2,5%, перевозка больных, родильниц и рожениц 7,9%– 2,4%, соответственно. При этом в структуре перевозок удельный вес сельского населения составляет 41,5% – 64,5%, соответственно. В регионах высокий уровень удельного веса перевозок отмечается в г. Душанбе - 11,8% – 3,0%, РРП - 5,4% – 3,6%, в других регионах страны колеблется в пределах 2,9% - 1,7%, соответственно.

При пересчете на 100000 населения за период наблюдения (2002-2017 гг.) частота родов и патология беременности снизилась с 219,8 до 146,0. Уровень данного показателя в регионах республики неоднозначен.

В г. Душанбе показатель составляет 558,4-261,8, РРП - 168,0 – 133,2, Хатлонской области - 93,8 – 110,7, Согдийской области - 242,2 - 242,6 и в ГБАО

частота достигает максимума и составляет 792,8 – 322,7 на 100000 населения, соответственно.

В структуре выполненных вызовов по поводу несчастных случаев за наблюдаемый период (2002 – 2017 гг.) на первый план вступают травмы, которые в сумме составляют от 38,9 до 48,9%, соответственно.

За ними следуют случаи с отравлениями, которые занимают второе место 17,9% - 21,5%, соответственно, на третьем месте с 9,6% – 16,6%, соответственно стоят ДТП. Дальнейшее изучение выявило, что все случаи ожогов составили 6,3% - 4,9%, электротравма 1,8% - 0,4%, отморожения 0,2% – 0,1%, другие несчастные случаи составили от 24,9 до 7,1%, соответственно. В динамике отравления и другие травмы имеют тенденцию к снижению.

Таблица 3.2.9. - Структура и показатель частоты медицинской помощи при выездах бригад станций (отделений скорой медицинской помощи) Республики Таджикистан за период 2002-2017 гг.

Основной показатель	**2002**	**2007**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
1.Медпомощь при выездах, всего	349634	377692	442122	458623	455352	471579	525740	522738
На 100000 населения	5373,6	5321,9	5535,2	5619,6	5451,9	5514,8	6013,4	5852,9
В том числе по поводу: 1. несчастных случаев	15591	12637	18574	16971	16897	-	17782	18195
%	4,5	3,3	4,2	3,7	3,7	3,6	3,4	3,4
На 100000 населения	239,6	178,1	232,5	207,9	202,3	198,0	203,4	203,7
1.2. Внезапных заболеваний и состояний	292236	326085	395516	412032	408679	426263	478360	479176
%	83,6	86,3	89,5	89,8	89,8	90,4	91,0	91,7
На 100000 населения	4491,4	4594,8	4951,7	5048,7	4893,1	4984,8	5471,5	5365,3

Продолжение таблицы 3.2.9.

1.3 Роды и патологии беременности	14300	11663	14943	14650	14463	15149	15154	13055
%	4,1	3,1	3,4	3,2	3,2	3,2	2,9	2,5
На 100000 населения	219,8	164,3	187,1	179,5	173,2	177,2	173,3	146,0
1.3 Перевозки (больных, рожениц и родильниц)	27507	27307	13089	14970	15313	13236	14444	12312
%	7,9	7,2	3,0	3,3	3,4	2,8	2,7	2,4
На 100000 населения	422,8	384,8	163,9	183,4	183,3	154,8	165,2	203,7

При пересчете объема выполненных вызовов по поводу несчастных случаев на 100000 населения частота ДТП за наблюдаемый период с 25,9 снизилось до - 5,5, травмы - с 105,5 до 99,6, отравлений - с 48,5 до 21,5, ожоги с 17,1 до 4,9, электротравм - с 4,9 до 0,4. Анализ несчастных случаев с отравлениями показал, что за период 2002 - 2017 гг. в структуре всех видов отравлений первое место занимают отравление алькогольсодержащими напитками 33,9% – 50,9%, соответственно, за ним следует отравления лекарствами - 26,6% – 25,8, соответственно, пищевые отравления с удельным весом от 24,0% до 14,8% занимают третье место, отравление газом составляет 8,7 – 8,9%, наркотиками - в пределах 6,8% – 7,9%, соответственно.

Таблица 3.2.10. - Удельный вес выполненных вызовов выездными бригадами скорой медицинской помощи Республики Таджикистан по поводу внезапных заболеваний и состояний (2009-2017 гг.)

Год	Всего	Ишемическая болезнь сердца	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания брюшной полости	Роды и патология беременности	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
2009	332324	16719	77699	2762	13149	15695	13782	12967	40188	1715	64938	72710
	%	5,0	23,4	0,8	4,0	4,7	4,1	3,9	12,1	0,5	19,5	21,9

Продолжение таблицы 3.2.10.

2010	383897	41868	84059	2086	18366	17731	13776	15036	23903	1591	71475	94006
	%	10,9	21,9	0,5	4,8	4,6	3,6	3,9	6,2	0,4	18,6	24,5
2011	363026	27096	102823	2323	17401	22378	13882	17067	24412	1425	79360	54859
	%	7,5	28,3	0,6	4,8	6,2	3,8	4,7	6,7	0,4	21,9	15,1
2012	395516	42367	99646	2435	20212	23115	14943	15704	25758	1547	81454	68335
	%	10,7	25,2	0,6	5,1	5,8	3,8	4,0	6,5	0,4	20,6	17,3
2013	412032	32052	102973	2334	22662	26736	14650	20031	26616	2524	82858	78596
	%	7,8	25,0	0,6	5,5	6,5	3,6	4,9	6,5	0,6	20,1	19,1
2014	408679	36799	111921	2578	26860	28998	14461	20509	22160	2577	74475	67341
	%	9,0	27,4	0,6	6,6	7,1	3,5	5,0	5,4	0,6	18,2	16,5
2015	426263	36300	112566	3212	25868	30000	15149	20258	22305	1552	84228	74825
	%	8,5	26,4	0,8	6,1	7,0	3,6	4,8	5,2	0,4	19,8	17,6
2016	478360	34170	126818	3465	32731	31911	15154	25385	28967	2400	99525	77834
	%	7,1	26,5	0,7	6,8	6,7	3,2	5,3	6,1	0,5	20,8	16,3
2017	522725	40536	135017	4406	36845	31129	13042	25628	23222	3574	85412	105719
	%	7,8	25,8	0,8	7,0	6,0	2,5	4,9	4,4	0,7	16,3	20,2

Динамика развития удельного веса всех видов отравлений неблагоприятная, особенно отравлений спиртными напитками и наркотиками. Проведенный нами анализ структуры травм за период наблюдения (2009-2017 гг.) показал, что травмы рук и ног занимают значительное место и варьируют от 61,2% до 56,1%, соответственно, травмы головного мозга составили 27,8% (без динамики), травмы органов брюшной полости уменьшились от 16,1% до 11,0%, соответственно.

В результате за наблюдаемый период установлено, что удельный вес травм рук и ног составляет от 55.0% до 65,2%, травмы головного мозга колеблются от 23.1% до 33,7% и травмы внутренних органов не более 16,1%

Максимально значимый удельный вес в структуре выполненных вызовов по поводу внезапных заболеваний и состояний отмечается при гипертонической болезни, которая за период 2009-2017 гг. составила 23,4% – 25,8%, соответственно (таблица 3.2.10). Второе место принадлежит заболеваниям органов дыхания 19,5% - 16,3%, инфекционные заболевания составили 12,1% – 4,4%, ишемическая болезнь сердца – 5,0% – 7, 8%, психические заболевания – 4,0% – 7,0%, острые заболевания органов брюшной полости – 4,7% – 6,0 %, роды и патологии беременности 4,1 – 2,1%, острые урологические заболевания – 3,9 – 4,9%, инсульты – 0,8%, онкологические заболевания 0,5 - 0,7%, соответственно. Другие заболевания составили 21,9% – 20,2%, соответственно.

Пересчет на 100 тыс. населения показал, что частота гипертонической болезни за период 2002-2017 гг. имеет максимальное значение 1047,4 – 1511,8, заболевания органов дыхания - 875,5 – 856,4. инфекционные заболевания - 541,8 – 260,0, ишемическая болезнь сердца - 225,4 – 453,9, острые заболевания органов брюшной полости - 211,6 – 348,5, психические заболевания - 177,3-412,6, роды и патология беременности - 185,8 – 146,0, острые урологические заболевания - 174,8 – 287,0, инсульты - 37,2-49,3, онкологические заболевания - 23,1-40,0, соответственно. Другие заболевания составили 980,3 – 1183,7 на 100 тыс. населения, соответственно.

Таблица 3.2.11. - Показатель частоты выполненных вызовов выездными бригадами скорой медицинской помощи Республики Таджикистан по поводу ИБС (на 100 000 населения)

Показатель/Год	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего с ИБС	16719	41868	27096	42367	32052	36799	36300	34170	40536
На 100 000 населения	225,4	549,4	347,1	530,4	392,7	440,6	424,5	390,8	453,6
Стенокардия	1175	9124	12842	11981	11089	11808	11288	12555	12752
На 100 000 населения	15,8	119,7	164,5	150,0	135,9	141,4	132,0	143,6	142,7
%	7,0	21,8	47,4	28,3	34,6	32,1	31,1	36,7	31,4
Инфаркт миокарда	1568	1127	1693	2107	1579	1712	2309	2264	2550
На 100 000 населения	21,1	14,8	21,7	26,4	19,3	20,5	27,0	25,9	28,5
%	9,4	2,7	6,2	5,0	4,9	4,7	6,4	6,6	6,3
Другие ИБС	13976	31617	12561	28279	19384	23279	22703	19351	25234
На 100 000 населения	188,4	414,9	160,9	354,1	237,5	278,7	265,5	221,3	282,4
%	82,6	75,5	46,4	66,7	60,5	63,2	62,5	56,6	62,2

В структуре ишемической болезни сердца за период 2009-2017 гг. Стенокардия составляет 7,0% – 31.4%, при этом максимальное значение зарегистрировано в 2011 г. - 47,4%, инфаркт миокарда - 21,1 – 22,8%, максимальное значение имело место в 2015 г. - 27,0%. Другие виды этой патологии колеблятся от 46,4% до 82,6%, соответственно. Частота выполненных вызовов выездными бригадами на 100 тыс. населения при стенокардии составила 15,8 – 142,7, инфаркте миокарда - 21,1 – 28,5 (таблица 3.2.11).

За период наблюдения частота безрезультатных выездов снизилась с 3,7% до 0,8%, удельный вес отказов вследствие необоснованности вызовов - от 6,5 % до 0,2%.

В целом, летальность составила 0,2% – 0,1% соответственно. В структуре летальности умершие до приезда бригад СМП составили 95,0% - 94,9%.

В присутствии бригад СМП умерло 4,9% – 4.5%. Удельный вес умерших в салоне машины скорой медицинской помощи составил 0,1% - 0,5%, соотвестственно (таблица 3.2.12).

Особенностью клинических аспектов службы СМП являются временные ограничения, приводящие к диагностической неопределенности, высокие показатели гипердиагностики при различной патологии (от 25,0% до 50,0%), особенно у пациентов, в жизне угрожающих состояниях. Кроме того, врачу предстоит за короткое время обеспечить проведение комплекса мероприятий по восстановлению витальных функций на месте, по пути следования и в приемном покое, до передачи пациента дежурному врачу госпиталя. Успешность проводимых мероприятий зависит от имеющегося в арсенале врача необходимых безопасных, эффективных и недорогих по цене медикаментов и изделий медицинского назначения.

Таблица 3.2.12. - Медицинская помощь при выездах бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи Республики Таджикистан за период 2002-2017 гг.

Показатель/Год	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего число выполненных вызовов	349634	377692	442122	458623	455352	471584	525740	522725
Перевозка больных, рожениц и родильниц	27507	27307	13094	14340	15313	10844	13444	12312
%	7,9	7,2	3,0	3,1	3,4	2,3	2,6	2,4
В том, числе сельское население	11415	13832	7477	8737	10692	7313	9887	7944
%	41,5	50,7	57,1	60,9	69,8	67,4	73,5	64,5
Число безрезультатных. выездов	12932	2790	1667	1810	3420	3194	3676	4382
%	3,7	0,7	0,4	0,4	0,8	0,7	0,7	0,8
Количество отказов вследствие необоснованности вызовов	22836	2181	1542	2008	738	774	1035	1079
%	6,5	0,6	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2
Умершие, всего	-	-	1521	1736	1834	1789	1934	2205
на 1000 населения	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Умершие до приезда бригад.	-	-	1400	1655	1728	1713	1860	2093
%	-	-	92,0	95,3	94,2	95,8	96,2	94,9
Умершие в присутствии бригады	-	-	114	74	90	54	71	100
%	-	-	7,5	4,3	4,9	3,0	3,7	4,5
Число умерших в салоне СМП	-	-	7	7	16	22	3	12
%	-	-	0,5	0,4	0,9	1,2	0,2	0,5
Число родов в салоне СМП	-	-	9	12	2	11	14	12

Контроль качества в работе службы СМП в республике многоступенчатый.

Первый уровень контроля проводится ежедневно старшим врачом смены, а также руководителями подразделений. Кроме этого, на уровне руководства учреждения контроль качества осуществляется посредством созданных ими комиссий (лечебно–контрольная и комиссия по летальным исходам). В плановом порядке вопрос рассматривается на заседаниях высшего органа управления – медицинского Совета.

Второй уровень контроля осуществляют местные органы управления здравоохранения в виде контрольных проверок и изучения материала вышеназванных комиссий.

На национальном уровне контроль осуществляется Службой государственного контроля в сфере здравоохранения и входящим в её структуру Центром аккредитации медицинских учреждений системы здравоохранения Республики Таджикистан.

Таким образом, изучение состояния догоспитального этапа службы СМП Республики Таджикистан наряду с некоторыми достижениями выявило существенные негативные тенденции:

- проводимые реформы ПМСП обходят стороной службу СМП;
- слабая нормативно-правовая база не соответствует современным требованиям;
- отсутствие структурных преобразований в данном секторе здравоохранения;
- отсутствие научно – методической основы дальнейшего развития службы СМП;
- слабо развитая инфраструктура службы СМП;
- региональная кадровая и финансовая диспропорция, неравномерность ресурсного обеспечения;
- утечка кадрового потенциала и приток молодых и недостаточно подготовленных специалистов;
- отсутствие системного подхода в подготовке кадров для службы СМП;

- прогрессирующая коммерциализация госпитальных учреждений и сектора ПМСП;
- фрагментация здравоохранения и слабая интеграция СМП с другими ЛПУ;
- недостаточная мотивация сотрудников;
- неэффективная тарификация заработной платы;
- сложный социально-психологический климат.

Важным вопросом организации скорой медицинской помощи является правильное планирование и финансирование.

Экспертная оценка выявила глубокую финансовую диспропорцию в различных районах. Для сравнения разница расходов на 1 выезд бригад СМП, на приобретение медикаментов в 2008 г. колеблется от 0,13 сомони (Хуросон) до 10,08 сомони (Пархар), в 2016 г., от 0,2 (Пенджикент) до 8,6 сомони (Варзоб), в 2017 г., от 0,13 сомони (Пенджикент) до 52,3 сомони (Варзобский район). Аналогичная ситуация отмечается в обеспечении бригад СМП горюче-смазочными материалами. Равномерное и относительно стабильное финансирование отмечается в г. Душанбе (расходы медикаментов на 1 выезд СМП в 2008, 2016 и 2017 гг. составляли 4,1, 3,9 и 4,0 сомони, соответственно). Расходы ГСМ на 1 выезд бригады СМП составили 13,3, 13,2, 13,4 сомони, соответственно.

В Хатлонской области на 1 вызов было запланировано лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения на общую сумму 2,42 сомони, фактически выделено 24,3% от плана. В некоторых районах (Дусти) этот показатель составляет 0,14 сомони или 3,5% от запланированной суммы. В целом диапазон колебаний выделенных средств на 1 вызов СМП для медикаментозного обеспечения по Хатлонской области составляет от 0,14 до 8,71 сомони. В городе Душанбе фактический расход составляет 1,34 сомони, или 33,5% от плана. В ГБАО на 1 вызов СМП на медикаменты было выделено 1,05 сомони или 26,3% от плана. Диапазон колебаний составляет 0,45-3,0 сомони. В РРП из 2,20 сомони фактический расход составил 0,30 сомони, или

8,6% от предусмотренного плана, диапазон колебаний составляет с 0,30 до 2,0 сомони, в Согдийской области от 0,32 до 2,8 сомони.

Выраженное колебание выделенных средств в различных регионах страны с одной стороны, связано с социально-экономическим неравенством, с другой стороны - отсутствием общепринятых нормативов стоимости 1 вызова СМП и норматива обращаемости на 1000 населения, а также моноканальным финансированием (госбюджет) службы СМП.

В 90-е годы прошлого столетия в ГКБ СМП была внедрена бригадная форма оплаты труда, в основе которой лежала оплата за пролеченный случай. При этом оплата производилась дифференцировано по нозологическим группам: чем тяжелее больной, тем больше оплата. Такой подход привел к увеличению статистики тяжелых случаев.

В 2016 году для функционирования станций (отделений) СМП по республике было запланировано 2417,3 штатных единиц, в том числе врачебных 651,05, среднего персонала 244,25 и младшего персонала 522. Из запланированных штатных единиц занято врачами 325,75 (54,3%), средними медработниками 851,45 (70,9%), младшим персоналом 321 (56,3%). Потребность во врачебных кадрах составляет 286 человек, средним персоналом 561 человек. Неправильное планирование штатных единиц в большей степени связано с неукомплектованностью выездных бригад и ограниченностью единиц санитарного транспорта.

При планировании службы скорой медицинской помощи в первую очередь необходимо определить потребность в бригадах скорой медицинской помощи в конкретном административном районе и разместить подстанций с учетом 15-минутной доступности. В крупных городах с населением более 500 тыс. в перспективном планировании целесообразно предусмотреть многопрофильные стационары с отделениями скорой медицинской помощи. В средних и малых городах необходимо запланировать койки для оказания скорой медицинской помощи при приемных покоях.

Наряду с вышеуказанными факторами в перспективном планировании необходимо учесть климато-географические (сезонность заболеваний, краевую патологию, рельеф местности, расположение населенных пунктов) и демографические условия (численность и плотность проживания населения, её поло-возрастная структура), медико-социальные аспекты (уровень жизни, включая бедность, структуру заболеваемости, смертность, инвалидность) и техногенные факторы (магистральные дороги, вокзалы, крупные промышленные объекты). При планировании службы СМП в крупных городах необходимо учитывать население небольших населенных пунктов, расположенных в пограничной зоне с крупными городами и административными центрами.

В целом, при планировании службы СМП должен учитываться комплекс мер, направленных на получение доступа населения к скорой помощи с дальнейшей высококвалифицированной стационарной помощью, возможность развития сети амбулаторно - поликлинических учреждений, снижающих нагрузку на СМП. В связи с чем, планирование СМП должно соответствовать архитектурному генплану заданной территории, включая развитие сети семейных амбулаторий в высотных зданиях, и развитию системы здравоохранения региона в целом.

В перспективе, с внедрением новых технологий в службе СМП, включая парамедицинскую службу, необходимо учесть дислокацию служб быстрого реагирования (КЧС, подразделение МВД, пожарные команды с учетом 7 минутной доступности,на примере развитых государств - США.

Проведенный нами анализ существующей финансовой отчетности лечебно–профилактических учреждений показал, что согласно распоряжению Министерства финансов Республики Таджикистан от 12.06.2018, №40 «О классификаторе доходов и расходов с единым планом бухгалтерских отчетов государственного бюджета» классификаторе включены только самостоятельные станции СМП (центры ЭМП). По этой причине более детально анализировать состояние финансирования отделений СМП, входящих в состав ЦРБ, не представляется возможным.

По данным Мирзоалиева Ф.С. (2010), распределение финансов между службами здравоохранения Республики Таджикистан в процентном соотношении составляло: госпитальная служба - 70,6%, ПМСП - 15,9%, санитарно-эпидемиологическая служба - 5%, специализированные службы - 4,8%, прочие службы - 3,7%. Необходимо отметить, что данные о расходах на службу СМП не приводятся.

В условиях дефицита моноканального бюджетного финансирования особое место уделяется ресурсосберегающим технологиям при планировании расчетных параметров потребностей населения в скорой медицинской помощи. Проведенный анализ документации регулирующей планово-финансовую деятельность службы СМП, показал, что отсутствует нормативный показатель обращений населения за скорой медицинской помощью на 1000 населения (в Российской Федерации – 318,0 на 1000 населения).

В постановлении Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении стратегии финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 годы» (№171 от 10 мая 2005 г.) отсутствует перспективный план развития инфраструктуры (количество станций и отделений СМП, строительство зданий, спецавтобаз, автомастерских, приобретения спецтранспорта и т.д.) службы СМП, в соответствии с демографическими показателями, уровнем заболеваемости и обращаемости населения за СМП.

Таким образом, установлено, что за последние годы в развитии догоспитального этапа службы СМП, включая структурное преобразование, не произошло особых изменений. По-прежнему, в противоречья принятому Правительством республики соответствующему документу, учреждения СМП в районах остаются в структуре ЦРБ.

Децентрализация управления службой, включая службу СМП г. Душанбе, в условиях дефицита бюджетных средств (моноканальное финансирование) и отсутствия альтернативных источников финансирования повлияла на качественные показатели СМП. Несмотря на некоторый количественный рост

санитарного транспорта, его техническое состояние и обеспеченность не соответствуют требованиям. Основная часть санитарного транспорта эксплуатируется больше 10 лет, в машинах отсутствует система связи, персонал продолжает пользоваться собственными мобильными телефонами. На фоне дефицита выездных бригад в большинстве районов их загруженность в сутки не высокая, что связано в большей степени с недостаточным ресурсо-обеспечением и дефектом организации службы на местах.

Следует отметить, что некоторое увеличение штатных должностей и их укомплектованность произошли за счет увеличения штатов младшего и технического персонала. Отмечается нехватка кадров, особенно врачебных, в структуре выездных бригад, в районах превалируют фельдшерские бригады. На практике без участия местных и центральных органов здравоохранения происходит переход от многоуровневой к моноуровневой модели функционирования службы СМП. Степень квалификационной категории медперсонала находится на низком уровне, отмечается частичный приток молодых и неподготовленных специалистов, что свидетельствует о непрестижности данной профессии. Хотя в перечень номенклатуры должностей врач скорой помощи включен, как специальность, однако целевых программ по интернатуре, клинической ординатуре и аспирантуре для данной категории не предусмотрено.

Также на недостаточном уровне находится состояние материально-технической базы в плане обеспечения медоборудованием и медикаментами. Оснащение медицинской сумки составляет не более 47% (в городах), при этом медикаменты, составленные и подобранные на основании доказательной медицины, не превышают 60%. Имеется расхождение между оснащением медицинской сумки и медикаментами, предусмотренными клиническими протоколами по оказанию догоспитальной медицинской помощи, что является причиной не исполнения их медперсоналом.

В целом, дальнейшее развитие догоспитального этапа службы СМП не-возможно без её реформирования и совершенствования, включая переход на

другие модели функционирования, соответствующие нынешним социально-экономическим условиям.

3.2.1. Нормативно-правовая база, регулирующая деятельность службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан

(достижения, недостатки)

На основании закона Республики Таджикистан «О нормативно–правовых актах» №599 от 12 марта 2009 года деятельность службы скорой медицинской помощи регулируется действующими приказами Министерства здравоохранения СССР от 20.07.1988 г., №404 «О мерах по дальнейшему развитию усовершенствования скорой медицинской помощи населению», от 29.12.1984 г., №1490 «О мерах по дальнейшему развитию усовершенствования скорой медицинской помощи населению»; от 20.07.1983 г., №595 «О повышении уровня практической подготовки врачей–терапевтов-участковых, цеховых врачебных участков и врачей скорой и неотложной медицинской помощи по электрокардиографии»; приказами Минздрава Таджикской ССР от 14.04.1985 г., №383 «О мерах по дальнейшему развитию усовершенствования скорой медицинской помощи населению»; от 24.02.1987 г., №201 «Об использовании ведомственной радиосвязи в системе здравоохранения»; от 25.03.1976 г., №300 приказ Минздрава СССР «О нормах оснащения санитарным автотранспортом и о режиме работы санитарного автотранспорта»; временными должностными; инструкциями станции скорой медицинской (должностная инструкция главного врача; должностными инструкциями выездной линейной бригады (приложение 12); должностными инструкциями диспетчера по приему вызовов (приложение 13), утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №345от07.12.2000г).

Также в деятельности службы СМП используется приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №546 от 24.09.2008 г. «Об утверждении номенклатуры должностей с высшим и средним медицинским и

фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Республики Таджикистан»; приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 07.06.2017 г., №602 «Об утверждении Перечня должностей медицинских и фармацевтических работников организаций и учреждений системы здравоохранения Республики Таджикистан», согласно которым в номенклатуру должностей включен врач скорой медицинской помощи.

Результаты исследования показали, что главной нерешенной проблемой службы остается её организационная структура. Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31.12.2002 г., №525 «Об утверждении организационной структуры учреждений первичной медико-санитарной помощи» станции (отделения) СМП отнесены к ПМСП, фактически, за исключением самостоятельных учреждений, все отделения СМП являются структурным подразделением ЦРБ. Также на примере г. Душанбе нами доказана малая эффективность функционирования службы СМП в составе объединённых и многопрофильных больниц.

Установлено, что в дерективном документе, утвержденном Постановлением Правительства Республики Таджикистан №368 от 02.08.2010 г. «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 гг.» предусмотрено создание единой службы медицины катастроф, при этом судьба службы СМП остается неопределенной.

Изучение существующей системы управления показало, что в настоящее время служба СМП Республики Таджикистан децентрализована, что отразилось на качественных и количественных показателях.

Установлено, что ранее организованные постановлением Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении отделения и отделов здравоохранения исполнительных органов государственной власти городов и районов» от 02.12.2009 г., №665, районные отделы здравоохранения были ликвидированы распоряжением Президента Республики Таджикистан “О сокращении штатных единиц государственных служащих” от 11.07.2012 г.,

№1301. Указанная структура при эффектином использовании могла бы сдужить как связующее звено между первичным звеном и госпитальным сектором.

Кроме того, предусмотренное приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 г. «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан» разделение службы СМП на скорую и неотложную медицинскую помощь, осталось не выполненным по ряду объективных причин. В этом плане особый интерес представляет служба скорой медицинской помощи г. Душанбе, как столицы и крупного города с населением около 1 млн. человек.

В законе Республики Таджикистан №311 от 13.12.1996 г. «О статусе столицы Республики Таджикистан» не отражены вопросы функционирования столичной службы СМП, позволяющие координировать экстренную медицинскую помощь, оказываемую медицинскими службами различных ведомств (МВД, Медико-санитарные части аэропорта, железной дороги, Министерства юстиции, Таможенного комитета, частных клиник и др.) и учреждениями третичного уровня. Принятый в связи с этим приказ МЗ РТ №748 от 02.11.2009 г. «О проведении рабочих консультаций по улучшению преемственности лечебных учреждений и станций скорой помощи г. Душанбе», регламентирующий взаимодействия СМП и стационаров, включая республиканского назначения, остался нереализованным. Согласно изученой документации, в целом, по городу Душанбе, как крупнейшему городу республики отсутствует координация работы СМП с другими ЛПУ, включая госпитальный этап экстренной медицинской помощи.

Установлено, что, согласно постановлению Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении стратегии финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 годы», № 171 от 10 мая 2005 года, финансирование СМП остается моноканальным без альтернативных источников финансирования, а также в нем отсутствует нормативный показатель обращаемости на 1000 населения. Внедрение

подушевого финансирования в учреждениях ПМСП регламетируется постановлением Правительства Республики Таджикистан «О вопросах внедрения подушевого финансирования учреждений первичной медико-санитарной помощи» № 827 от 31.12.2015 г., в котором не учтены учреждения СМП. Также реализация ранее принятых законов Республики Таджикистан “О медицинском страховании в Республике Таджикистан” №408 от 18.06.2008 г; «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» №677 от 29.12.2010 г; «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» №1080 от 14.03.2014 г; «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» №1490 от 02.01.2018 г. была приостановлена законом Республики Таджикистан “О внесении изменений в закон Республики Таджикистан “О медицинском страховании в Республике Таджикистан” (ведомость Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 2008 г. №6, ст. 466; 2010 г., №12, ч.1, ст. 836, 2014 г. №3 ст.155), что могло бы стать альтернативным источником финансирования для службы СМП.

Принятая Концепция реформирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан, утвержденная постановлением Правительства Республики Таджикистан №94 от 04.03.2002 г., и Государственная программа развития информационно-коммуникационной технологии, утвержденная Постановлением Правительства Республики Таджикистан №468 от 3 декабря 2004 г., являются хорошей стартовой базой для повсеместного внедрения автоматизированной системы управления службы СМП. Нами выявлено, что основной проблемой в реализации данной программы остается нерешенность вопросов структурных преобразований, с организацией в структуре МЗиСЗН РТ управления (отдела) «электронного здравоохранения» и связанная с этим организация соответствующих структур в регионах, а также разработки методических и нормативно-правовых актов, включая вопросы финансового обеспечения.

Установлено, что принятый Пакет государственных гарантированных услуг (ПГГ) распространяется на пилотные районы, финансирование которых

осуществляется в пределах предусмотренных бюджетом средств. Первое постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Базовой программы оказания медико-санитарной помощи гражданам Республики Таджикистан и Порядок оказания медико–санитарной помощи гражданам учреждениями государственной системы здравоохранения за счет физических и юридических лиц» №237 от 02.07.2005 г. в последующем было приостановлено.

В дальнейшем постановлениями Правительства Республики Таджикистан (№199 от 14.04.2007 г; №52 от 12.02.2010 г; №579 от 03.12.2011 г; №20 от 03.12.2011 г; №90 от 25.02.2017 г.) в период 2007 - 2017 годов в группу пилотных районов были включены города: Истиклол, Сарбанд, Нурек, Турсунзаде; районы Спитамен, Хамадони, Ш. Шохин, Дангара, Рашт, Варзоб, Истаравшан, Пяндж, Ашт, Шугнан, Шахринав, Файзобод, Горный Матча, Ховалинг, Рушон, всего 20 городов и районов. В соотвествии с вышеуказанными Программами скорая медицинская помощь в указанных городах и районах оказывается бесплатно. Следует отметить, что Конституция Республики Таджикистан гарантирует гражданам бесплатную медицинскую помощь.

Выявлено, что приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан «О перечне обязательных медикаментов и изделий медицинского назначения, используемых в ящике экстренной помощи лечебного учреждения» (№523 от 18.07.2014 г.) регламентирует наличие противошокового набора или набора экстренной помощи, в приемных покоях и стационарных отделениях, независимо от профиля. Имеет место расхождение количества медикаментов, указанных в клинических протоколах скорой медицинской помощи, утвержденных приказом МЗиСЗН РТ №53 от 05.02.2014 г., и перечнем медикантов медицинского ящика врача СМП. При этом только 60 наименований медикаментов отобраны на основании доказательной медицины, утвержденны приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения

Республики Таджикистан №183 от 16.03.2016 г. «Об утверждении списка основных лекарственных средств Республики Таджикистан».

Нами установлено, что Постановление Правительства Республики Таджикистан «О районных коэффициентах, коэффициентах за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах» №303 от 03.05.2014 г; закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения» №412 от 15 мая 1997 г; список производств, цехов, профессий и должностей с вредными и тяжелыми условиями труда, утвержденные Постановлением Правительства Республики Таджикистан №521 от 31 декабря 2002 г. (внесены изменения и дополнения постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2007 г., №658), направленые на социальную поддержку сотрудников станции (отделении) СМП, остались нереализованными.

Результаты исследования нормативных документов показали, что в приказе Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан №560 от 03.04.2007 г. «О правилах и организации прохождения аттестации медицинских и фармацевтических кадров» предусмотрен вопрос о прохождении аттестации: на соответствие занимаемой должности через 3 года; на 2-ю категорию через 5 лет; на 1-ю категорию через 7 лет; на высшую категорию через 15 лет. Кроме того, установлено, что выдача сертификата специалиста для занятия медицинской деятельностью, которая осуществляется на основании главы 5, статьи 20, 21 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, где специалисты должны проходить сертификацию (не менее 1 раз в 5 лет), на практике не применяется.

В ходе дальнейшего изучения документов выявлено, что приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №548 от 28.09.2011 г. были утверждены формы 109/у - журнал записи приема вызовов скорой медицинской помощи, 114/у - сопроводительный лист станции СМП и талон к сопроводительному листу, 110/у - карта вызовов станции СМП и 117/у- отчет станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи. В последующем

приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан № 655 от 12.11.2013 г. были утверждены новые формы: 099 - журнал записи приема вызовов скорой медицинской помощи; 101 - сопроводительный лист станции СМП; талон к сопроводительному листу; 100 - карта вызовов станции СМП и 102/у- отчет станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи.

Существующая форма №40 - Отчёт станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи, утвержденая приказом Минздрава Республики Таджикистан №342 от 07.12.2000 г. был дополнен качественными показателями; штаты всего персонала; число санитарного транспорта; количество стационарных и мобильных телефонов, рации и их состояние; структура вызовов; число умерших, роды и летальность и др.

В последующем отчетно-учетная документация станции (отделении) СМП были пересмотрены приказом МЗиСЗН РТ №840 от 03.10.2015 г. «Об утверждении медицинской первичной документации учреждений государственной системы здравоохранение Республики Таджикистан.

Важным аспектом, влияющим на объем работы станции (отделения) скорой медицинской помощи, является преемственность службы СМП с Центрами здоровья (амбулаторно - поликлинической сети).

В изученных нормативных актах, обеспечивающих преемственность службы СМП с центрами здоровья, установлены серьезные недостатки, а именно: отсутствие приказов регламентирующих; организацию стационарзамещающих технологий, медицинскую помощь на дому, стационары на дому, дневные стационары. Имеется потребность в пересмотре и расширении перечня амбулаторных лечебно-диагностических процедур с учетом современных технологий, позволяющих перевести основную нагрузку со стационаров на центры здоровья до уровня возможного. Установлено также, что действующий приказ Министерства здравоохранения СССР №1278 от 16.12.1987 г. (приложение 1 - положение о стационаре дневного пребывания в больницах и дневного стационара в поликлиниках и приложение 2 – о стационаре на дому в амбулаторно–поликлинических учреждениях) носит

формальный характер. Организованные дневные стационары при центрах здоровья работают на общественных началах, без финансового подкрепления.

По факту, семейные врачи в городах сосредоточены в основном в центрах здоровья, последние уменьшают доступ населения к медицинской помощи. По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, в г. Душанбе только в 60,4% случаев пациенты посетили семейного врача. Данный показатель по РРП составляет 79,6%, по Согдийской области - 51,9 %, Хатлонской области – 47,8% и ГБАО - 37,6%. В целом, проблемы получения доступа к медицинским учреждениям по г. Душанбе имеют 10,6%, Согдийской области - 23,4 %, Хатлонской области – 40,6%, ГБАО - 32,6% и РРП - 25,7% пациентов.

Нами установлено, что в целях приближения доступа населения к медицинской помощи и снижения нагрузки на службу СМП в рамках среднесрочной программы развития здравоохранения города Душанбе на 2011-2015 гг. (решения председателя города Душанбе №157 от 04.03.2011г. и №312-1 от 11.06.2015 г.) было запланировано строительство семейных амбулаторий в густонаселенных местах, в том числе высотных жилых зданиях.

Выявлено, что в Республике Таджикистан скорая медицинская помощь состоит только из догоспитального этапа. В постановлении Правительства Республики Таджикистан «Стратегия Республики Таджикистан по реструктуризации госпитальной службы на период 2006-2010 годы» от 7 сентября 2006 года, №407 и приказе Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 23 октября 2004 г. №345 «Об утверждении типовых правил и положений», регулирующих деятельность госпитальных учреждений, вопросы организации госпитального этапа скорой медицинской помощи не предусмотрены.

В вопросах взаимодействия службы СМП с другими профильными учреждениями особое место пренадлежит преемственности с центрами здоровья (амбулаторно-поликлиническая сеть), которые являются зеркальным отражением функционирования службы СМП. В Республике Таджикистан в

соответствии с Законом Республики Таджикистан от 29 декабря 2010 года, №676 «О семейной медицине» центры здоровья функционируют по принципу семейной медицины.

В указанном законе и других нормативных актах, регулирующих деятельность учреждений ПМСП, не определены вопросы дальнейшего совершенствования данной службы (например, в развитых странах (Великобритания) где семейные амбулатории являются самостоятельными субъектами).

Существующие центры здоровья и входящие в их структуру семейные амбулатории, в основном, размещены в зданиях, построенных по СНИП-ам, действующим в бывшем СССР, что не может удовлетворить потребности центров здоровья, работающих по принципу семейной медицины**.** Кроме того, в строительных нормативах не предусмотрено отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи.

Установлено, что в Кодексе здравоохранения Республики Таджикистан, утвержденном постановлением Маджлиси Милли, Маджлиси Оли Республики Таджикистан №374 от 18.05.2017 г., в частности в статье 7 (Полномочия местных исполнительных органов власти в сфере здравоохранения); статье 49 (Профессиональные обязанности медицинских и фармацевтических работников); статье 54 (обязанность должностных лиц и других граждан и содействовать медицинским работникам в оказании лечебно-профилактической помощи); статье 75 (Обязанность специалистов семейной медицины), предусмотрено оказание первой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим.

Слудует отметить, что кодекс не охватывает всего спектра деятельности службы скорой медицинской помощи и требует внесения дополнений и изменений. В главу 2 статьи 2 требуется внесение изменений в части обязанности должностных лиц исполнительного органа государственной власти на местах по обеспечению беспрепятственного проезда санитарного транспорта по пути следования до места назначения (полоса для спецмашин, профилактика

заторов, недопущение искусственных преград у жилых домов, освещение улиц и нумерация домов); ответственности граждан за нанесение морального ущерба и увечья, с утратой здоровья сотрудников скорой помощи во время выполнения ими своих функциональных обязанностей; социальных льгот для сотрудников службы СМП, включая коэффициент оплаты за работу в условиях высокогорья; прав сотрудников службы СМП при производственных травмах, заражении трансмиссивными и особо опасными инфекционными заболеваниями; в случаях их смерти во время исполнения ими функциональных обязательств; приравнивания прав сотрудников скорой помощи с правами сотрудников милиции.

Дальнейшее изучение кодекса показало, что в главе 8 статьи 59 (Формы предоставления медицинской помощи) не определены понятия: экстренная медицинская помощь, неотложная медицинская помощь, плановая медицинская помощь (медицинская эвакуация), скорая медицинская помощь, первая медицинская помощь, медицинская помощь на дому, включая паллиативную и первая помощь. В указанной статье также не определены этапы скорой медицинской помощи (госпитальный и вне медицинских учреждений или до- госпитальный), разделение полномочий участников - специалистов и учреждении, оказывающих медицинскую помощь. Имеются противоречия в определении названий учреждений, оказывающих скорую медицинскую помощь. В вышеуказанной статье вид помощи определен, как «скорая медицинская помощь», при этом «судьба» неотложной помощи остается неясной, а на практике продолжают функционировать отделения скорой и неотложной помощи.

В кодексе не определены вопросы оплаты услуг СМП, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи (ложные вызовы, безрезультатные выезды, обслуживание коммерческих культурно-массовых и спортивных мероприятий; транспортировка консультантов, доставка крови и её компонентов), а также оплаты услуги СМП иностранным гражданам, кроме лиц, входящих в межгосударственные соглашения об оказании экстренной

помощи. В главе 11 статьи 72 (Принципы деятельности семейной медицины) не предусмотрены вопросы интеграции работы специалистов скорой медицинской помощи и семейных врачей. Также не отражены вопросы оказания скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях, когда пациент не нуждается в круглосуточном наблюдении.

Установлено также, что в Кодексе здравоохранения Республики Таджикистан предусмотрена организация оказания экстренной медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в учреждениях особого режима, имеющих в своем составе медицинскую службу. Данный подход требует обоснованного пересмотра в пользу обслуживания данной категории за счет имеющихся медицинских служб этих ведомств (в дневное время).

Установлено, что частная медицинская деятельность, отраженная в главе 10 кодекса и закона Республики Таджикистан «О государственно-частном партнерстве» №907 от 28.12.2012 года, в виде альтернативной службы скорой медицинской помощи с государственным регулированием отдельных или всех видов медобслуживания, не получила широкого применения. В кодексе отсутствует раздел финансирования службы СМП, а также вопросы модернизации с использованием инновационных технологий, временные стандарты доезда СМП к месту происшествия, госпитализация пациентов согласно профилю в высокотехнологичные стационары (при их наличии), не отражен порядок сортировки и эвакуации пациентов в приемных покоях.

Дальнейшее изучение существующих нормативно-законодательных актов, а именно: приказа Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины» №584 от 31.10.2005 г; закона Республики Таджкистан “О семейной медицине” №330 от 01.07.2011г и Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, регламентирующих сферу деятельности семейного врача, показало, что в них не отражены вопросы оказания скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях, когда пациент не нуждается в круглосуточном наблюдении, степень и уровень взаимодействия семейного врача с врачами СМП.

Нами доказано, что приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 г. «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан», который базируется на действовавшие приказы Минздрава СССР, не отвечает современным требованиям, в частности приказ не учитывает климато-географических и демографических условий. Кроме того, в вышеназванном приказе не предусмотрены вопросы организации и развития госпитального этапа скорой медицинской помощи.

В целом, существующая нормативно–правовая база службы СМП республики нами оценена как не соответствующая современным требованиям. На наш взгляд, в нормативных документах не регламентированы правила вызова СМП, взаимоотношения врача и пациента при непредвиденных ситуациях, не отражены вопросы социально–правовой защиты медперсонала СМП и взаимодействия с другими службами. Существующая расчётная потребность населения в выездных бригадах не учитывает особенностей рельефа и плотность проживания населения, а статистическая отчетность направлена на количественные показатели службы СМП.

Результаты исследования в части нормативной базы, обеспечивающей взаимодействие службы СМП с профильными службами, показали, что в соответствии с Постановлением Правительства Республики Таджикистан о положений МЗиСЗН РТ (№148 от 03.04.2014 г.) в структуре МЗиСЗН РТ предусмотрено отделение по чрезвычайным ситуациям и экстренной медицинской помощи. Согласно пункту 4, на МЗиСЗН РТ возложена координация действий с другими профильными учреждениями. Взаимодействие служб экстренного реагирования в Республике Таджикистан координируется Национальным комитетом, который в своей деятельности руководствуется нижеследующими законодательно-правовыми актами:

- Закон Республики Таджикистан "О гражданской обороне" (в редакции Закона Республики Таджикистан №2229 от 05.03.2007 г., №1147 от 27.11.2014г);

- Закон Республики Таджикистан "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера" №173 от 30.04.2004 г.;

- Постановление Правительства Республики Таджикистан от 3 июня 2006 года, №229 «Об утверждении Положения служб гражданской обороны". - Душабе, 2006;

- Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2014 года, №833 «О структуре и порядке функционирования Единой государственной системы Республики».

Установлено, что в соответствии с утвержденным Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 28.04.2017 г. №214 «Положение о системе обеспечения экстренных вызовов на чрезвычайные ситуации по единому краткому оперативному номеру «112» Комитета по чрезвычайным ситуациям и гражданской обороны при Правительстве Республики Таджикистан» в качестве телефонного номера экстренной службы действует номер "112", который предусмотрен для информационного обеспечения единых дежурно-диспетчерских служб и обеспечения вызовов экстренных и реагирующих служб (служб пожарной охраны; службы скорой медицинской помощи; службы реагирования на чрезвычайные ситуации; службы охраны общественного порядка). В «Правилах дорожного движения», утвержденных Постановлением Правительства Республики Таджикистан №323 от 29.06.2017 г. предусмотрено оказание медицинской помощи участникам дорожного движения при ДТП, также водители обязаны, по требованию сотрудников ГАИ и медицинских работников доставить пострадавших в ДТП до лечебного учреждения при угрожающих для их жизни состояниях. Водители обязаны иметь автомобильную аптечку, перечень содержимого которого определяет МЗиСЗН РТ. Водитель – врач обязан иметь указатель о том, что за рулем находится врач, при необходимости он должен оказать медицинскую помощь пострадавшим, это распространяется на всех участников дорожного движения, санитарный транспорт скорой медицинской помощи отнесен к спецмашинам,

которые при необходимости могут игнорировать красный свет светофора. В данном нормативном акте не отражены вопросы участия сотрудников ГАИ в оказании первой медицинской помощи.

Выявлено, что на основании статьи Закона Республики Таджикистан «О правилах дорожного движения» Постановлением Правительства Республики Таджикистан №340 от 30.06.2012 г. утвержден «Порядок организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях». В соответствии с указанными выше правилами определены вопросы организации первой медицинской помощи до приезда СМП. В пункте 33 правил дано определение катастрофы (когда число пострадавших составляет 6-8 человек на 100 тыс. населения). Также определен порядок организации действия прибывших на помощь (ГАИ, ЧС, СМП). Существенным недостатком данной формы взаимодействия является то, что представители ведомств, прибывшие к месту катастрофы, не являются одной командой, как спасательная группа, на постоянной основе. В пункте 5 Правил указано об организации медицинских пунктов на каждые 60 км магистральных дорог, с организацией телефонной точки «03». Данная форма организации имеет существенные недостатки. Во-первых, составе команды нет представителей ГАИ, ЧС, во-вторых, организация медпунктов на магистральных дорогах протяженностью более 600 км (10 медпунктов) требует бесконечных затрат и является неэффективным мероприятием. Также не решены вопросы нормативно-правовых актов, регламентирующих уровень и объем медицинской помощи, обучение и сертификация участников групп быстрого реагирования (ГАИ, ЧС), в этих условиях более эффективным мероприятием была бы организация смешанной формы сотрудничества, то есть спасательные группы используют наземный транспорт и санитарный вертолет.

Установлено, что в статье 3 Закона Республики Таджикистан «О пожарной безопасности» от 29.12.2010 г. №646 предусмотрено оказание медицинской помощи пострадавшим при пожаре, без определения вида, стандарта и объема медицинской помощи, не утверждён состав медицинской сумки, также не

отражены вопросы обучения и сертификации сотрудников по оказанию первой медицинской помощи.

В рамках утвержденного Постановления Правительства Республики Таджикистан от 5 июля 1999 года, №280 Соглашения о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Киргизской Республики и Российской Федерации стороны предоставят гражданам равные права на получение бесплатной скорой и неотложной медицинской помощи в этих государствах наравне с гражданами страны, где оказывается помощь.

Проведенная экспертная оценка существующих нормативно-правовых документов установила, что для эффективной работы станции (отделения) скорой медицинской помощи отсутствуют следующие нормативные документы:

- нормы оснащения лечебных учреждений санитарным транспортом согласованные с Министерством финансов;

- стандарты санитарного транспорта в зависимости от класса;

- стандарты медицинского оборудования и изделия медицинского назначения;

- организация, приобретение, регистрация и учет средств связи и коммуникаций;

- перечень спецодежды для медперсонала; медицинской помощи на дому; нормы расхода медикаментов и изделий медицинского назначения;

- нормативный показатель обращаемости на 1000 человек;

- нормативный расчет потребности населения в выездных бригадах с учетом их круглосуточного режима работы.

3.2.2. Квалификационная характеристика специалиста - врача скорой медицинской помощи

Нами установлено, что в действующих документах, регулирующих деятельность СМП отсутствует квалификационная характеристика специалиста - врача скорой помощи. которая нами была разработана в следующем варианте.

Врач скорой помощи в соответствии о сспециальностью должен знать и уметь:

1. Общие знания:

- нормативно-правовые документы, основы законодательства в области здравоохранения, регулирующие деятельность службы СМП;
- основы кодекса о труде Республики Таджикистан, вопросы организации службы скорой медицинской помощи, инструкции и положения определяющие права и обязанности сотрудников СМП;
- основы анестизиологии и реаниматологии: основные методы реанимации при угрожающих жизни состояниях на догоспитальном этапе;
- диагностику и неотложную помощь при неотложных состояниях (внезапных заболеваниях);
- основы диагностики и экстренной помощи при абдоминальных травмах и травмах мышечно-секелетного аппарата;
- основы неотложной помощи при ЛОР и глазных заболеваниях и травмах;
- основы экстренной медицинской помощи при травмах и заболеваниях нервной системы и термических поражений на догоспитальном этапе;
- основы неотложной помощи при акушерской и гинекологической патологиях;
- основы неотложной помощи при психических заболеваниях;
- основы неотложной помощи при инфекционных заболеваниях и отравлениях;
- основы неотложной урологической помощи.

2. Общие умения:

- правильное оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством в области здравоохранения;
- правильный сбор информации и сбор анамнеза;
- распознание общих и специфических признаков заболеваний, использование объективных методов обследования пациента;

- оценка состояния пациента, определение причины приведщей к тяжёлому состоянию пациента;
- освоить алгоритм и объём необходимых реанимационных мероприятий;
- освоить применение инструментальных методов исследования (ЭКГ), уметь их интерпретировать;
- определить диагноз, тактику ведения больного, необходимость в госпитализации и транспортировки в стационарное учреждение.

3. Специальные умения и знания

В области неотложных состояний в клинике внутренних болезней врач скорой помощи должен знать:

- классификацию, диагностику и неотложную помощь при ишемической болезни сердца (стенокардии, инфаркте миокарда и его осложнениях);
- алгоритм диагностики и лечения неотложных состояний при пороках сердца, дистрофических поражениях и кардиомегалии;
- алгоритм диагностики неотложной помощи при сердечных аритмиях и блокадах;
- алгоритм диагностики и неотложную помощь при артериальных гипертензиях;
- ЭКГ дигностику, её особенности при инфаркте миокарда, аритимиях и блокадах;
- алгоритм диагностики и неотложную помощь при зболеваниях дыхательных путей (пневмония, острый обструктивный ларинготрахеит, тромбоэмболия легочной артерии, бронхиальная астма и астматический статус);
- алгоритм диагностики и неотложную помощь при заболеваниях ЖКТ (язвенная болезнь и её осложнения, заболевания пищевода, желчнокаменная болезнь, острый панкреатит);
- алгоритм диагностики и неотложную помощь при эндокринолигических заболеваниях (сахарный диабет).

В области реаниматологии врач скорой помощи должен знать:

-фармакологическое и клиническое обоснование использования средств, применяемых для инфузионной терапии (медиаторного действия, аритмические , наркотические анальгетики);

-проведение реанимационных мероприятий, их показания и противопоказания (методы, условия отказа от неё, особенности у детей и новорожденных);

- этиопатогенез, классификацию острой дыхательной недостаточности, и принципы её лечения;

- разновидности шока (патогенез, классификация, тактика и принципы лечения);

-течение аллергических и коматозных состояний (патогенез, классификация и лечение);

- особенности реанимации и интенсивной терапии несчастных случаев (утепление, асфиксия, электротравма);

- общую анестезию на догоспитальном этапе, механизм её действия и методику применения (закись азота, барбитураты, препараты нейролептаналгезии), фармакодинамику и способы применения местных анестетиков;

-применение аппаратуры для проведения ИВЛ (характеристика и эксплуатация).

В области неотложных состояний при острых заболеваниях и травмах грудной и абдоминальной полости врач скорой помощи должен знать:

-алгоритм диагностики и тактику ведения больного при остром аппендиците;

-алгоритм диагностики и тактику ведения больного при ущемлённых грыжах, наиболее часто встречающихся осложнениях;

- алгоритм диагностики и тактику ведения больного при острой кишечной непроходимости (основные расстройства гомеостаза и методы их коррекции);

- алгоритм диагностики и тактику ведения больного при повреждении живота (клинику ранений паренхиматозных и полых органов, особенности диагностики при закрытых повреждениях живота);

- алгоритм диагностики и тактику ведения больного при повреждениях груди (пневмоторакс, гемоторакс).

В области травматологии врач скорой помощи должен знать:

- методы обезболивиния (борьбы с шоком) при повреждениях и травмах опорно-двигательного аппарата;
- диагностические особенности и неотложную помощь при повреждениях мягких тканей, переломах и вывихах;
- диагностические особенности и неотложную помощь при повреждениях костей таза и позвоночника;
- современную классификацию острых повреждений, классификацию ран (методы их обработки и пути профилактики инфекции);
- особенности повреждений и травм опорно-двигательного аппарата у детей.

В области неотложных состояний при ЛОР заболеваниях и травмах врач скорой помощи должен знать:

- алгоритм диагностики и тактику лечения при ранениях и инородных телах;
- алгоритм диагностики и тактику лечения при переломах костей носа, носовых кровотечениях, внутричерепных осложнениях заболеваний носа и придаточных пазух;
- алгоритм диагностики и тактику лечения при травмах глотки, гортани и пищевода, нагноительных процессах и инородных телах.

В области неотложных состояний при травмах и заболеваниях нервной системы врач скорой помощи должен знать:

- современную диагностику и классификацию черепно-мозговых травм (клиническое течение различных типов комоционно-кондиционного синдрома), принципы их лечения на догоспитальном этапе;
- алгоритм диагностики и классификацию травм спинного мозга (принципы лечения, особенности транспортировки);
- алгоритм диагностики, лечение и классификацию судорожных состояний (особенности развития у детей);
- алгоритм диагностики, лечение и классификацию острых нарушений мозгового кровообращения;

- алгоритм диагностики и классификацию острых воспалительных заболеваний головного и спиного мозга.

В области неотложных состояний при заболеваниях и травмах глаза врач скорой помощи должен знать:

- клинические признаки и лечение острого приступа глаукомы;
- клинические проявления ранений и ожогов глаза (принципы неотложной помощи, показания к госпитализации).

В области неотложных состояний в акушерско-гинекологической практике врач скорой помощи должен знать:

-этиопатогенез и клинические проявления токсикоза у беременных (неотложную помощь при эклампсии);

- алгоритм диагностики и тактику помощи при абортах и преждевременных родах (патогенез кровотечения при преждевременных родах);
- общие принципы ведения родов на догоспитльном этапе;
- методы диагностики кровотечений при поздних сроках беременности, в родах и послеродовом периоде;
- патогенез, принципы интенсивной терапии при акушерском геморрагическом шоке;
- особенности клинических проявлений и неотложную помощь при септических заболеваниях (внематочная беременность, апоплексия яичника и дисфункциональные маточные кровотечения);
- алгоритм диагностики и тактику лечения острых воспалительных заболеваний женских половых органов.

В области неотложных состояний психических заболеваний врач скорой помощи должен знать:

- клинические особенности острых психических заболеваний и синдромов, их классификацию, принципы неотложной помощи на догоспитальном этапе;
- клинические особенности обострения острой шизофрении и неотложную помощь на догоспитальном этапе;

- диагностику и клинические проявления алкогольного и маниакально-депрессивного психоза и реактивных состояний.

В области токсикологии врач скорой помощи должен знать:

- современную классификацию ядов, их степень токсичности и основные факторы, определяющие тяжесть отравления;
- патогенез и классификацию острых отравлений (синдромы, современные принципы их лечения);
- клинические особенности токсикологии детского возраста и острых отравлений у лиц пожилого и старческого возрастов.

В области неотложной помощи при термических поражениях врач скорой помощи должен знать:

- классификацию ожогов, пороги ожоговой болезни (патогенез, клиника ожогового шока) и интенсивную терапию на догоспитальном этапе;
- особенности клинического течения и неотложную помощь при солнечном и тепловом ударах, общем охлаждении и обморожениях.

В области неотложной помощи при инфекционных заболеваниях врач скорой помощи должен знать:

- патогенез, эпидемиологию, диагностику и неотложную помощь при острых инфекционных заболеваниях (тифо-паратифозные заболевания, сальмонеллез, пищевая токсикоинфекция, ботулизм, грипп, дифтерия, менингит, энцефалит, столбняк);
- тактику ведения и меры защиты при особо опасных и карантинных инфекциях (холера, чума, сибирская язва, СПИД);
- особенности клинического проявления и неотложную помощь при инфекционных заболеваниях у новорождённых детей.

В области неотложных состояний при острых заболеваниях и травмах в урологии должен знать:

- клиникческие особенности урологических заболеваний, неотложную помощь при острой задержке мочи;

- алгоритм диагностики и неотложную помощь при острых воспалительных заболеваниях половых органов у мужчин;

- алгоритм диагностики и неотложную помощь при травмах мочевыводящих путей.

4. Манипуляции:

- интубация трахеи;

- аспирация жидкости из дыхательных путей;

- искусственная вентиляция лёгких без и с помощью аппаратов;

- закрытый массаж сердца;

-пункция периферических вен;

- венесекция;

-ингаляция кислорода;

- промывание желудка;

- трахеостомия;

- техника записи ЭКГ и её расшифровка;

- дефибрилляция сердца;

- методы временной остановки кровотечения;

- пункция плевральной полости и при пневмо-и гемотораксе;

- транспортная иммобилизация;

- выполнение блокад: ваго – симпатической паравертебральной, супраспинальной, по Школьникову, блокада бедренного и седалищного нервов;

- выполнение футлярной анестезии;

- наложение бинтовых повязок;

- передняя и задняя тампонада при носовых кровотечениях.

В результате проводимых исследований установлено, что нормативно-правовая база, регулирующая деятельность службы СМП, базируются на действующие на территории Республики Таджикистан нормативных документах. Принятые в последние годы нормативные акты не учитывают климато-географических особенностей и демографических условий регионов республики. Также по причине

невыполнения соответствующего постановления Правительства Республики Таджикистан в районных административных центрах учреждения СМП остаются в составе ЦРБ, финансирование которых осуществляется по остаточному принципу. При этом отсутствует координация деятельности госпитального и догоспитальго этапов медобслуживания. Имеются противоречия в документах обеспечивающих качество и объем медицинской помощи на догоспитальном этапе, многие аспекты деятельности службы СМП не имеют соответствующего нормативного акта, включая подготовку и переподготовку кадров. По причине отсутствия нормы потребности населения в СМП планирование службы имеет эмпирический характер, а перспективное планирование не ведется.

Взаимодействие службы СМП с другими учреждениями здравоохранения, включая центры здоровья и службы быстрого реагирования, носит совещательный характер, кроме ЧС, координируемой национальным комитетом по ЧС при Правительстве Республики Таджикистан.

Фактически на национальном уровне отсутствует структура, занимающаяся вопросами разработки документов организационно-методологического характера.

В целом, существующая нормативная база, включая принятый в 2017 году Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, не способствует дальнейшему развитию службы СМП и нуждается в пересмотре.

3.3. Состояние службы скорой медицинской помощи в городе Душанбе

Служба скорой медицинской помощи г. Душанбе представлена Городской клинической больницей скорой медицинской помощи (ныне Городской центр экстренной медицинской помощи или ГЦЭМП), имеющей стационар на 174 коек, и Центром экстренной медицинской помощи (ЦЭМП) при Медицинском

комплексе «Истиклол», введённом в эксплуатацию в 2016 году, со стационаром на 650 коек.

Следует отметить, что изначально в структуре ГЦЭМП имелось 4 подстанции, расположенные в 4-х административных районах города (район им. Фирдавси, ул. Молодая гвардия 193, организована в 1963 г.; район им. И. Сомони, ул. Рудаки, 122; район им. Сино, ул. 9 Января, организована в 1963 г; район им. Шохмансур, ул. Титова, 103 (рисунок 3.3.1). По причине отсутствия и ограничения санитарного транспорта из 4-х действующих подстанций, две были ликвидированы (в районе И. Сомони - ул. Рудаки, 122 и Шохмансур - ул. Титова, 103). Подстанция №1 (район Фирдавси) расположена в приспособленном одноэтажном помещении. Она имеет 5 комнат общей полезной площадью 105 м^2, имеет площадку для санитарных машин и 2 бокса. Подстанция рассчитана на обслуживание 210 тыс. населения г. Душанбе. Подстанция №3 (район Сино), также размещена в приспособленном одноэтажном здании амбулатории семейного врача при Городском центре здоровья №2. Занимает всего одну комнату (12 м^2) и вагончик деревянной конструкции.

Таким образом, функционирующие I и 3-я подстанции работают в режиме круглосуточного амбулаторного приема, поскольку не имеют в своем арсенале санитарного транспорта. Скорая медицинская помощь оказывается сотрудниками подстанции лишь при наличии транспорта, предоставляемого родственниками больных и пострадавших или в пешем порядке.

Особенностью системы управления службы СМП г. Душанбе является то, что в противоречии с приказом МЗиСЗН РТ №33 от 28.01.2010 г. было организовано два ЦЭМП, имеющих разное административное подчинение (в одном городе может быть организована только 1 станция СМП).

Установлена слабая координация действий между 2-мя центрами на уровне договоренностей совещательного характера.

ЦЭМП санитарным транспортом обеспечивает специализированная автобаза санитарного транспорта при Управлении здравоохранения г. Душанбе

и пункт технического обслуживания администрации Медицинского комплекса «Истиклол», не имеющего под собой нормативную базу.

Наши исследования показали, что за период 2002-2017 годов количество санитарного транспорта увеличилось с 21 до 43 ед., соответственно или возросло на 51.2%, в основном за счет 15 ед. санитарной техники, приобретённой в 2016 году администрацией Медицинского комплекса «Истиклол».

За указанный выше период от 19,0 до 50,0% санитарного транспорта находилось в нерабочем состоянии.

Кроме того, по различным причинам (профилактическое техобслуживание, текущий ремонт, недостаточность ГСМ и т.д.) средний выход санитарной техники на линию составляет от 9,4 в 2009 г. до 24,2 в 2017 году в сутки или же 52,5% - 75% санитарной техники, находящейся в рабочем состоянии. Из имеющихся 43-х единиц санитарного транспорта в арсенале автопарка службы СМП г. Душанбе срок эксплуатации 22 ед. составляет более 5 лет или 51,1%, при этом 13 ед. составляют санитарные автомобили со сроком эксплуатации 5-10 лет (61,9%), 10-15 лет (23,8%), 20-25 лет (14,3%).

Согласно действующему приказу Минздрава СССР №404 от 20.05.1988 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению» расчет нормы потребности населения санитарным транспортом осуществляется из расчета 1 санитарный транспорт на 10000 населения. Согласно статистическим формам учета обеспеченность ЦЭМП г. Душанбе санитарным транспортом в 1992 г. составила – 0,75; в 2002 г. – 0,27; в 2009 г. – 0,28; в 2010 г. – 0,17; в 2011 г. – 0,29; в 2012 г. – 0,27; в 2013 г. – 0,23; в 2014 г. – 0,21; в 2015 г. – 0,2; в 2016 г . - 0,36 и в 2017 г. – 0,39 при нормативе 1,0 санитарный транспорт на 10000 населения. Необходимо учесть, что г. Душанбе относится к особой категории городов, население которого составляет более 500 тыс. человек, где в соответствии с действующими нормативами развернуты специализированные бригады, имеющие другие нормы обеспечения.

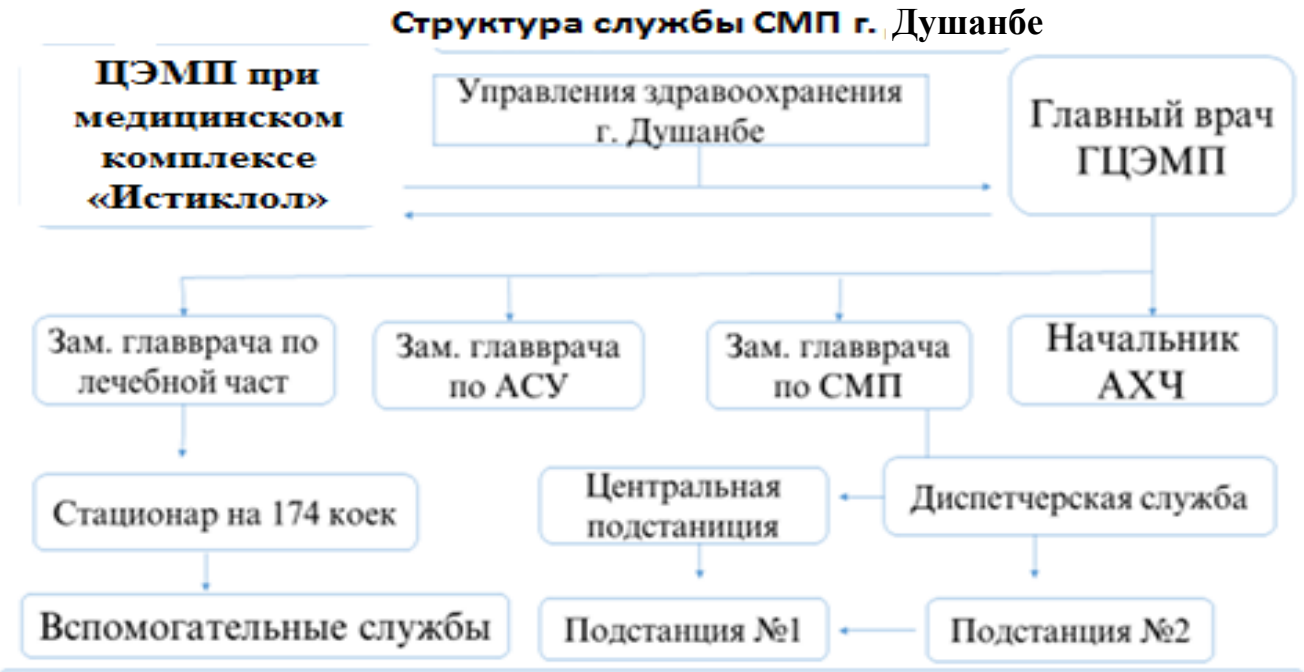


Рисунок 3.2.1 - Структура управления центров экстренной медицинской помощи г. Душанбе

Наши расчеты нормативной потребности населения и ЦЭМП санитарным транспортом показали, что для полного удовлетворения потребности населения г. Душанбе необходимо 83,3 ед. с учетом специализированных бригад потребность возрастает до 108 ед. Если учесть, что только 32 ед. санитарной техники находится в рабочем состоянии, то удовлетворенность населения составляет 29,6% от потребности. В годы расцвета службы ГКБ СМП, в 1980-1990 годы, когда обеспеченность станции СМП санитарным транспортом составляла 0,96 - 1,06 на 10 тыс. населения, показтель оказания амбулаторной помощи бригадами СМП составлял не более - 2,5%. Показатель удельного веса оказания амбулаторной помощи в настоящее время составляет - 14,2% или увеличился по сравнению с 1980-1990 годами в 5,7 раз.

Важным фактором доступности населения к скорой медицинской помощи является обеспеченность населения связью. Согласно данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан обеспеченность населения города Душанбе стационарными телефонами на 1000 населения

(2009-2010г) составляла - 52, в 2011 г. – 50; в 2012 г. – 48; в 2013 г. – 45; в 2014 г.– 44; в 2015 г. – 43; в 2016 г. – 121 и в 2017 году 122.

Обеспеченность диспетчерских служб стационарными телефонами (ввода “03”) за наблюдаемый период варьировался от 8 до 16 или 57-100% (2017 г.). На практике это означает, что только со 2-го раза абонент имеет доступ к “03” или “103”. Вводы «03» организованы из расчета 2 ввода на 50000 населения. Из положенных 16 вводов «03» функционируют с техническими сбоями от 8 до 16. Эффективность специальной линии Душанбинской городской телефонной станции (ДГТС) по причине изношенности и нарастающей нагрузке не превышает 40-50% (плохая слышимость в сети автоматизированной телефонной станции АТС 33, 31, 34, 25, 24 и 27). При этом в городе Душанбе телефоны «03» и «103» разделены по принципу районирования, что отрицательно влияет на временные факторы доступа населения к получению скорой медицинской помощи. Установленная ранее прямая линия с крупными ЛПУ, милицией, пожарной охраной и ГАИ в настоящее время, не работает.

В ГЦЭМП до 2014 года имелось всего 8 аппаратов радиосвязи, в 2015 году их число сократилось вдвое, в остальные годы наблюдаемого периода бригады СМП ГЦЭМП работали без радиосвязи. Персонал выездных бригад в основном пользуется собственными мобильными телефонами. Следует отметить, что в табельном оснащении бригад СМП мобильные телефоны не числятся, к 2017 году «обеспеченность» персонала выездных бригад мобильными телефонами составляет 100%.

Наряду с другими факторами успех и качество лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе зависят от укомплектованности выездных бригад медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения. Фактически выездные бригады обеспечены дефибрилляторами на 68,8%, мобилизационными шинами - 35%, аппаратом ИВЛ – 46,5%, аппаратом ЭКГ – 35%, мешком «Амбу» – 81%, глюкозометром – 4,7%, инфузиоматом – 35%, ларингоскопами - 33%, электрическим отсосом – 37,2%, механическим отсосом – 25.6%, кислородными баллонами – 61%, пульсиоксиметром – 16,3%,

комплектами для родов – 4,7% и комплектами для инфекционных заболеваний на 100%.

Количество утвержденных штатных должностей станции СМП г. Душанбе показало, что штат с 344,25 ед. в 2002 г. увеличился до 532,0 ед. в 2017 г. или на 35,3%, при этом за этот период количество населения возросло на 26,6%.

Было установлено, что для функционирования центров экстренной медицинской помощи г. Душанбе в 2002 году были предусмотрены 95,25 штатных единиц врачебных должностей, в 2007 году – 73,0; в 2012 году – 75,0; в 2017 году – 151,0 единиц. Увеличение штатных врачебных должностей связано с открытием ЦЭМП при Медицинском комплексе «Истиклол» в 2016 году.

Укомплектованность врачебных должностей в 2002 году составляла – 96,6,0% и в 2017 году – 92,9%. В 1980 году врачебный штат составлял 283,0 (заняты – 196,0 ед., укомплектованность 69,3%). Если учесть, что население города в 1980 г. составляло 499,2 тыс. человек (в 2002 году – 604,0 тыс., в 2017 году – 823,8 тыс. чел.), то дефицит штатных единиц в 2002 году составлял – 243,0 и в 2017 году – 309 ед. или 46,1 - 52,1%, соответственно. Обеспеченность врачебными кадрами на 10 тыс. населения в 2002 году составила – 3,1, 2007 году - 2,8; в 2012 году – 3,5 и в 2017 году – 3,9. Коэффициент совместительства врачей за период наблюдения не превышает 1,2.

Утвержденные штатные должности среднего персонала за период 2002-2015 годов уменьшились с 109,5 до 65,0 ед., в 2017 году штат составил 163,0 ед. Укомплектованность штатных единиц с 74,0% в 2002 году достигла уровня 98,0% в 2017 году. Обеспеченность службы СМП Душанбе средними медработниками на 10 тыс. населения за наблюдаемый период колеблется от 0,5 до 1,6. Коэффициент совместительства в 2002 г. составил - 2,5, в 2007 году - 1,5; в 2012 году – 1,0 и в 2017 году не более – 1,2.

Для сравнения в 1980 г. в службе СМП г. Душанбе работали 98 врачей и 69 средних медработников, в 1990 г. – 158 врачей и 174 средних медработников, в 2002 г. врачи составили 46 и медсестры 33 физических лиц. Показатель уровня

общей квалификационной категории врачей СМП в 2002 г. составлял – 6,5%, в 2007 г. - 75,5%; 2012 г. – 50,6%; 2017 г. – 52,6%. Квалификационные категории средних медработников в 2002 г. составляли – 24,2%, 2007 г. – 78,2%; 2012 г. – 75,6%; 2017 г. – 77,0%. Среди категорированных врачей, высшая категория за период наблюдения колебалась от 33,4 до 50,7%, первая категория составляет 66,7 - 30,5%, соответственно, со второго категория достигает уровня 19,4%. По сравнению с регионами страны, в г. Душанбе прослеживается некоторая устойчивость кадрового потенциала.

Поло-возрастная структура врачебного персонала показывает, что удельный вес врачей в возрасте до 25 лет незначителен и только в 2016 - 2017 годы составляет 0,7 - 1,7%, соответственно, в основном за счет медперсонала ЦЭМП “Истиклол”. В поло-возрастной структуре врачей, преобладает возраст 26 - 35 лет (37,8%), врачи в возрасте 36 - 55 лет составляют 37,4%, в возрасте 56 - 63 лет в среднем 21,4%. Во всех возрастных категориях возраст врачей-женщин снизился с 6,8 до 2,2%, при этом в старших возрастных группах удельный вес женщин-врачей уменьшается.

Следует отметить, что в 2002 году возрастная категория 26 - 35 лет составляла 36,6%, а в 2017 году увеличилась до 44,7%. Несколько снизилось количество врачей в возрастной группе 36 - 55 лет (с 45% до 35,8%). За наблюдаемый период (2002 - 2017 гг.) в возрастной группе 56 - 63 лет удельный вес врачей с 18,3% снизился до 16,1%. В противоположность несколько увеличился удельный вес врачей в возрастной группе старше 63 лет, с 1,5% до 2,7%. В целом среди врачей мужчины составляют 75,1%, женщины - 24,9%. В возрастной категории 26 - 35 лет мужчины составляют 31,0%, 36 - 55 лет – 30,7%, 56 - 63 лет – 19,2% и старше 63 лет – 3,0%, при этом женщины в этих возрастных группах составляют 6,8, 6,7 и 2,2% соответсвенно. По сравнению с 2002 годом в возрастных категориях 26 - 55 лет в 2017 году отмечается увеличение удельного веса женщин-врачей с 10,05 до 13,5%.

В половозрастной структуре средних медицинских работников 88,5% составляют женщины и только 11,5% мужчины.

За период 2002 - 2017 годов в возрастной группе 26 - 35 лет женщины - средние медработники составляют 12,0%, 36 – 55 лет – 66,5%, 56 - 63 – 6,05 и старше 63 – 0,4%. В динамике по сравнению с 2002 годом в 2017 году в возрастной группе 26 - 35 удельный вес женщин увеличился с 9,9 до 19,3%, в возрастной группе 36 - 55 лет их удельный вес снизился с 77,7% до 40,0%, что связанно с приемом на работу в 2016 – 2017 годы женщин из возрастной группы 25 - 35 лет.

Нами так же изучено и проанализировано состояние движения кадров службы СМП г. Душанбе.

Анализ показал, что в период 2002 - 2017 гг. разница в приеме и увольнении сотрудников в целом имеет положительную динамику, что связано с открытием нового ЦЭМП при Медицинском комплексе “Истиклол”. При этом врачей на 67,7% и медсестр на 100% принято больше, чем уволено.

Изучение кадрового потенциала службы СМП г. Душанбе показало, что в последние годы удельный вес врачей, имеющих общий стаж работы 1-5 лет, несколько увеличился и составляет 31,1%. Необходимо учесть, что традиционно в службе СМП на работу принимали специалистов, имеющих квалификационную категорию или же со стажем работы не менее 5 лет. Доля специалистов со стажем работы 6-10 лет составила – 18,5%, более 10 лет – 50,0%. Дальнейший анализ показал, что 40,3% специалистов в службе СМП вне зависимости от общего стажа работают от 1 до 5 лет, 26,0% имеют стаж работы как выездной врач от 6 до 10 лет.

Общий стаж средних медработников от 1 до 5 лет составил 25,0%, от 6 до 10 лет – 22,2%, при этом удельный вес средних медработников вне зависимости от общего стажа, работающих в выездных бригадах 1-5 лет, составил 56,7%, от 6 до 10 лет 20,9% и от 11 до 15 лет – 15,5%, остальные возрастные группы не превышают – 4,1%.

За период 2002 - 2017 гг. в службе СМП г. Душанбе количество бригад СМП увеличилось до 56. В структуре бригад СМП врачебные общепрофильные составляют 46,7% – 50,0%, педиатрические бригады 9,5% – 7,1%,

специализированные бригады 38,1% – 42,8%, фельдшерские 4,7% - 3,6%, соответственно. Следует отметить, что в период 2015 - 2017 гг. самостоятельные фельдшерские бригады не работали. Удельный вес кардиологических бригад от общего количества специализированных бригад составляет 2,0% – 16,7%, бригад интенсивной терапии – 37,2% – 4,2%, психиатрических 12,5% – 8,3%, другие бригады составляют 25,0% – 70,8%, соответственно. С учетом высокой доли сердечно-сосудистых заболеваний в структуре вызовов по поводу внезапных заболеваний уменьшение кардиологических бригад требует коррекции. В соответствие с действующими нормативами (с учетом количества населения 823800 человек) имеется потребность в 2-х анестезиолого – реанимационных, 2-х кардио – реанимационных, 8 бригад БИТ с кардиологическим уклоном, не менее 2-х психиатрических и неврологических бригад, 16 акушерских и не менее 2-х гинекологических бригад. В целом необходимо не менее 34-х специализированных бригад. Особенностью службы СМП г. Душанбе является то, что в одном городе функционируют 2 центра ЭМП, что противоречит действующим нормативам. На практике специализированные бригады, предусмотренные для всего населения города, рассредоточены в городском центре ЭМП, которая закреплена за населением районов Шохмансур и Сомони. В центре ЭМП при Медицинском комплексе «Истиклол» работают «условные» специализированные бригады, не имея под собой финансового подкрепления, так как их штаты рассчитаны на подстанцию СМП.

Показатель обеспеченности населения г. Душанбе выездными бригадами на 10000 населения за период 2002 – 2017 гг. составлял: выездными бригадами СМП всех профилей 0,03 – 0,07, общепрофильные 0,35 – 0,68, педиатрические 0,03 – 0,05, фельдшерские 0,02 – 0,01, специализированные 0,13 - 0,29, соответственно. Соотношение фельдшерских и линейных бригад составляет 1:10, специализированных и линейных 1:1,25. Для сравнения в 1980 – 1990 гг. в структуре выездных бригад общепрофильные врачебные бригады составляли 33,3 - 56,2%, педиатрические – 22,9 – 17,2%, фельдшерские – 22,9 - 13,6%,

соответственно, кардиологические – 9,2, неврологические – 2,3%, бригады интенсивной терапии – 4,5%, психиатрические – 4,8% и другие бригады – 2,1%.

Для правильного распределения и рационального использования имеющих в арсенале станции СМП выездных бригад особое место занимает показатель загруженности выездных бригад. За период 2002 – 2017 гг. показатель среднегодовой загруженности общепрофильных врачебных бригад составлял 698,9 - 295,1 соответственно, среднесуточная загруженность снизилась с 1,9 до 0,8 (приложение 8).

Низкая загруженность общепрофильных бригад связана с множеством факторов: недостаточность ГСМ, простой санитарного автомобиля по техническим причинам, погрешности в системе организации работы службы СМП, в том числе неправильное распределение и рассредоточение бригад, пробелы в информационном обеспечении и т.д. Показатель среднегодовой загруженности педиатрических бригад не имеет тенденции к росту и составляет 2884,0 – 1735,5, среднесуточная загруженность снизилась с 7,9 до 4,8 вызовов, что свидетельствует об ухудшении оказания скорой медицинской помощи детскому населению.

Необходимо подчеркнуть, что в последние годы в службе СМП г. Душанбе количество фельдшерских бригад резко уменьшилось или, начиная с 2014 г., не используются вообще. Среднегодовая загруженность этих бригад за период 2002- 2013 гг. составила 850 - 382, среднесуточная нагрузка не превышает 2,3 вызовов. По сравнению с другими бригадами, нагрузка специализированных бригад растёт, среднегодовой показатель увеличился с 1875,9 до 2602,0, среднесуточная с 5,1 до 7,1 вызовов. Отмечается снижение среднегодовых показателей загруженности кардиологических бригад, с 2767,5 до 2129,0 и среднесуточной с 7,6 до 5,8, соответственно, аналогично снижены показатели загруженности других специализированных бригад, среднегодовая нагрузка составила 4790,0 до 2859,5 вызовов, а среднесуточная 13,1 - 7,9, соответственно. В противоположность нагрузка бригад интенсивной терапии выросла, среднегодовая с 2865,7 до 4271,0, среднесуточная с 7,9 до 11,7,

соответственно. По объективным причинам (нехватка врачей - психиатров) среднегодовая загруженность психиатрических бригад составляет 151 – 528,0, среднесуточная загруженность 0,4 - 1,5 вызовов. Сравнительный анализ показателя загруженности выездных бригад за период 1980 – 1990 гг. показал, что среднегодовая загруженность общепрофильных выездных бригад составлял 9486,3 - 3608,2, соответственно (в период 1980-2017 гг. снизилась в 32,1 раза), среднесуточная 26,0 - 9,9, соответственно. Среднегодовая нагрузка педиатрических бригад составила 5263,2 – 76,5, соответственно (за период 1980 - 2017 гг. снижено в 32, 4 раза), среднесуточная 14,4 – 15,0. Среднегодовая загруженность фельдшерских бригад находилась на уровне 5384,0 - 10908,9 соответственно (за период 1980-2017 гг. снижена в 12,8 раза), среднесуточная - 14,8 – 29,9. Показатель среднегодовой загруженности специализированных кардиологических бригад составила 4963,0 - 4061,6 вызова, соответственно (-1,9 раз), среднесуточная 13,6 - 11,1, соответственно, Среднегодовая загруженность неврологических бригад 1880,9 - 946,0, среднесуточная 5,2 – 2,6, среднегодовая загруженность бригад интенсивной терапии достигла уровня 2320,0 - 3086,5 вызовов, соответственно, среднесуточная загруженность составила 6,4 – 8,5, психиатрических среднегодовая 1892 - 3393,5, среднесуточная 5,2 – 9,3, соответственно. Показатель среднегодовой загруженности других бригад составил 11188,0 - 506,0, среднесуточной 30,7 - 1,4, соответственно. Необходимо учитывать, что за период 1980 – 2017 гг. население города увеличилось в 2 раза.

За период 1980 – 2007 гг. объем выполненных бригадами СМП г. Душанбе вызовов уменьшился более чем в 8 раз или с 315091 до 38199 вызовов. Показатель частоты обращаемости населения за последние 25 лет имеет тенденцию к снижению (с 157,2 до 25,6 на 1000 населения или на 84,1%). В период 1980-1991 годы обращаемость населения за скорой медицинской помощью имела тенденцию к увеличению (с 157,2 до 183,8, соответственно); в годы общественной дестабилизации (1991 – 2000 гг.) обращаемость снизилась с 176,4 до 18,4 на 1000 населения, соответственно.

Нами установлено, что за период исследования показатель обращаемости снизился в 1,8 раза. Если в 2002 г. он составил 47,4 на 1000 населения, то в 2017 г. данный показатель составил 85,8 (приложение 9).

Показатель обеспеченности населения скорой медицинской помощью за период наблюдения колеблется от 46, до 67,7 на 1000 населения. Среднее число обращений на 1-го жителя не превышает 0,1 вызовов.

Показатель уровня оказания амбулаторной помощи является барометром обеспеченности населения скорой медицинской помощью. За период 2002 – 2017 гг. удельный вес оказания амбулаторной помоши колеблется от 26,4 до 7,1 %.

Аналогичен показатель оказания амбулаторной помощи на 1000 человек, он также имеет тенденцию к снижению и составлят от 12,5 до 7,1.

За период 2002 – 2017 гг. объем выполненных вызовов с 28614 увеличился до 70714 вызовов или на 59,5%. При этом дети до 14 лет составляют 5,9 – 9,7 соответственно.

В 1980 году объем всех выполненных вызовов составлял 308567, а в 1990 году 296235 вызовов. Наши расчеты показали, что за период с 1980 – 2017 гг. объем выполненных вызовов уменьшился в 4,4 раза. Показатель соотношения числа вызовов к числу обслуженных лиц в 2002 г. составлял 1:1,03 и в 2017 г. колебался на уровне 1:1.01 – 1:0,99, когда оптимальным является показатель 1:1,4. Удельный вес госпитализированных больных, доставленных бригадами СМП за период 2009 – 2017 гг.. увеличился от 8,9% до 13,7%. Показатель частоты госпитализации больных, доставленных бригадами СМП, на 1000 населения колеблется от 4,3 до 11,8 соответственно. В 1980 г. данный показатель составлял 22,7, в 1990 г. - 13,7 и в 1995 г. – 2,1 на 1000 населения.

В структуре госпитализированных больных, доставленных бригадами СМП, первое место отводится отравлениям – 33,4%, травмы головного мозга, конечностей и органов брюшной полости с удельным весом – 24,3% занимают второе место, ДТП с удельным весом - 22,3% стоит на третьем месте.

В структуре выполненных вызовов за наблюдаемый период удельный вес вызовов по поводу несчастных случаев составляют 6,0% – 4,2%, внезапных заболеваний и состояний 74,6% – 90,7%, соответственно. Оказание помощи по поводу родов и патологии беременности имеет тенденцию к снижению и с 11,8% снизился до 3,0%, перевозка больных рожениц, родильниц также снизилась с 7,5 до 2,0% (приложение 10).

Показатель частоты выполненных вызовов на 100 тыс. населения за период наблюдений сохраняется на уровне от 4737,4 до 8583,9. При этом показатель частоты выполненных вызовов по поводу несчастных случаев составляет от 286,3 в 2002 г. до 364,7 в 2017 г., по поводу внезапных заболеваний 3535,4 – 7784,4, соответственно.

Вызовы по поводу родов и патологии беременности в динамике имеют тенденцию к снижению и составляют от 558,4 в 2002 году до 261,8 вызовов в 2017 г. на 100 тыс. населения. Аналогична частота перевозки больных, рожениц и родильниц уменьшилась от 357,7 до 173,0 вызовов.

Результаты наших исследований показали, что в 1980 г. вызовЫ по поводу несчастных случаев составляли – 4,1%, в 1990 г. - 5,2%, внезапные заболевания 79,2%, роды и патологии беременности 1,6 - 2,2% и удельный вес перевозок 6,9 – 12,9%, соответственно.

Удельный вес травм (головного мозга, конечностей, органов брюшной полости) за период 2009 – 2017 гг. в структуре выполненных вызовов по поводу несчастных случаев составляет 20,9% - 52,1%, отравление 27,4% – 26,4%, ДТП 13,4 – 12.4%, ожоги 1,6 - 4,3%, отморожение и электротравма 0,1% – 0,2%, повешенье 0,1% - 0,7%, другие несчастные случаи 36,5- 4,2%, соответственно (приложение 11).

Нами установлено, что в структуре выполненных вызовов по поводу отравлений за период наблюдений (2009 – 2017 гг.) ведущее место отводится отравлениЯМ лекарственными веществами 46,7% – 59,2%. Второе место занимают отравления спиртными напитками 29,8% – 30,1%, отравления

наркотическими веществами 9,1% – 1,8%, отравления газом колеблется от 0,7 до 12,3%, пищевая отравления составляют лишь 2,1% - 3,4%.

В структуре всех выполненных вызовов по поводу несчастных случаев травмы занимают особое положение и в целом составляют за период 2009 - 2017 гг. от 20,1% до 52,1%.

Изучение случаев травм показало, что травмы головного мозга в структуре выполненных вызовов по поводу различных травм занимают ведущее место 71,2 – 42,7%, затем следуют травмы рук и ног 16,2 – 47,7%, травмы внутренних органов за наблюдаемый период снизились с 12,5 до 9,5%.

При пересчете на 100 тыс. населения показателя частоты вызовов по поводу различных несчастных случаев за период 2009 – 2017 гг. установлено, что различные травмы с частотой 87,5 - 191,1, соответственно, занимают ведущее место. За ними следуют случаи с отравлениями, частота которых составляет от 51,1 до 153,0, частота случаев с ДТП колеблется от 28,2 до 67,9, занимая при этом третье место (приложение 12).

Другие несчастные случаи, в частности, электротравма составляет до 1,7, ожоги до 17,4, отморожения до 1,4, повешенье до 0,9 на 100 тыс. населения.

Изучение структуры различных внезапных заболеваний за наблюдаемый период выявил, что их удельный вес варьирует от 23,2 до 35,9, занимая ведущее положение. На второй план выходят заболевания органов дыхания с удельным весом от 1,5 до 18,9%, за тем следуют психоневрологические и острые заболевания брюшной полости с удельным весом от 2,5 до 16,9% (приложение 13).

Анализ показал, что некоторое снижение удельного веса сердечно-сосудистых заболевания, связано с ростом количества психоневрологических заболеваний (5,2 - 16,4%), а также со снижением обращений по поводу гипертонической болезни (35,9 - 27,1%). При этом обращения с ишемическими заболеваниями сердца сохранились на одном уровне и составляют - 3,2%. На второе место претендуют инфекционные заболевания, характерные для жаркого климата, имеющие тенденцию к снижению с 15,2% до 3,5%.

Отмечается некоторый рост обращений с заболеваниями органов дыхания с 1,5 до 13,2%, острые заболевания органов брюшной полости с 3,3 до 12,1%, острые урологические заболевания с 2,5 до 6,9%. Обращения с онкологическими заболеваниями составляют незначительную долю, хотя имеют тенденцию к росту 0,3 - 1,1%. Другие заболевания в структуре внезапных заболеваний за наблюдаемый период составляли значительную долю 31,3-15,1%, соответственно.

Показатель частоты обращений по поводу внезапных заболеваний на 100 тыс. населения также свидетельствует о превалировании сердечно-сосудистых заболеваний (приложение 14).

Как видно из приложения 14, частота гипертонической болезни за период 2002 - 2017 гг. уменьшилась от 1583,2 до 110,9 на 100 тыс. населения, ишемические заболевания сердца увеличились от 143,3 до 254,2, инсульты от 48,2 до 134,6, соответственно. Заметное увеличение частоты обращений отмечается по поводу психоневрологических заболеваний от 230,3 до 1309,8, острые заболевания брюшной полости от 155,5 до 975,1, острые урологические заболевания от 111,6 до 536,1, соответственно. Аналогичная картина наблюдается у пациентов с онкологическими заболеваниями от 14,6 до 85,1, соответственно. Частота обращений по поводу инфекционных заболеваний на 100 тыс. человек показывает снижение её уровня от 679,8 до 304,1.

Анализ структуры сердечно-сосудистых заболеваний показал, что удельный вес гипертонической болезни составляет 89,2% - 84,4%, ишемические болезни сердца 8,1% – 10,2% и инсульты сохранились на уровне 2,7% - 5,4%, соответственно. В структуре ИБС стенокардия составляет 89,7 – 69,6%, инфаркт миокарда достигает уровня 10,3% – 27,6%, что возможно связано с имеющей место в практике скорой медицинской помощи гипердиагностикой.

Выполнение безрезультатных и необоснованных вызовов в большей степени связаны с безотказностью службы СМП и отсутствием законодательной базы ответственности граждан за названные действия.

Если в 2002 г. удельный вес безрезультатных вызовов в структуре всех выполненных вызовов составлял 3,8%, то к концу 2017 г. этот показатель вырос до 4,7%. В период 1980 - 1990 гг. имело место незначительная доля безрезультатных выездов 2,1 - 3,1% соответственно. В абсолютных цифрах в 1980 г. безрезультатные вызовы составляли 6524, в 1990 г. – 9163, что по сравнению с 2002 годом в 5,9 и 8,2 раза больше, соответственно. По сравнению с периодом 1980 - 1990 годы, когда удельный вес отказов вследствие необоснованности вызовов составлял 4,1% - 18,4%, противоположность доля отказов вследствие необоснованности вызовов в период 2002 - 2017 гг. уменьшилась с 7,9% до 0,5%.

Показатель уровня общей летальности за период 2002 – 2009 гг. в структуре всех выполненных вызовов сохраняется в пределах 1,1 – 0,9%, соответственно. Значительную долю или 97,4 – 94,2%, соответственно составляют умершие до приезда бригады СМП. Удельный вес умерших пациентов в присутствии бригад СМП колеблется от 2,6 до 5,5%. Доля умерших в салоне автомобиля скорой медицинской помощи варьирует от 0,2 до 0,5%, соответственно.

Анализ отчета станции СМП г. Душанбе показал, что среди причин летальности 46,6% составляют патологии сердечно-сосудистой системы, неустановленные причины составили – 30,7%, асфиксии – 8,2%, острый инфаркт миокарда – 7%, отравления – 3,6%, травмы – 2,4%, новообразования – 1,5%.

В рамках реализации государственного инвестиционного проекта по развитию и восстановлению службы скорой медицинской помощи на 2002 – 2007 гг. (кредитное соглашение между Правительством Республики Таджикистан с Саудовским Фондом Развития №4/440 от 28.12.2005 г. и Исламским банком развития №222 от 29.01.2001 г.) с 2007 года функционирует АСУ станции скорой медицинской помощи. Обеспеченность компьютерами составляет примерно 6,2% от потребности, аналогичная ситуация имеет место в РФ, где показатель обеспеченности сектора здравоохранения в целом

составляет 7,7%. Следует отметить, что в республике норматив потребности в компьютерной технике не разработан. В настоящее время действует государственная программа развития информационно-коммуникационных технологий, которая является основой для поэтапного внедрения автоматизированной системы управления в службе СМП. Главной проблемой в реализации данной программы остается нерешенность вопросов структурных преобразований, разработка методических и нормативно-правовых актов, включая вопросы финансового обеспечения информационно-коммуникационных систем службы СМП.

Таким образом, результаты исследования показали, что только каждый 4 житель города Душанбе имеет доступ к СМП или же на одного жителя приходится 0.1 вызов. За последние годы объем выполненных бригадами СМП г. Душанбе вызовов уменьшился более чем в 8 раз, частота обращаемости населения уменьшился на 84,1%, по сравнению с 80-ми годами загруженность выездных бригад уменьшилась в 30-40 раз. Некоторое увеличение обращаемости было достигнуто в период обретения государственной независимости. Хотя по сравнению с большинством административных центров республики отмечается стабильное функционирование службы СМП г. Душанбе. Уровень организации, обеспеченность санитарной техникой, медперсоналом, медикаментами и медоборудованием не соответствуют современным требованиям, и нуждается в принятии кардинальных мер по совершенствованию службы.

3.4. Состояние службы скорой медицинской помощи Хатлонской области

Служба скорой медицинской помощи Хатлонской области, как составная часть сектора здравоохранения региона, представлена 26 учреждениями скорой медицинской помощи, в том числе 2 центрами экстренной медицинской помощи (г. Бохтар, г. Куляб) и 24 отделениями СМП, расположенными в административных районных центрах. В структуре отделений СМП районов

организовано 20 пунктов скорой медицинской помощи, которые в основном размещены в приемных покоях сельских больниц.

ЦЭМП города Куляб в своем составе наряду с отделением СМП имеет стационар хирургического профиля на 20 коек. Радиус обслуживания ЦЭМП с учетом пригородных населенных пунктов составляет 15-20 км. В целях приближения оказания скорой медицинской помощи сельскому населению в структуре отделений СМП районов Хатлонской области развернуты 20 пунктов скорой медицинской помощи, в основном расположенных в составе приемных покоев участковых больниц (в районе Хуросон, Кушониён, Кубодиён, Джайхун, Пяндж, Куляб, А. Джами по 1 пункту СМП, в г. Леваканд, Вахшском районе по 2, в 2-х районах Яван и Дж. Балхи по 3 и в Дангаринском районе имеется 4 пункта СМП).

Для оказания круглосуточной скорой медицинской помощи в арсенале учреждений СМП Хатлонской области в 2009 году имелось 60 ед. санитарного транспорта, их количество в 2017 году достигло 95 единиц (приложение 15).

Как видно из таблицы, количество санитарного транспорта за наблюдаемый период возросло на 36,8%, наряду с этим от 2,2% до 42,0% санитарного транспорта находится в нерабочем состоянии.

Нами были произведены расчеты обеспеченности населения Хатлонской области санитарным транспортом на 10 000 населения. Они показали, что обеспеченность населения санитарным транспортом за 9 лет наблюдения сохраняется на уровне 0,2 - 0,3, при нормативе 1,0 (приложение 16).

Анализ показал, что в районах Хатлонской области обеспеченность санитарным транспортом неоднозначна. В некоторых районах на балансе учреждений СМП санитарный транспорт практически отсутствует (например, в Балджуванском районе). В ряде районов в отдельные годы наблюдаемого периода учреждения СМП не были обеспечены транспортом вообще.

Заметное различие в обеспечении санитарным транспортом наблюдается между городскими и сельскими отделениями СМП. В г. Куляб этот показатель равен 0,8 – 1,0, в г. Нурек 0,5 – 0,8 на 10000 населения. В большинстве районов

обеспеченность населения санитарным транспортом варьирует от 0,1 до 0,5. В г. Бохтар обеспеченность санитарным транспортом за период наблюдений колеблется от 0,4 до 0,6.

Расчетно-нормативная потребность показала, что для оказания полноценной круглосуточной скорой медицинской помощи населению Хатлонской области необходимо 316,1 ед. санитарного транспорта. Фактически в рабочем состоянии имеется 74 ед. санитарного транспорта или 23,4% от потребности.

Анализ ежегодных статистических данных (2009 – 2017 гг.) показал, что обеспеченность населения области санитарным транспортом в разные годы в 18,8% случаев составляла 0,1, в 26,5% - 0,2; в 11,1% - 0,3; в 5,1% - 0,4; в 4,7% - 0,5; в 3,0% - 0,6; в 1,7% - 0,8; в 3,4% - 1,0 и в 0,9 более 1,0 на 10 000 населения.

Обеспечение станций (отделений) СМП средствами коммуникации является важной составной частью оперативной работы службы СМП.

В целом по Хатлонской области обеспеченность станций (отделений) СМП стационарными телефонами за период наблюдений не превышает 66,7% от потребности. При этом обеспеченность стационарными телефонами в городах составляла 100%, в ряде районов, таких как Вахш, Восе, Хуросон, обеспеченность составляет не более 50,0%.

В отелениях СМП районов Балджуван, Шаартуз, Дж. Балхи и Хамадони в некоторые годы наблюдаемого периода стационарные телефоны не работали. Возникшая ситуация ограничивает доступ сельского населения области к услугам скорой медицинской помощи и естественно влияет на качественные и количественные показатели службы СМП всего региона.

Важным компонентом оперативной работы службы СМП остается передача информации диспетчером бригаде СМП. В основном медперсонал выездных бригад в служебных целях использует собственные мобильные телефоны. Анализ показал, что «обеспеченность» выездных бригад СМП мобильными телефонами в статистических формах учета не указана или же указаны не все годы наблюдения (Куляб, Балджуван, Вахш, Хуросон, Джайхун,

Шаартуз, Яван, Муминабад, Пархар, Пяндж, Темурмалик, Хамадони, А. Джами). В разные годы наблюдаемого периода в наличие имелись от 2 до 12 шт. раций (г. Нурек, г. Леваканд, район Ш. Шохин).

От обеспеченности выездных бригад медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения зависит качество оказания скорой медицинской помощи населению.

По Хатлонской области на 65 бригад различного профиля имелись 22 дефибриллятора (33,8%), 74 транспортных иммобилизационных шин, 22 аппарата ЭКГ - 33,8%, 38 мешков «АМБУ» (58,4%), 54 медицинских ящиков (83,0%), 22 набора для родов (33,8%) и 4 комплекта для инфекционных больных (6,1%). Практически во всех бригадах отсутствуют кислородные баллоны, дыхательная аппаратура и различные отсосы. Служба СМП в некоторых районах не обеспечена дефибрилляторами (Куляб, Балджуван, Н. Хисрав, Хуросон, Дусти, Кубодиён, Муминабад, Ховалинг, Шаартуз, А. Джами). В 10 районах 26 выездных бригад не имеют аппарата ЭКГ.

За годы наблюдений утвержденные штатные должности в целом по Хатлонской области с 1417,5 в 2002 г. снизились до 1049,25 или на 26,1% на фоне роста населения области на 27,4% (приложение 17).

Представляет интерес тот факт, что в таких городах, как Бохтар, Нурек, Леваканд, утвержденные штатные должности уменьшились с 10,6 до 31,0%, а в Балджуванском районе напротив на фоне отсутствия санитарного транспорта штатные должности увеличились с 25,0 в 2002 г. до 37,5 в 2017 году.

В ряде районов (Вахш, Джайхун, Муминабад, Ховалинг, Шаартуз) на фоне роста потребности населения в скорой медицинской помощи количество штатных должностей за годы наблюдений снизилось на 22,2%, а по всей Хатлонской области на 7,7%.

В нижеследующих городах и районах за весь период наблюдений утвержденные врачебные штатные должности остаются на одном уровне: г. Нурек (4,2), г. Левакант (5,5), в районах Н. Хисрав (4,0), Вахш (6,0), Пяндж (2,5), Темурмалик (5,0) и Дж. Балхи (5,5).

В других районах Хатлонской области (Джайхун, Пархар, Ховалинг, Шаартуз, Яван) за наблюдаемый период отмечается уменьшение количества штатных врачебных должностей от 25% до 83,3%.

В целом по Хатлонской области за период 2002 – 2017 гг. утверждение штатных должностей средних медработников уменьшилось на 24,0% (с 595,0 в 2002 г. до 452,0 в 2017 г.). Уменьшение количества штатных должностей средних медработников отмечается в городах Куляб на 14,2%, Бохтар - 22,8%, Леваканд - 28,5%, в районах А. Джами - 21%, Хамадони - 62,2% и Кушониён 82,1%. Относительно стабильное выделение штатных должностей отмечается в районах Вахш - 41,5, Хуросон 13,5-10,0, Пяндж 14,5-13,0, Яван - 33,0 и в г. Нурек 19,0-17,5.

Напротив, за период наблюдения отмечается увеличение штатных должностей в районе Ш. Шохин (10,0-18,0), Шаартуз (5,5-12,5), Ховалинг (2,0-10,0), Пархар (16,0-27,0) и Джайхун (10,0-17,5).

Нами изучена укомплектованность штатных врачебных должностей станций (отделений) СМП Хатлонской области, которая за весь период наблюдения не превышает 77,8%. Низкий уровень укомплектованности штатных врачебных должностей имеет место в районах Н. Хисрав – 25,0%, Дангара - 35,0%, Хамадони и Темурмалик – 50,0%.

В некоторых административных центрах врачебные ставки не были предусмотрены (Балджуван). В ряде районов и городов в отдельные годы наблюдений врачебные должности не были утверждены (г. Леваканд в 2002 г; 2007 г, районах Н. Хисрав в 2002 – 2013 гг., Муминабад в 2002 г.; 2007 г., Ш. Шохин в 2007 г.; 2012 г.; Шаартуз в 2007 г; Дж. Балхи в 2015 г.).

Стоит отметить, что динамика укомплектованности врачебных должностей положительна и к 2017 году в нижеследующих районах составляет 100%: Куляб, Кушониён, Вахш, Восе, Хуросон, Кубодиён, Пархар, Пяндж, Шаартуз, Яван, Дусти, Дж. Балхи.

Весьма характерным является тот факт, что по сравнению с укомплектованностью врачебных должностей, положение с

укомплектованностью должностей средних медработников обстоит лучше. В целом по Хатлонской области, данный показатель в 2002 году составлял 52,5%, а к 2017 г. достиг уровня 90,3%.

За период наблюдения относительно низкая укомплектованность выездных бригад СМП средним медперсоналом была в районах Кушониён 16,1 - 21,6%, Дусти 6,9 - 55,0%, Темурмалик 83,8 - 44,4%, А. Джами 5,3 - 85,7%, Дангара 87,7 - 61,2%, в городах Бохтар 39,3 - 80,6, Куляб 84,5 - 76,9%, соответственно. В 2017 году за исключением городов Бохтар (74,1%), Куляб (79,7%), Леваканд (73,3%) и районов Джайхун (68,9%), Ш. Шохин (58,3%) и Яван (87,9%), в остальных районах укомплектованность средним медперсоналом составляет - 100%.

Важным показателем работы службы СМП остается обеспеченность врачебными кадрами на 10 000 населения. В целом по Хатлонской области показатель за период 2002 – 2017 гг. варьирует от 1,2 до 2,7 (приложение 18).

Содержание приложения 18 показывает, что в регионах области, только в городах Бохтар и Куляб данный показатель составляет 1,7 - 0,4, соответственно. В остальных городах и районах Хатлонской области обеспеченность врачебными кадрами колеблется от 0,1 до 0,3 на 10 000 населения. Низкий показатель отмечается в районе Дусти, который не превышает 0,01 на 10 000 населения.

Анализ обеспеченности станций (отделений) СМП средним медперсоналом на 10000 населения показал, что обеспеченность городских станций и отделений СМП средними медработниками выше, чем в сельской местности: в городах Бохтар за 2002 – 2017 гг. от 1,9 до 3,9, Куляб 1,7 - 4,1, Нурек 1,4 - 2,6, в г. Леваканд 0,7 - 1,4, соответственно (приложение 19).

В нижеследующих районах обеспеченность выездных бригад СМП средним медперсоналом составляет более 1,0 на 10 000 населения (Балджуван, Джайхун, Хамадони, Муминабад, Пяндж, Темурмалик, Ш. Шохин, Яван). Самый низкий показатель обеспеченности выездных бригад средним

медперсоналом отмечается в районах Н. Хисрав 0,3 - 0,8, Кушониён - 0,3, Восе - 0,1, Кубодиён 0,2 - 0,6 и Дусти - 0,01.

В службе СМП часто практикуется прием на работу по совместительству, который может достигать уровня 1,4, а иногда и выше. По Хатлонской области за период 2002 – 2017 гг. коэффициент совместительства составил от 1,2 до 1,8.

Показатель совместительства за период наблюдения составляет: в городах Бохтар 1,1 - 1,5, Куляб 1,1 - 2,0, Нурек до 2,3; в районах Дангара 1,2 - 2,0, Кубодиён 1,8-3,5, Джайхун 1,1 - 2,0, Муминабад 2,75 - 4,5, Яван и Дж. Балхи 1,1 - 3,5. В некоторые годы коэффициент совместительства достигал уровня 5,0, что выходит за рамки установленной финансовой дисциплины.

В остальных районах коэффициент совместительства врачей за период наблюдения носит эпизодический характер и в большинстве случаев отделения СМП не воспользовалась совместителями.

Следует отметить, что коэффициент совместительства средних медработников по Хатлонской области в 2001 – 2007 гг. составляет 1,2 - 1,6, соответственно. Показатель коэффициента совместительства средних медработников в разные годы наблюдаемого периода неоднознчен, в городах Бохтар колеблется от 1,3 до 1,7; Нурек 1,2 - 3,2; Леваканд в 2015 – 2016 гг. достигает уровня 1,4, в районах Куляб в 2007 г. - 1,8; Н. Хисрав в 2014 г. – 1,5; Кушониён в 2002 – 2013 гг. 1,4 - 2,3; Вахш за вес период наблюдения 1,2 - 1,9, соответственно. В районе Хуросон коэффициент совместительства достигает до 2,0, Дангаре 3,0, Дусти до 1,8, Кубодиён, Дж. Балхи и Хамадони, в отдельные годы показатель доходит до уровня 1,5.

В Муминабадском районе совместительством воспользовались только в 2002 - 2012 годы, уровень которого достигает до 2,5, Пархаре в 2009 – 2017 гг. до 2,5, Темурмалике 1,7 - 3,2.

В Ховалингском районе в 2016 – 2017 гг. обходились без совместителей, в остальные годы наблюдаемого периода варьирует от 1,3 до 3,2, Шаартузе до 2,8, в районах Ш. Шохин и Яван до - 1,4. Вышеуказанные данные свидетельствуют о нехватке кадров в службе СМП Хатлонской области.

Уровень квалификационных категорий врачей выездных бригад влияет на качественные показатели службы СМП. В целом по Хатлонской области в 2002 г. из 28 врачей СМП, только 10,7% имели квалификационную категорию, при этом все 100% имели вторую категорию. К концу 2017 г. из 84 врачей СМП 21,4% имели квалификационную категорию, 27,8 первую и 72,2% со вторую категории, что свидетельствует о недостаточном уровне квалификации.

В городах и районах уровень категорированности врачей неоднозначный. Например, в городах Бохтар к 2017 году - 13,3%, Куляб – 25,0%, в районах Вахш, Дангара, Дусти, Дж. Балхи, Ш. Шохин – 33,3% имели квалификационную категорию. В Кубодиенском районе из 2 врачей только 1 имел вторую категорию, в районах Пархар и Шаартуз работали по 1 одному врачу которые имели 1 и 2-ю категорию. В остальных городах и районах в выездных бригадах работали врачи, не имеющие квалификационной категории.

По сравнению с врачебными кадрами уровень категорированности средних медицинских работников выездных бригад СМП Хатлонской области несколько выше.

Если в 2002 году по всей области из 172 средних медработников 14,0% имели квалификационную категорию, то к 2017 году показатель составил 19,0%, из них 7,6% имели высшую, 24,0% первую и 68,4% вторую категории. Самый высокий показатель уровня категорированности среднего медперсонала был установлен в г. Бохтар, где к 2017 году общая категорийность составила 76,7%, из них 4,3% с высшей, 13,0% с первой и 82,6% со второй категорией. В городах Куляб общая категорийность составляет 9,4%, Нурек – 37,5%, Леваканд – 21,4%, в районе Куляб – 14,3%. В остальных районах общая категорийность среднего медперсонала не превышает 33,3%, при этом от 33,3 до 100% составляют средние медработники со второй категорией. В районах Дангара, Дж. Балхи, Муминабад, Пархар высшую категорию имеют не более 25,0%.

В Хатлонской области в основном функционирует двухуровневая модель выездных бригад (приложение 20).

Согласно данным приложения 20 в структуре выездных бригад за период наблюдения общепрофильные врачебные бригады составляют 26,7% - 69,2%, при этом удельный вес педиатрических бригад не превышает 8,2%, фельдшерских бригад варьирует от 27,7% до 69,3%. Единственная специализированная бригада кардиологического профиля имеется в г. Бохтар с удельным весом 1,8%.

Нами проведен расчет обеспеченности населения Хатлонской области выездными бригадами на 10000 населения (приложение 21).

Как видно из приложения 21 данный показатель по Хатлонской области за 16 лет составляет максимум 0,02, для общеврачебных бригад не более 0,01, педиатрических не более 0,001, обеспеченность фельдшерскими бригадами 0,01 и специализированными бригадами не более 0,004.

Рациональное использование выездных бригад остается важной проблемой в работе службы СМП. Среднегодовая загруженность общепрофильных врачебных выездных бригад Хатлонской области за весь период наблюдений составляет 1415,0 вызовов, педиатрических - 770,0, фельдшерских - 1185,0, специализированных – 1860 вызовов. Среднесуточная загруженность бригад различного профиля составила 3,9, 2,1, 3,5, и 5,1, соответственно. Среднесуточная загруженность показывает, что бригады СМП простаивают и их использование неэффективно (приложение 22).

В районах Хатлонской области среднегодовая загруженность общепрофильных врачебных бригад достигает максимальной величины в Вахшском районе и составляет 5357,6, низкая загруженность отмечена в Пянджском районе - 74,3 вызовов. Среднегодовая загруженность педиатрических бригад в районах, где были организованы эти бригады, колеблется от 119,1 до 1607,8. Максимальная среднегодовая загруженность фельдшерских бригад имеет место в Вахшском районе 2867,0.

Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод о том, что выездные бригады в целом простаивают и используются неэффективно.

Анализ частоты обращаемости населения Хатлонской области за скорой медицинской помощью показал, что данный показатель за наблюдаемый период сохраняется на уровне 2997,2 - 3733,6 на 100000 населения (приложение 23).

В динамике частота обращаемости к 2017 году уменьшилась на 8,0%, на фоне роста количества населения на 27,4%. Дальнейшее изучение обращаемости в районах Хатлонской области за весь период наблюдения показало резкое их отличие. Высокий показатель обращаемости населения отмечен в городах Бохтар на уровне 6726,4 - 16545,7, Куляб 1794,2 - 10882,4, Нурек 6382,4 - 12794,8, Леваканд 2858,1 - 1624,9, в районе Темурмалик 4915,3 - 17252,9. Не высокие показатели обращаемости установлены в районах Шаартуз 8,0 - 2894,3, Хисрав 454,5 - 2378,8, Кушониён 143,9 - 317,5 и Дусти 255,7 - 235,6 на 100000 населения.

Расчеты обеспеченности населения Хатлонской области скорой медицинской помощью на 1000 населения показали, что в целом по Хатлонской области за период 2002 – 2017 гг. составляет 29,8 (в 10,6 раза меньше, чем в РФ - 318,0) (приложение 24).

Приведенные в приложении 24 данные показывают, что относительно высокий уровень обеспеченности – 117,0 - сохранился в г. Бохтар. В ряде районов Хатлонской области этот важный показатель работы СМП находится на критическом уровне и составляет 3,2 (Кушониён). В целом, из 26 учреждений СМП в 15 городах и районах, или в 57,6% случаев, уровень обеспеченности населения скорой медицинской помощью находится ниже областного уровня (29,8% случаев).

Следующим показателем, указывающим на низкий уровень обеспеченности населения скорой медицинской помощью, является среднее число обращений на 1-го жителя, уровень которого колеблется от 0,001 до 0,2 (при условном нормативе не менее 0,3). Только в 7 районах и городах, или в

26,9% случаев, на 1-го жителя приходится 0,1, в остальных случаях показатель составляет 0,01 вызова.

Важным разделом работы службы скорой медицинской помощи является организация круглосуточной медицинской помощи населению при обращаемости непосредственно на станцию (в отделение) СМП. Статистика показывает, что уровень оказания амбулаторной помощи медперсоналом при непосредственном обращении населения на станцию (отделение) СМП Хатлонской области составляет 26,6% от общего количества выполненных вызовов.

По причине необеспеченности отделения СМП санитарным транспортом в Балджуванском районе уровень амбулаторной помощи достигает 100%. В районе Кубодиён, А. Джами, Дусти показатели по отношению выполненных вызовов составляют 285,4%, 108,0%, 125,3% соответственно. В других городах и районах удельный вес амбулаторной помощи колеблется от 3,1% до 69,5% от общего уровня выполненных вызовов.

Для получения более достоверной информации нами проведен расчет уровня оказания амбулаторной помощи на 1000 населения, который по Хатлонской области составил 9,1. В других городах и районах этот показатель колеблется от 2,7 до 20,8 на 1000 населения.

Если учесть, что в 80-е годы прошлого столетия данный показатель не превышал 4,5%, то из-за отсутствия в некоторых районах санитарного транспорта или его ограниченого количества показатель по Хатлонской области очень высок и свидетельствует о критическом уровне организации службы СМП.

Нами проведен анализ показателя уровня удельного веса госпитализации лиц, обслуженных бригадами СМП Хатлонской области за период 2002 – 2017 гг.

За период наблюдения уровень госпитализации лиц, обслуженных бригадами СМП, составляет до 39%. В городах Бохтар не превышает 24,0%, Куляб -32%, Нурек - 20,4%, Леваканд - 31,1%, в некоторые годы этот

показатель составляет от 0,1% до 14,4%. Общеизвестно, что высокий уровень удельного веса госпитализации может быть связан с гипердиагностикой врачами и фельдшерами СМП.

Так, в некоторых районах уровень госпитализации пациентов выездными бригадами очень высок, в частности в районе Восе достигает уровня 91,1%, Куляб - 90,7%, Вахш - 92%, Дусти - 56,0%, Джайхун - 72,3%, Хамадони - 77,4%, Пархар - 49,7%, Пяндж - 62,0%, Ховалинг- 45,3%, А. Джами - 69,8% и Яван - 40,6%.

Расчеты показателя уровня госпитализация лиц, обслуженных выездными бригадами, на 1000 населения показали, что в целом по Хатлонской области колеблется от 4,8 до 10,6. В разрезе районов данный показатель имеет высокие колебания - от 0,6 до 48,7 на 1000 населения. Такие неоднозначные показатели в районах за весь период наблюдений требуют в дальнейшем более углубленного анализа.

Одним из показателей эффективного использования выездных бригад является соотношение числа выездов бригад СМП к числу обслуженных лиц, который на практике может достигать 1:1,4 и более. В целом, по Хатлонской области и в разрезе городов и районов не превышает 1,1 за исключением отдельных годов наблюдаемого периода (например, в г. Левакант в 2013 г. - 1,5, район Ш. Шохин в 2002 г. - 1,7; 2016 г. - 1,3). Не исключено, что имеют место погрешности в статистических показателях.

Удельный вес лиц в возрасте до 14 лет, которым оказана скорая медицинская помощь, зависит от количества выездных бригад педиатрического профиля, хотя при отсутствии таковых их функция возлагается на общепрофильные врачебные и фельдшерские бригады. За период 2002 - 2017 годов удельный вес лиц до 14 лет, обслуженных бригадами СМП, по Хатлонской области в разные годы достигает 11,8 - 22,3% от общего числа выполненных вызовов. В г. Леваканд показатель доходит до 71,6%, в Кулябском районе – до 50,6%, Н. Хисрав - 39,8%. В районе Кушониён диапазон удельного веса лиц в возрасте до 14 лет колеблется от 3,7% до 65,5%, Вахш - от

19,2% до 44,8%, Восе - от 8,3% до 43,7%, Дусти - от 32,0% до 47,4%, Дж. Балхи - от 8,2% до 33,9%, Джайхун - от 9,0% до 66,1%, Хамадони - от 10,9% до 52,8%, в Пархар - от 1,7% до 62,4%, Ховалинг и Балджуван, где только функционировали фельдшерские бригады, удельный вес лиц до 14 лет составляют 1,1% - 61,9% и 26,9% - 33,5% соответственно. В остальных районах данный показатель не превышает 30,2% или не указан в статистических формах учета.

Удельный вес сельского населения, обслуженного бригадами СМП городских станций (отделений), а именно в городе Бохтар не превышает 2,6%, Куляб - 31,1%, Нурек - 26,2%, Леваканд колеблется от 11,8% до 40,9%. Данная ситуация с учетом особенностей каждого региона требует отдельного анализа и принятия ряда решений организационного характера. Изучение структуры выполненных вызовов бригадами СМП позволяет правильно организовать распределение выездных бригад по профилю, а также использовать их рационально (приложение 25).

Анализ показателя удельного веса медицинской помощи при выездах СМП Хатлонской области по поводу нечастных случаев за период 2002 – 2017 гг. выявил неоднозначность показателя в различных районах, в некоторых случаях не подающихся объяснению (приложение 26).

В целом, по Хатлонской области данный показатель составляет не более 6,0%, а в районе Балджуван достигает уровня 39,7%, Восе - 82,5%, Хуросон - 28,0%, Пяндж - 40,8% и Кушониён - 22,8%.

Удельный вес вызовов, выполненных по поводу несчастных случаев, по Хатлонской области составляют 1,3% - 6,0%, по поводу родов и патологии беременности 2,5% - 5,1%. Доля перевозки больных и рожениц не превышает 7,7%.

Нами установлено, что в структуре вызовов, выполненных выездными бригадами станций (отделений) СМП Хатлонской области за период 2002 – 2017 гг., превалируют вызовы, выполненные по поводу внезапных заболеваний и состояний, которые составляют от 87,0% до 93,3% (приложение 27).

Как видно из приложения 27, удельный вес вызовов, выполненных выездными бригадами СМП Хатлонской области по поводу внезапных заболеваний и состояний за период 2002 – 2017 гг., в некоторых районах составляет 100%. (Балджуван в 2017 г., Кубодиён в 2013 – 2017 гг., А. Джами в 2002 г.). Напротив, в районах Восе, Пархар, Пяндж и Ховалинг удельный вес вызовов, выполненных по поводу внезапных заболеваний и состояний, в некоторые годы наблюдаемого периода составляют от 18,6% до 61,9%, что не соответствуют традиционно сложившимся за последнее 10-летие статистическим раскладам структуры выполненных вызовов.

Возможно, имеет место недостаточность навыков медстатистов при заполнении статистических форм учета.

В приложении 28 представлены показатели удельного веса вызовов, выполненных выездными бригадами СМП Хатлонской области по поводу родов и патологии беременности за период 2002 – 2017гг. Вышеуказанные показатели в некоторых районах очень высоки: в районах Н. Хисрав в 2007 г. - 48,0%, Восе в 2012 г. - 34,4%, Хамадони в 2014 г. - 37,7%, Ховалинг в 2007 г. - 50,3%. Низкий удельный вес вызовов по поводу родов и патологии беременности отмечается в районах Кубодиён и Восе (0,2%). В некоторых районах в различные годы наблюдаемого периода данный показатель не был зарегистрирован, а именно: в 2012 г. в г. Леваканд; в районах - Куляб 2002 – 2013 гг.; Балджуван в 2002 г., 2014-2016 гг.; Н.Хисрав в 2002 г., 2007 г., 2016 г; Дусти в 2013 – 2016 гг.; Кубодиен в 2002 г; А. Джами в 2002 г., 2013 – 2014 гг.; Пяндж в 2002 г. и Шаартуз в 2016 г.

Необходимо отметить, что в целом по Хатлонской области за весь период наблюдений всего зарегистрировано 18 случаев, родов произшедших в салоне автомашины СМП, что для практического здравоохранения не имеет особого значения.

Одним из компонентов работы службы СМП является перевозка больных, рожениц и родильниц. Наши исследования в данном направлении показали, что за наблюдаемый период в регионах Хатлонской области имеет

место неоднозначный подход к заполнению статистических форм учета (приложение 29).

Например, в г. Бохтар удельный вес перевозок колеблется от 0,9% до 5,4%, в г. Кулябе перевозки осуществлялись только в 2002 г., 2007 г., 2013 г. и 2017 г., где удельный вес их составлял 0,4%, 8,4%, 0,3% и 0,5%, соответственно. В г. Нурек данный показатель варьирует от 2,4% до 16,8%. В г. Леваканд от 0,6% до 19,9%, при этом в 2012 - 2013 гг., перевозки не осуществлялись. В Кулябском районе в 2002 г. и 2014 г., также перевозки не были осуществлены, и в остальные годы наблюдаемого периода составляют от 2,9% до 10,2%. В некоторых районах в отдельные годы отмечаются высокие показатели удельного веса перевозок, в частности в районах Восе – 15,9%, Джайхун - 17,0%, Пяндж - 60,2%, А. Джами – 12,4% и Дж. Балхи - 13,2% (приложение 29).

Нами установлен удельный вес вызовов с различными видами несчастных случаев (приложение 30).

Как видно из приложения 30, в структуре выполненных вызовов по поводу несчастных случаев за весь период наблюдения в большинстве городов и районов на первый план выступают травмы, которые составляют от 15,0% до 71,3%.

Необходимо учесть, что в районах Хуросон (41,7%), Кубодиен (15,0%), Пархар (14,2%), Темурмалик (36,0%) травмы занимают второе место. В 46,7% случаев в регионах на второй план выходит ДТП, только в районах Хуросон (51,2%), Дангара (39,9%), Кубодиён (65,0%) и Темурмалик (48,0%) ДТП занимает первое место, а в районах Дж. Балхи (11,7%), Джайхун (11,8%), Пархар (14,3%), Ховалинг (7,1%) и Шаартуз (15,1%) - третье место.

В 12 районах (46,1%) отравления, в 9 районах (34,6%) ожоги занимают третьи места и только в Пархарском районе отравления (73,2%) занимают первое место.

Нами установлено, что среди всех отравлений, обслуженных бригадами СМП, в целом по Хатлонской области, ведущее место занимают отравления

спиртными напитками, удельный вес которых составляет 44,3%, за ними следуют отравления лекарствами - 23,0%, пищевые отравления - 19,3%, наркотиками - 10,6% и отравление газом - 2,7%.

В районах и городах отравления спиртными напитками занимает первое место с удельным весом 31,4% - 92,8%, в 4 районах - второе место с удельным весом 17,4% – 32,8% и в 5 районах -третье место от 7,2% до 23,0%.

Пищевые отравления превалируют в районах Куляб (61,9%), Балджуван (73,5%), Дангара (43,1), Кубодиён и Шаартуз (100%).

Удельный вес отравлений лекарствами превосходит другие виды отравлений в городах Бохтар - 49,5%, Нурек - 38,4%, в районах Пяндж - 59,6%, Кушониён - 56,5% и Дусти - 100%, отравления наркотиками имеет высокий удельный весь в районах Вахш - 80,7%, Куляб - 17,9% и в г. Куляб - 32,5%.

Важно отметить, что некоторые виды отравлений не зарегистрированы, в частности, отравления газом в районах Н. Хисрав, Дусти, Кубодиён, Темурмалик и Шаартуз. В 5-ти районах Хатлонской области не имели место случаи отравления наркотиками.

В объеме выполненных бригадами СМП вызовов по Хатлонской области тарвмы занимают значительное место.

Нами проведен анализ структуры различных травм, обслуженных выездными бригадами СМП.

В структуре вызовов по поводу различных травм первое место занимают травмы рук и ног. В целом по Хатлонской области их удельный вес составляет 56,4%, в городах и районах области удельный вес травм рук и ног колеблется от 42,4% до 76,9%, кроме Кубодиёнского района, где травмы головного мозга составляют 100%.

Травмы головного мозга в целом по региону составили 28,5%, занимая при этом второе место среди различных травм, удельный вес которых в городах и районах варьирует от 9,3% до 100%, причина которых не поддается объяснению. Удельный вес травм внутренних органов относительно незначителен и по области не превышает 15,1%. Их удельный вес достигает

максимальных величин в районах Пархар - 36,5%, Ш.Шохина-24,3%, в г. Куляб - 22,4%.

В практике догоспитального этапа службы СМП занимают ведущее место различные внезапные заболевания и состояния.

Нами изучена структура медицинской помощи, оказанной при выездах бригад СМП Хатлонской области по поводу различных внезапных заболеваний за период 2009 – 2017 гг. (приложение 31).

Как видно из приложения 31, в структуре различных внезапных заболеваний и состояний в целом по Хатлонской области значительное место отведено гипертонической болезни, удельный вес последней составляет 7,0% - 37%, кроме районов Пархар и Темурмалик, где показатели равны 17,6% и 2,4% соответственно.

В 13 городах и районах области заболевания органов дыхания занимают второе место, с удельным весом от 9,7% до 36,9%, только в некоторых городах и районах на второй план выходит ишемическая болезнь сердца (г. Леваканд - 11,6%, районы Куляб - 6,4%, Кушониён -12,7%, Восе -19,4%, Хамадони - 15,1 % и Шаартуз -13,9%).

Третье место распределилось среди различных групп внезапных заболеваний. Например, в районе А. Джами ИБС с удельным весом 12,5%, в г. Куляб и Кубодиёнском районе - психоневрологические заболевания, с удельным весом 13,4% - 11,3% соответственно, в районах Куляб, Кушониён, Вахш, Хуросон и Муминабад острые урологические заболевания с удельным весом 5,4%, 10,9%, 11,7%, 5,9%, 11,9% соответственно. В г. Нурек, в районах Балджуван, Дж. Балхи и Яван третье место занимают инфекционные заболевания с удельным весом 13,2%, 11,4%, 7,8%, 10,2% соответственно. Аналогичная ситуация и в г. Леваканд, в Пархарском, Ховалингском, Шаартузком районах заболевания органов дыхания наблюдается с удельным весом 9,7%, 17,5%, 11,9% и 12,4% соответственно.

При пересчете показателя частоты медицинской помощи выездными бригадами СМП Хатлонской области по поводу внезапных заболеваниях за

наблюдаемый период на 100 тыс. населения нами обнаружены некоторые изменения в раскладе превалирования различных внезапных заболеваний (приложение 32).

Если удельный вес гипертонической болезни занимал ведущее место в 22 городах и районах области, то при пересчете на 100 тыс. населения эта болезнь лидирует уже в 20 районах. При этом показатель частоты составляет от 48,9 до 3236,0 на 100 тыс. населения.

В городах Бохтар и Леваканд, в районах Куляб, Пархар гипертоническая болезнь занимает второе место с частотой 2132,0, 1308,0, 64,5, 968,1, соответственно. Также второе место занимает ишемическая болезнь сердца в г. Куляб, в районах Восе, Хамадони с частотой 134,7, 51,3, 197,1 соответственно.

Психоневрологические заболевания занимают второе место в г. Нурек, в районах Балджуван и Кубодиён с частотой 823,9, 317,7, 33,7, соответственно. Также второе место занимают острые заболевания брюшной полости в районах Ховалинг (338,3), Ш. Шохин (962,7). Аналогичная частота урологических заболеваний наблюдается в районах Кушониён (26,2), Пяндж (93,6), А. Джами (230,3), инфекционные заболевания в районах Дангара (260,0) и Темурмалик (1086,0), заболевания органов дыхания в районах Н. Хисрав (269,6), Вахш (735,2), Хуросон (138,7), Дж. Балхи (179,4), Джайхун (448,2), Муминабад (379,5), Шаартуз (242,2) и Яван (230,9).

ИБС в Пянджском районе с частотой 74,6, психоневрологические заболевания в г. Куляб, в районах Кушониён, Дангара и А. Джами с частотой 1245,3, 24,2, 227,4, 201,6 соответственно занимают третье место. Острые урологические заболевания в г. Бохтар, районах Балджуван, Вахш, Джайхун, Муминабад, Шаартуз, Дусти и Ш. Шохин с частотой 170,5, 268,2, 613,8, 252,6, 171,9, 84,4, 139,7 соответственно занимают третье место. Аналогичная ситуация по поводу инфекционных заболеваний отмечается в районах Хуросон (40,8), Дж. Балхи (175,7) и Яван (201,8).

В нижеследующих городах и районах заболевания органов дыхания выходят на третий план: г. Нурек – 780,5; в районах Восе – 45,4; Кубодиён – 32,3; Хамадони – 178,1; Пархар – 533,4 и Ховалинг – 244,2.

Сердечно-сосудистые заболевания в структуре внезапных заболеваний занимают особое положение. Изучение их структуры показало, что гипертоническая болезнь занимает ведущее место, удельный вес по Хатлонской области составил 72,2%, далее идет ИБС с удельным весом 25,6% и инсульты – 2,2%.

В частности, в г. Леваканд гипертоническая болезнь (ГБ) составляет 31,7%, в районах Куляб – 49,3% и Пархар – 40,3%. В вышеназванных районах удельный вес ИБС выше, чем ГБ. В других городах и районах удельный вес ИБС не превышает 40,2%.

Высокий удельный вес инсультов отмечен в районах Балджуван, Дангара и Темурмалик, где их уровень составляет 32,0%, 11,1%, и 17,3% соответственно. В остальных городах и районах области удельный вес инсульта колеблется от 0,1% до 5,8%.

Дальнейшее изучение ИБС показало, что в её структуре в целом по Хатлонской области стенокардия составляет 44,2%, инфаркт миокарда - 9,9% и другие ИБС сохраняются на уровне 45,9%. В городах и районах области эти показатели неоднозначны. Например, удельный вес стенокардии в городах и районах достигает до 89,7%, другие формы ИБС также составляют до 85,4%, что касается инфаркта миокарда, то он колеблется от 0,3% до 36,4%. По всей вероятности, высокий удельный вес инфаркта миокарда в регионах в большей степени связан с гипердиагностикой.

На оперативную работу службы СМП определенное влияние имеет количество безрезультатных выездов (приложение 33).

Как видно из приложения 33, в целом по Хатлонской области удельный вес безрезультатных выездов бригад СМП и отказов вследствие необоснованности вызова не превышают 0,2%.

Нами установлено, что в городах и административных районах Хатлонской области удельный вес безрезультативных выездов больше, чем в сельской местности. Например, в городах Бохтар составляет 3,3, Куляб, Нурек – 0,3 и Левакант – 0,5, за исключением районов Куляб, Дангара, Пяндж, А. Джами и Н. Хисрав, где удельный вес безрезультатных выездов составляет 0,3 – 0,5%, в других районах не превышает 0,2%, а в большинстве районов составляет 0,1 или менее 0,1%.

Удельный вес отказов вследствие их необоснованности не высок, за исключением г. Бохтар, районов Н. Хисрав, А. Джами, Дангара, Джайхун, Ховалинг и Яван, где указанный показатель составляет от 0,2 до 0,4%. В остальных городах и районах составляет на уровне 0,1% и менее.

Следует отметить, что в ряде городов и районов области безрезультатные выезды и отказы от вызова за наблюдаемый период не зарегистрированы (г. Нурек, районы Дусти, Ш. Шохин, Балджуван, Кубодиён, Кушониён).

Основными показателями, указывающими на эффективность работы службы СМП, являются случаи с летальным исходом (приложение 34).

В среднем, по Хатлонской области за 16 лет наблюдений, удельный вес умерших составляет 0,2% от общего количества вызовов, при этом в 88,1% случаев смерть наступила до приезда бригады СМП, а 11% в присутствии бригад СМП и только в 0,9% случаев смерть наступила в салоне автомобиля скорой медицинской помощи.

Относительно высокие показатели летальности имели место в городах Бохтар - 1,0%, Куляб – 0,6%, Нурек – 0,3%, Леваканд – 0,4%, в районах Дангара, Пяндж – 1,0%, Ховалинг, Яван, А. Джами - 0,2%, Дж. Балхи, Куляб, Муминабад и Темурмалик – 0,1%.

В вышеуказанных районах удельный вес смерти в присутствии бригады СМП колеблется от 93,3% до 100%, смерть в салоне автомашины до 33,3%. В остальных районах летальность не регистрирована.

Таким образом, установлено, что служба СМП Хатлонской области более стабильно функционирует в городах. В целом за последние годы обращаемость

населения за СМП снизилась в 10,2 раза, в некоторых районах показатель снижен в 30-40 раз, что свидетельствует о недостаточном уровне организации работы службы СМП. Обеспеченность населения санитарным транспортом на 10 тыс. населения составляет 0,2, в отдельных районах 0,1. Отмечается низкий уровень квалификации медперсонала, нехватка медоборудования и медикаментов. В структуре выездных бригад превалируют фельдшерские бригады. В целом по области за исключением областного центра и некоторых городов организация скорой медицинской помощи населению находится на низком уровне и требует принятия мер организационно-структурного характера.

3.5. Состояние службы скорой медицинской помощи в Согдийской области

В Согдийской области сеть учреждений скорой медицинской помощи состоит из 18 учреждений, в том числе 4 самостоятельных станций и 14 отделений скорой медицинской помощи.

В структуре СМП г. Худжанд имеется 1 подстанция. В составе других станций и отделений СМП городов и районов развёрнуты 41 пункт скорой и неотложной медицинской помощи, из них в Аштском районе разверёрнуто 5 пунктов СМП; в районах Б. Гафурова, Дж. Расулова, Айни по 4 пункта СМП; по 3 пункта в районах Канибадам, Пенджикент, Истаравшан, Деваштич; в городах Гулистон, Бустон и в районах Исфара, Зафарабад, Мастча и Шахристан по 2 пункта СМП. По материалам исследования выявлено, что в районе Кухистони Мастча служба скорой медицинской помощи как инфраструктура отсутствует.

Для обеспечения круглосуточной медицинской помощи на догоспитальном этапе за период наблюдений в арсенале станций (отделений) СМП городов и районов имелось 105 – 137 ед. санитарного транспорта, из которых 23,3 - 41,9% находились в нерабочем состоянии (приложение 35).

В организации круглосуточной догоспитальной помощи приоритетной задачей остается обеспеченность населения и станций (отделений) СМП Согдийской области санитарным транспортом, согласно нормативным потребностям (приложение 36).

Нами установлено, что за период 2009 – 2017 гг. обеспеченность населения Согдийской области санитарным транспортом на 10 000 населения находилась в пределах 0,3 – 0,4. Данный показатель в городах Худжанд, Бустон, Гулистон и в районах Канибадам, Айни, Шахристан составляет от 0,6 до 0,8. В г. Истиклол обеспеченность санитарным транспортом выходит за пределы принятых нормативов и достигает уровня 1,2. Низкие показатели обеспеченности имеют место в следующих районах, где показатель не превышает 0,4 единиц санитарного транпорта на 10 000 населения: (Исфара, Пенджикент, Истаравшан, Деваштич, Зафарабад, Б. Гафуров, Дж. Расулов, Мастча, Спитамен).

Экспертной оценкой установлено, что обеспеченность населения Согдийской области санитарным транспортом на 10 000 населения недостаточна (кроме г. Истиклол), а в большинстве районов области находится на критическом уровне.

Наши расчеты показали, что норматив потребности санитарного транспорта населения и станций (отделений) СМП Согдийской области составляет 258 единиц (с учетом 1 санитарная машина на 10 000 населения). В зависимости от количества населения потребность в машинах скорой медицинской помощи колеблется от 1,0 до 26,3 санитарного транспорта. С учетом санитарного транспорта, находящегося в рабочем состоянии, удовлетворенность станций (отделений) СМП составляет 59,3%.

Обеспеченность станций (отделений) СМП Согдийской области средствами связи (стационарными телефонами) за период 2009 – 2017 гг. в целом по области, за годы наблюдения достигает 95,3%. В Исфаринском, Дж. Расуловском районах, в городах Гулистон и Бустон проблемы с обеспечением службы СМП стационарными телефонами отсутствуют. В других районах

обеспеченность стационарными телефонами составляет от 20 до 85,7%. Следует отметить, что в некоторые годы наблюдаемого периода в отдельных регионах области обеспеченность стационарными телефонами превосходит существующие нормативы (до 400%).

Экспертной оценкой установлено, что в Согдийской области выездные бригады неполностью обеспечены радиосвязью. Только в городе Худжанд в 2010 году в арсенале имелось 8 раций, в Исфаринском районе в 2002 – 2011 гг. по 1-2 рации. Медицинский персонал выездных бригад в основном использует собственные мобильные телефоны, “обеспеченность” в различных районах составляет от 12,5 до 100%.

Обеспеченность выездных бригад медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения определяет качество оказания скорой медицинской помощи.

В целом по Согдийской области на 105 ед. санитарных автомобилей имеется только один аппарат – дефибриллятор (0,9%), 44 ед. иммобилизирующих транспорных шин (21%), 13 шт. аппарата ИВЛ - (12,3%), 3 ед. аппарата Кокчетав (2,8%), 3 ед. аппарата ЭКГ - (2,8%), 18 шт. мешка “Амбу”- (17,1%), 21 шт. медицинских ящиков (20%), комплектов для родов – 3 ед. (2,8%), комплектов для инфекционных заболеваний - 2 набора (1,9%). Из перечисленной медоборудования и изделий медназначения во всех станциях (отделениях) СМП городов и районов в наличие имеется 203 шины и 1-2 мешка “Амбу”, по 1-2 медицинских ящиков, другое медоборудование во многих районах отсутствует или имеется по 1 единице. Практически выездные бригады Согдийской области обеспечены медоборудованием и изделиями медицинского назначения крайне недостаточно, что ставит под сомнение качество оказания догоспитальной помощи.

Динамика роста утвержденных штатных должностей всего персонала станций (отделений) СМП Согдийской области за 16 лет наблюдения показала, что штаты уменьшились на 1,0%, тогда, как население области за этот период увеличилось на 23,6% (приложение 37).

Как видно из приложения 37 в городах и районах за наблюдаемый период, динамика утвержденных штатных единиц неоднородна. Например, в г. Худжанд штатные единицы увеличились на 9,1% (168,0 – 185,0%), в районах Канибадам на 46% (41,0 – 76,5), Аштском на 5,2% (73,0 – 77,0%), Зафарабад на 34,7% (15,0 – 23,5%), Б. Гафуров - 26,7% (127,5 – 171,0%). В некоторых районах и городах, напротив, количество утвержденных штатных должностей уменьшилось: в районах Исфара на 17,4% (115,5 – 95,5), Пенджикент - 18,4% (103,5 – 84,0), Истаравшан - 26,6% (113,0 – 83,5), Дж. Расулов - 36,8% (52,0 – 33,5), Спитамен - 10% (30,5 – 27,5) и Мастча - 11,6% (86,0 – 75,75), в городах Гулистон - 22% (50,5 – 39,5) и Бустон - 25,9% (27,0 – 20,5). В остальных городах и районах области количество утвержденных штатных должностей за наблюдаемый период осталось на одном уровне, в г. Истиклол на уровне 19,0, в районах Айни - 23,5, Деваштич - 27,75 и Шахристане на уровне 18,25.

Утвержденные штатные врачебные должности в целом по Согдийской области за период наблюдения уменьшились с 167,25 в 2002 г. до 157,25 в 2017 г. или на 6%.

За период наблюдений количество штатных врачебных должностей в г. Худжанд уменьшилось на 3,4% (58,0 – 56,5), в Исфаринском районе 15,3% (13,0 – 11,0), в Канибадамском районе штаты в 2017 г. были утверждены на 50,0% больше, чем в 2002 г. (5,5 – 10,0), в Пенджикентском районе по сравнению с 2002 годом, в 2017 году утвержденные штатные должности уменьшились на 12,5% (16,0 – 14,5), в Истаравшанском районе - 42,1% (19,5 – 2,0), в г. Бустон – 40,0% (10,0 – 6,0), Аштском районе на 50,0% (4,5 – 2,0).

Нами установлено, что в г. Истиклол (4,0), в районах Зафарабад (4,5), Деваштич (7,5), Дж. Расулов (4,5) за весь период наблюдений количество штатов оставалось без изменений. Только в некоторых районах, таких как Б. Гафуров, Канибадам, Мастча, Спитамен, Шахристан, за указанный выше период штатные врачебные должности увеличились до 50,0%.

Изучение количества штатных должностей средних медработников станций (отделений) СМП за период 2002 – 2017 гг. по Согдийской области

показало, что в целом они снизились на 87% или же с 527 в 2002 г. до 481,0 в 2017 г.

За период наблюдений отмечена отрицательная динамика количества штатных должностей средних медработников в районах: Исфара уменьшилось на 19,4% (67,5 – 54,0); Пенджикент - 41,5% (53,0 – 31,0); Дж. Расулов - 39,1% (23,5 – 14,5); Мастча - 19,3% (31,25 – 25,25), Спитамен - 16,6% (12,0 – 10,0), Шахристан 50,0% (10,0 – 5,0), в городах Истиклол - 14,2% (7,5 – 6,0), Истаравшан - 26,6% (45,0 – 33,5), Гулистон - 12,5% (16,0 – 14,0). В остальных городах и районах, напротив, количество утвержденных штатных должностей средних медработников за годы наблюдения были увеличены до 40,0%.

Установлено, что уровень укомплектованности штатных врачебных должностей станций (отделений) СМП Согдийской области в целом к 2017 году по всей области достиг - 95,7%. Анализ штатных врачебных должностей показал, что укомплектованность штатов в городах Худжанд находится на уровне - 90,3%, Бустон - 95,8, в районе Зафарабад - 77,8. В остальных городах и районах ставки полностью укомплектованы. Выявлено, что по сравнению с утвержденными врачебными должностями за период наблюдения укомплектованность штатных должностей средних медицинских работников станций (отделений) СМП Согдийской области относительно благополучна.

Кроме станции СМП г. Худжанд, где укомплектованность утвержденных штатных должностей средних медработников за период наблюдения составляет 32,1 – 78,1%, в остальных городах и районах к концу 2017 г. штаты полностью были укомплектованы.

Другим показателем эффективности работы службы СМП является обеспеченность станций (отделений) СМП Согдийской области врачебными кадрами (приложение 38). Данный показатель по Согдийской области за 16 лет составляет 0,4, в г. Худжанд колеблется от 1,0 до 2,1, в районах Канибадам, Шахристан 0,2 – 0,7, соответственно, Пенджикент 0,1 – 0,4, Истаравшан и Дж. Расулов 0,1 – 0,7, Мастча 0,1 – 1,2 и Спитамен 0,1 - 0,4.

В г. Бустон отмечаются относительно высокие показатели от 1,6 до 2,5 на 10 000 населения, соответственно. В г. Истиклол колебание показателя значительное от 0,01 до 3,8. В других городах и районах обеспеченность не превышает 0,1 на 10 000 населения.

В рамках исследования кадрового потенциала службы СМП Согдийской области, нами также изучены обеспеченность станций (отделений) СМП средним медперсоналом за последние 16 лет (приложение 39).

В целом по Согдийской области вышеуказанный показатель составляет 1,4 на 10000 населения. В городах Худжанд, Истиклол, Бустон, Канибадам, Истаравшан, в районах Айни, Ашт, Б. Гафуров, Мастча и Шахристан обеспеченность средними медицинскими работниками за годы наблюдения колеблется от 1,0 до 3,7. В районах Исфара и Деваштич за вес период наблюдения замечены низкие показатели, не превышающие 0,1 на 10 000 населения. В остальных городах и районах показатель обеспеченности варьирует от 0,2 до 1,2.

Анализ обеспеченности службы СМП Согдийской области кадрами за последние годы показывает её диспропорцию и дефицит.

Привлечение совместителей на работу в службе СМП обычно распространенная практика (приложение 40).

Нами установлено, что в целом по Согдийской области коэффициент совместительства врачей СМП за наблюдаемый период составляет от 1,3 до 2,0. При оптимальном показателе 1,4, в некоторых районах, таких как Пенджикент, Б. Гафуров, Мастча, Шахристан и г. Истиклол, коэффициент совместительства достигает до 4,75, что противоречит финансовой дисциплине.

Сравнительный анализ коэффициента совместительства средних медработников указывает на достаточную укомплектованность выездных бригад средними медработниками (приложение 41).

В целом по Согдийской области коэффициент совместительства средних медработников с 1,5 в 2002 г., снизился до 1,1 в 2017 году. В г. Худжанд за весь период наблюдения сохранился на уровне 1,8 – 1,5, в районах Исфара на уровне

1,1 - 1,9, Канибадам 1,6 (к 2016 г. снизилось до 1,2). В г. Гулистон, в районах Пенджикент, Б. Гафуров, Мастча, Шахристан, Ашт, Зафарабад и Истаравшан не превышает - 1,4.

Уровень квалификационной категории врачей СМП Согдийской области за годы наблюдения имеют некоторую тенденцию к улучшению. Если в 2002 году общая категорированность врачей СМП составляла 10,3%, то к концу 2017 года этот показатель вырос до 21%. При этом 16,7% составляют специалисты с высшей категорией, 27,8% с первой категорией и 55,5% со второй категорией.

За указанный период уровень квалификационной категории врачей СМП г. Худжанд оставался без динамики и составил 15,4%. В районах Исфара достиг уровня 22,2%, Канибадам – 20,0%, в 2017 году в районе Пенджикент работал единственный врач, который имел высшую категорию. В Истаравшанском районе из 5 врачей, только один (2015 г.) имел вторую категорию, в г. Бустон из 8 врачей 25,0% имеют первую и вторую категорию. В Деваштичском районе из 12 врачей, только 15,4% имеют вторую категорию. В районе им Б. Гафурова из 5 врачей 40,0% с квалификационной категорией, из них 50,0% составляют врачи со второй категорией, в районе Дж. Расулова 22,4% (9 человек) имеют категорию, в районе Спитамен из 2-х врачей, только 1 имеет вторую категорию. В отделениях СМП городов Истиклол, Гулистон и районах Ашт, Мастча, Шахристан работают врачи без квалификационной категории.

Нами установлено, что в Согдийской области по сравнению с 2002 г. количество среднего медперсонала выездных бригад имеющих квалификационную категорию уменьшилось на 11,7%. В 2017 году 21,3% средних медработников имели квалификационную категорию, с высшей 17,5, с первой – 18,6, со второй категорией – 63,9%.

В других станциях (отделениях) СМП районов и городов общая категорированность среднего медперсонала к 2017 г. достигла от 8,2% до 50,0%. Средний медперсонал с высшей категорией составил – 17,5%, с первой – 18,6%, со второй категорией - 63,9%.

Установлено, что в Согдийской области в большей степени работают средние медработники без категории. Кроме того, из имеющие квалификационные категории от 37,3 до 100% составляют лица со второй категорией.

Экспертной оценкой установлено, что состояние кадрового потенциала службы СМП Согдийской области находится на низком уровне.

Традиционно в регионах функционируют различные модели организации службы СМП, в крупных городах (областях) центрах действует многоуровневая, в районах 2-х уровневая, а в некоторых моноуровневая модель (приложение 42).

Нами выявлено, что за период 2002 – 2017 гг., в структуре выездных бригад Согдийской области врачебные общепрофильные бригады варьируют от 18,3 до 45,7%, при этом педиатрические бригады составляют не более 0,2%, удельный вес фельдшерских бригад достигает уровня 68,7%, специализированных кардиологических бригад составляет от 2,2 до 4,1%.

Наши расчеты показали, что обеспеченность населения Согдийской области выездными бригадами за 16 лет составляет 0,05 на 10000 населения, при этом общепрофильные врачебные бригады сохраняются на уровне 0,01, педиатрические – 0,001, фельдшерские колеблется от 0,01 до 0,03, специализированные достигают уровня 0,002 на 10000 населения (приложение 43).

Наши исследования показали низкий уровень обеспеченности населения Согдийской области выездными бригадами различного профиля.

Структура выездных бригад в городах и районах области состоит из различных профилей (приложение 44).

Например, удельный вес общепрофильных врачебных бригад колеблется от 16,4 до 81,3%, педиатрические бригады организованы лишь в 6 городах и районах (г. Худжанд, районы Канибадам, Пенджикент, Истаравшан, Б. Гафуров, Дж. Расулов).

Удельный вес фельдшерских бригад достигает более 50,0% в районах Пенджикент, Ашт, Деваштич, Б. Гафуров, Дж. Расулов, Мастча, Спитамен, а в Айни функционирует моноуровневая фельдшерская бригада. Специализированные бригады организованы только в г. Худжанд (24,5%) и в Истаравшанском районе (15,7%).

Показатель загруженности выездных бригад определяет, насколько рационально используются выездные бригады в целом, а также обоснованность их использования по профилю. Среднегодовая загруженность общепрофильных врачебных бригад СМП Согдийской области за период наблюдения увеличилась в 1,7 раз (1955,6 – 3412,8), аналогично, увеличилась и среднегодовая загруженность педиатрических бригад (1952,0 – 3383,5), загруженность фельдшерских бригад с 1436,8 вызовов в год увеличилась до 2349,1 или в 1,6 раз. Среднегодовая загруженность специализированных кардиологических бригад снизилась в 1,2 раза (3015,3 в 2002 г. и 2504,6 в 2017 г.) (приложение 45).

Среднесуточная загруженность общепрофильных врачебных бригад в целом по области с уровня 5,6 в 2002 г. увеличилась до 9,4 в 2017 г., загруженность педиатрических бригад колеблется от 3,2 до 15,3, для фельдшерских бригад среднесуточная загруженность за период наблюдения составила 3,9 - 6,9.

Среднесуточная загруженность специализированных бригад кардиологического профиля на фоне роста населения имеет тенденцию к снижению и к 2017 году составляет 6,9 (против 8,3 в 2002 г.).

В разрезе городов и районов Согдийской области среднегодовая загруженность общепрофильных врачебных бригад, за весь период наблюдения составила 367,1 - 5555,1, соответственно (приложение 46).

При этом самый низкий показатель загруженности выездных бригад зафиксирован в г. Истиклол - 1146,2, в районах Зафарабад - 367,1, Мастча – 744,5 и Истаравшан 1397,0. Низкие показатели загруженности педиатрических бригад отмечены в районе им Дж. Расулова – 18,9 и относительно высокие

показатели в г. Худжанд – 2749,1. Максимальные показатели среднегодовой загруженности фельдшерских бригад имеют место в Канибадамском районе – 3306,6, а минимальный уровень зафиксирован в г. Истиклол – 324,7 вызовов в год.

Показатель среднесуточной загруженности общепрофильных врачебных бригад за 16 лет в среднем по г. Худжанд составила 12,2, а в Шахристанском районе достиг максимума - 15,3. Нерациональное использование общепрофильных врачебных бригад имело место в г. Истиклол – 3,2, в районах Пенджикент – 3,5, Истаравшан – 3,5 и Мастча, где самый низкий уровень среднесуточной загруженности - 2,0. Уровень среднесуточной загруженности педиатрических бригад в г. Худжанд достигает уровня 7,5 вызовов. Низкий уровень загруженности за период наблюдений сохранился в Истаравшанском районе – 2,7. Вышеуказанный показатель для фельдшерских бригад в Канибадамском районе составил – 9,1, невысокий уровень среднесуточной загруженности сохранился в г. Истиклол – 0,9.

Важным показателем службы СМП является показатель обеспеченности населения скорой медицинской помощью на 1000 человек (приложение 47).

В целом по Согдийской области показатель обеспеченности населения скорой медицинской помощью за период наблюдения составил 78,9 на 1000 населения. Если учесть, что норматив обеспеченности населения скорой медицинской помощью в Российской Федерации составляет 318,0 на 1000 человек, то в разрезе городов и районов Согдийской области высокий уровень данного показателя отмечен в г. Гулистон - 235,8.

Низкий уровень обеспеченности населения скорой медицинской помощью наблюдается в Зафарабадском районе – 9,8 на 1000 человек. Также не высокий уровень обеспеченности зарегистрирован в районах Истаравшан – 58,9, Деваштич – 20,6, Дж. Расулов – 28,3, Мастча – 67,2 и Спитамен – 19,2.

Показатель обращаемости населения за скорой медицинской помощью отражает фактическое состояние готовности службы СМП к оказанию круглосуточной скорой медицинской помощи (приложение 48).

Данный показатель за период 2002 – 2017 гг. по всей области вырос только на 5,6%, что является недостаточным, а в ряде городов и районов снизился с 1,1 до 10,7 раз (в городах Худжанд, Гулистон, Бустон, районы Исфара, Канибадам, Пенджикент, Деваштич, Шахристан). Напротив, в г. Истиклол обращаемость возросла в 5,8 раз, в районах Айни – 1,4, Ашт – 1,1, Зафарабад в 18,9 раз, Б. Гафурова - 2,1, Мастча – 1,4 и Спитамен в 15,4 раз.

Ограниченность санитарного транспорта в некоторой степени увеличила количество обращений населения непосредственно на станцию (отделение) СМП по всей Согдийской области, где уровень удельного веса оказания амбулаторной помощи за весь период наблюдения составил 27,5% от общего числа выполненных вызовов.

Колебания данного показателя высокие, в городах и районах его уровень достигает от 4,3 до 66,6% от общего количества выполненных вызовов. Наиболее высокий уровень амбулаторной помощи установлен в г. Истиклол – 66,6%, в районах Исфара – 52,5%, Ашт – 51,9%, Истаравшан – 31,3%, Деваштич – 36,5%, Мастча – 37,7, что свидетельствует о недостаточности обеспечения населения выездными бригадами.

Вопрос госпитализации лиц, обслуженных бригадами СМП, относится к параметру, определяющему преемственность СМП с госпитальным сектором. Наши исследования показали, что по ряду причин в городах и районах Согдийской области уровень госпитализации лиц, обслуженных бригадами СМП, резко отличается.

Нами выявлено, что в целом за наблюдаемый период частота госпитализации лиц обслуженных бригадами СМП достигает уровня 12,3 (2017). В районе Исфара показатель снизился до 3,8; в районе Пенджикент с 4,4 до 9,0, в г. Истиклол с уровня 44,6 снизился до 17,1; в районе Истаравшан с 33,8 до 5,8. Аналогично в г. Гулистон показатель с 36,4 снизился до 25,6%. Напротив, в районе Шахристан увеличился с 10,7 до 28,9 на 1000 населения. В г. Бустон, в районах Деваштич, Зафарабад и Спитамен уровень госпитализации не высокий и за период наблюдения не претерпел существенных изменений.

Удельный вес показателя госпитализации лиц, обслуженных выездными бригадами СМП Согдийской области за 2002 – 2017 гг., имеет тенденцию к росту.

В регионах Согдийской области удельный вес госпитализации лиц, обслуженных выездными бригадами СМП, неоднороден и в некоторых городах и районах достигает более 25,0% (в городах Истиклол – 46,0%, Бустон – 36,5%, в районах Истаравшан – 29,1%, Ашт – 26,7%, Зафарабад – 29,3%, Мастча – 35,9%, Шахристан – 84,9%). Во многих административных центрах (кроме районов Дж. Расулов, Айни, Пенджикент и г. Худжанд), удельный вес госпитализированных лиц имеет тенденцию к снижению и колеблется от 4,5 до 20,0%.

Эффективность работы станции (отделения) СМП также определяется соотношением числа вызовов бригад СМП к числу обслуженных лиц, оптимальным числом которой считается, когда это соотношение равно 1:1,4.

Нами установлено, что в целом по области соотношение числа вызовов к числу обслуженных лиц в большинстве районов равно 1:1,1, причину, которой следует искать в работе диспетчерской службы, которая распределяет вызовы в ручном режиме.

В целом по Согдийской области число лиц в возрасте до 14 лет, обслуженных выездными бригадами за весь период наблюдения, составляет не более 21,8% от общего количества выполненных вызовов. В Айнинском районе, где функционировали только фельдшерские бригады процент обслуженных лиц в возрасте до 14 лет с 32,9% достиг уровня 45,2%. Согласно статистическим данным в Шахристанском районе выездными бригадами лица до 14 лет не обслуживались. Высокий удельный вес лиц до 14 лет, обслуженных бригадами СМП, наблюдается в г. Бустон – 29,0%, в районах Исфара – 39,0, Пенджикент – 31,2%, Истаравшан – 32,9%, Ашт - 31,5%, Мастча – 39,4%.

Наши наблюдения за 16 лет показали, что в Согдийской области за исключением отделения СМП г. Истиклол, за городскими станциями

(отделениями) СМП закреплено сельское население пригородных зон, удельный вес которых в г. Худжанд составляет до 2,0%, в городах Исфара до 44,1%, Канибадам - 61,3%, Пенджикент - 82,4%, Истаравшан - 72,7%, Гулистон и Бустон - 93,2%.

В структуре выполненных вызовов бригадами СМП Согдийской области превалируют внезапные заболевания и состояния, удельный вес которых за период 2002 – 2017 гг. составляет от 79,4 до 93,2% (приложение 49).

Как видно из приложения 49 удельный вес вызовов по поводу несчастных случаев достигает от 2,8% до 6,3%, вызовы по поводу родов и патологии беременности не превышает 2,9%, удельный вес перевозки больных, рожениц и родильниц с 11,4 в 2002 г. снизился до 2,5 в 2017 году.

Нами установлено, что в зависимости от местности, техногенных факторов, а также прохождения магистральных автомобильных дорог количество несчастных случаев в административных центрах и сельской местности неоднозначно (приложение 50).

Выявлено, что в разрезе городов и районов области удельный вес несчастных случаев, за исключением городов Худжанд и Истиклол, района Истаравшан, где уровень этой категории вызовов достигает от 18,5 до 21,9%, в других городах и районах данный показатель колеблется от 0,2% до 10,2%.

В структуре вызовов по поводу различных несчастных случаев за период 2002 – 2017 гг., в целом, по Согдийской области первое место занимают травмы с удельным весом - 55,6% (приложение 51).

Как видно из приложения 51, после травм, второе место занимают различные отравления - 21,1% и на третий план выходят ДТП – 7,1. Из 17 функционирующих станций (отделений) СМП в 15 из них или 88,2% в структуре вызовов на первый план выходят травмы, удельный вес которых составляет от 40,4% до 72,0%.

В 13 городах и районах области (76,5%) различные отравления с удельным весом от 6,4% до 44,2% выступают на второй план, в 8 городах и районах (47,0%) ДТП, занимает третье место.

При пересчете на 100 000 населения нами получен более достоверный расклад структуры различных видов несчастных случаев (приложение 52).

В целом по области по прежнему травмы занимают первое место (152,0), на второй план выходят различные отравления (58,8), третье место занимают ДТП и ожоги с удельным весом - 20,7%.

Из 17 станций (отделений) СМП в 16 или 94,1%, среди различных видов несчастных случаев первое место занимают травмы, по отношению второго и третьего места расклад остался без изменений.

Анализ статистических данных показал, что в 44,5% случаев бригадой СМП обслуживалось отравление пациентов спиртными напитками, отравления газом составляют 21,7%, лекарствами – 14,6%, наркотиками – 5,8% и пищевые отравления составили - 13,4%.

Нами изучена структура вызовов по поводу отравлений в разрезе районов. В результате получена следующая картина, в 9 городах в структуре отравлений на первый план выходили отравления спиртными напитками, в 4 районах пищевые отравления, в 2 районах отравления газом (Исфара, Б. Гафурова) и в 2 районах отравления лекарствами (Деваштич и Шахристан). В остальных случаях второе и третье место разделились между различными видами отравлений.

С учетом того, что в структуре вызовов по поводу несчастных случаев ведущее место отведено травмам, нами также изучена структура травм в регионах области. За исключением Шахристана, в остальных городах и районах в структуре травм превалируют травмы рук и ног, удельный вес которых составляет от 40,4 до 93,1%, травмы головного мозга занимают второе место, с удельным весом от 9,5 до 48,7%, травмы внутренних органов не превышают 18,4%.

Экспертной оценкой установлено, что удельный вес вызовов, выполненных бригадами СМП Согдийской области за период 2002 – 2017 гг. в разрезе городов и районов не очень отличаются друг от друга (приложение 53).

Анализ показал, что удельный вес внезапных заболеваний и состояний к 2017 году колеблется от 82,9 до 99,3%. Высокий удельный вес более 91,7% отмечается на 14 станциях (отделениях) СМП Согдийской области (82,3%).

Нами изучена структура внезапных заболеваний и состояний, обслуженных выездными бригадами (приложение 54).

Как видно из приложения 54, в 11 городах и районах (64,7%) значимое место отводится гипертонической болезни, удельный вес которой варьирует от 18,3% до 43,4%; в районах Пенджикент, Истаравшан, Айни, Деваштич и Шахристан гипертоническая болезнь занимает второе место (14,5% - 27,2%). В 5 городах и районах (29,4%) заболевания органов дыхания занимают ведущее место, в 11 городах и районах (64,7%) эти заболевания занимают второе место. В 8 городах и районах (47%) третье место занимают психоневрологические заболевания, такое же положение в г. Гулистон, в районах Деваштич и Шахристан занимает ИБС.

При расчете показателя частоты медицинской помощи по поводу внезапных заболеваний на 100 000 населения, нами установлено, что особых сдвигов в распределении различных видов внезапных заболеваний не произошло (приложение 55).

Нашими исследованиями установлено, что в 12 городах и районах (70,5%), первое место сохраняется за гипертонической болезнью, в 11 районах (64,7%) заболевания органов дыхания выходят на второй план, в 4 районах третье место занимает ИБС, в 5 районах психоневрологические заболевания и в 4 районах области инфекционные заболевания.

Анализ структуры внезапных заболеваний выявил, что сердечно-сосудистые заболевания в целом составляют до 40,5%. В структуре вышеназванных заболеваний удельный вес гипертонической болезни составляет до 91,3%. Ишемические болезни сердца в районах составляют от 6,3 до 35,6%, удельный вес инсультов невысок и не превышает 6,1%, кроме района Спитамен, где этот показатель равен 20,3%. К особой категории внезапных заболеваний, часто приводящих к осложнениям и летальным исходам, отнесена

ишемическая болезнь сердца. В структуре ишемических болезней сердца ведущее место занимают стенокардия, удельный вес которой в структуре ИБС колеблется от 61,7 до 98,6%, доля инфарктов миокарда колеблется от 1,4 до 38,3%, что, возможно, является следствием гипердиагностики.

Удельный вес родов и патологий беременности в городах и районах Согдийской области в силу различных причин значительно отличаются друг от друга, что требует более углубленного анализа (56).

Нами установлено, что за период наблюдения колебания удельного веса данной категории вызовов в городах и в некоторых районах высок. Например, в г. Худжанд удельный вес родов и патологии беременности составляет 0,8 - 2,8%, в районах Исфара - 2,1%, Канибадам - 1,2%, в Пенджикент - 0,4%, в г. Истиклол достиг уровня - 10,9%, хотя в 2002 г., 2012 – 2013 гг. вызовы данной категории не регистрированы, в районе Истаравшан сохраняется высокий уровень и доходит до 7,2%, в г. Гулистоне 1,8 – 2,6, в районах Айни 6,4 – 3,0, Ашт 1,7 – 2,0, Деваштич 0,5 – 0,7, Зафарабад 9,3 – 0,5%, Б. Гафуров 2,0 – 1,0, Дж. Расулов 1,7 – 1,1, Мастча 1,3 – 0,7, Спитамен 2,6 – 0,5 и Шахристан 9,9 - 3,1%, соответственно. Практически во всех регионах области по сравнению с 2002 г., в 2017 г. удельный вес родов и патологии беременности имеет тенденцию к снижению.

Наши наблюдения показывают незначительное число случаев родов в салоне автомашины СМП. По всей области за 16 лет зарегистрировано всего 64 случая, в среднем в год 5,3 случаев. В основном они регистрированы в районах Исфара – 10 случаев, Канибадам – 12, Истаравшан – 22, Ашт – 9, Б. Гафуров – 5.

Наши наблюдения за период 2002 – 2017 гг. по Согдийской области показали, что удельный вес перевозок, в некоторых городах и районах высок (приложение 57).

Данные приложения 57 указывают, что в районах Истаравшан удельный вес перевозок в 2002 г. составил 31,8%, Дж. Расулов – 47,8%, Спитамен – 75,9%, Зафарабад и Шахристан 57,8% (2007 г.) и 23,6% (2002 г),

соответственно. К 2007 г. во всех городах и районах удельный вес перевозок составлял до 2,7%, кроме районов Истаравшан, Айни, Дж. Расулов, где удельный вес составил 8,9, - 4,2 и 9,5%, соответственно.

Экспертной оценкой установлено, что удельный вес безрезультативных вызовов по всей области за весь период наблюдения в среднем составляют 0,3.

Этот показатель в городах Худжанд и Бустон – 0,4, Гулистон составляет – 0,2, в районах Исфара, Канибадам, Мастча, Зафарабад – 0,5, Пенджикент и Дж. Расулов – 0,7, в оставшихся городах и районах удельный вес безрезультатных вызовов составляет - 0,1 и менее 0,1% от общего числа выполненных вызовов.

Удельный вес отказов вследствие необоснованности вызовов также по области составляют не более 0,3. В большинстве районов этот показатель составляет менее 0,1%.

Проведенный нами анализ всех летальных исходов при выездах бригад СМП Согдийской области показал, что за 16 лет показатель составляет 0,5% от общего числа выполненных вызовов.

Самый высокий уровень случаев с летальным исходом отмечается в городах Истиклол - 1,5%, Бустон - 1,6% и Худжанд - 1,0%. В районах Мастча, Деваштич, Айни, Ашт удельный вес составляет 0,1%, в Шахристанском районе - 0,01%. В остальных городах и районах области удельный вес летальности сохранился на уровне 0,3 - 0,9%.

Таким образом, анализируя состояние службы СМП Согдийской области, мы установили, что в районах показатели работы службы неоднозначны, обеспеченность санитарным транспортом на 10 тыс. населения колеблется с 0.1 до 0,8, а в некоторых городах 1,2, что свидетельствует о выраженном дисбалансе распределения сил и средств. В структуре выездных бригад превалирует моноуровневая фельдшерская модель функционирования, что свидетельствует о нехватке врачебных кадров. Также установлено, что обеспеченность медикаментами не соответствует требованиям, а имеющееся медоборудование морально и физически устарело и требует принятия соответствующих мер.

3.6. Состояние службы скорой медицинской помощи Горно–Бадахшанской автономной области

Служба скорой медициской помощи ГБАО представлена 1 станцией СНМП в г. Хороге и 7 районными отделениями СНМП. Особенностью ГБАО является её географический рельеф, состоящий из горных массивов, и связанное с этим расположение населенных пунктов и плотность проживания населения.

В вышеназванных условиях обеспечение станции (отделения) СМП санитарным транспортом имеет особую значимость. Нами установлено, что автопарк санитарной техники станции (отделения) СМП ГБАО не претерпел существенных изменений. Если в 2002 г. в арсенале имелось 22 ед. санитарной техники, то в 2017 г. количество транспорта несколько снижено и составляет 20 ед. из них только 15 или 75,0% находился в рабочем состоянии. В целом за период наблюдения с 9,1 до 25,0% санитарного транспорта находилось в нерабочем состоянии.

Показатель обеспеченности санитарным транспортом (1 санитарный транспорт на 10000 населения) по области за период 2002 – 2017 гг. варьирует от 0,5 до 1,0 (приложение 58).

В г. Хорог обепеченность очень высокая, колеблется от 0,7 до 2,4, что характерно для данного региона. В 10,5% случаев выездные бригады станции СМП г. Хорога обслуживают население сельских населенных пунктов в радиусе более 70 км. Обеспеченность отделения СиНМП Ванчского района санитарным транспортом с 0,7 в 2002 году достигла уровня 0,9 в 2017 году. В районах Рушан показатель равен 2,1 - 1,2, Ишкашим 1,4 - 1,0, Шугнан 0,9 - 0,3. В Дарвозский район санитарный транспорт был выделен только в 2016 - 2017 гг. с показателем 1.1 на 10 000 населения. Другие районы, в том числе Мургаб, Рошткала работали без транспорта (вызовы были обслужены на частном транспорте, амбулаторно и в пешем порядке).

Наши расчеты норматива потребности населения и станции (отделения) СМП показали, что в целом по области норматив потребности санитарным транспортом составляет 22 ед. Данный показатель в г. Хороге составляет – 3

ед., в районах Ванч, Дарвоз, Ишкашим, Мургаб, Рушан, Шугнан и Рошткала составляет 3,3, 2,7, 3,2, 1,5, 2,5, 3,7, 2,7 ед., соответственно.

Наши исследования выявили, что диспетчерские службы станции и отделения СМП ГБАО в недостаточной степени обеспечены стационарными телефонами. Сложность отмечается в районах Мургаб, Рошткала, где отсутствуют стационарные телефоны «03», в Дарвозском районе только в 2016 – 2017 гг. функционировала телефонная сеть. В отдельных районах, таких как Ишкашим и Рушан количество телефонов превосходит норматив в 2 раза (2 ввода на 50 000 населения).

За период 2002 – 2017 гг. выездные бригады СМП станций и отделений СиНМП ГБАО не были оснащены рациями или мобильными телефонами. Сотрудники СМП в основном пользуются собственными мобильными телефонами, при этом “обеспеченность” с учетом руководителей выездных бригад составляет 69,4%. В г. Хорог “обеспеченность” мобильными телефонами составляет 15,3%, в районах Шугнан – 66,7% и Рушан 55,6%, в других районах составляет до 16,7% (районы Рошткала, Ванч, Дарвоз).

Нами проведен анализ обеспеченности выездных бригад СМП ГБАО медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения. Установлено, что в рабочем состоянии находились 18 единиц медицинского оборудования и изделий медицинского назначения.

В наличие имеется, только 1 дефибриллятор, 16 шт. различных шин, 8 ед. аппарата ИВЛ, аппарат ЭКГ – 1 шт., мешок “Амбу” - 4 шт., медицинский ящик – 8 шт., комплект для родов - 1 набор, комплект для инфекционных заболеваний – 8 ед. Обеспеченность по различным оборудованиям с 5,5% до 44,4%. В большинстве случаев это оборудование старого образца приобретенное ещё в 80-е годы прошлого столетия. Практически отсутствуют кислородные баллоны.

Службе скорой помощи ГБАО в 2002 году было выделено всего 165,5 штатных единиц, к 2017 г. утвержденные штатные единицы составили - 160,5 (приложение 59).

За период наблюдения штатные единицы городской СиНМП г. Хорога имели положительную динамику с 51,0 до 78,0. В районах Ванч и Дарвоз штатные единицы уменьшились с 13,0 в 2002 г. до 12,0 к концу 2017 г. Также уменьшение штатов отмечается в районах Ишкашим 15,5 - 11,5, Рушан 17,0 - 15,5 и Шугнан 29,0 - 25,0.

Штат врачебных должностей по области в 2002 г. составил 53,0, а в 2017 г. вырос до 66,0 (приложение 60).

В некоторых районах за период наблюдений отмечен рост врачебных штатных единиц, в том числе в г. Хорог 12,5-14,5, в районах Ванч 3,5 - 7,0, Дарвоз 3,0 – 3,5, Ишкашим 1,0 – 4,5 и Рушан 3,0 - 4,0 ед.

В Шугнанском районе врачебные ставки были выделены в 2002 – 2008 гг. и составляли 4,0 – 5,0, соответственно. Следует отметить, что для нужд отделения СиНМП Мургабского района врачебные ставки не были предусмотрены, а в Рошткалинском районе 1,0 единица была выделена только в 2015 – 2017 гг.

На протяжении последних 16 лет количество выделенных штатных должностей среднего медперсонала СиНМП ГБАО колебалось с 54,5 до 66,5 и к 2017 г. составило – 57,0 (приложение 61).

В г. Хороге за период наблюдений штатные должности с 23,5 увеличились до 26,0, в районах Ванч 4,5 – 5,5, Дарвоз - 4,5, Ишкашим - 3,5, Мургаб 4,0 – 5,0, Рошткала 1,0–4,0, Рушан - 4,0 и Шугнан 9,0-4,5, соответственно.

Укомплектованность фактически выделенных штатных врачебных должностей по всей области за период 2002 - 2017 гг. колеблется с 54,4 до 100% (приложение 62). В г. Хорог показатель составил 100%, кроме 2004 г., когда укомплектованность была на уровне 51,9%.

В Ванчском отделении СиНМП врачебные ставки были укомплектованы в 2002 – 2007 гг., 2013 г., 2016 г., 2017 г. на 100%. В 2008 г. - 71,4%, 2009 г. - 85,7%, 2010 г. - 42,9%, 2012 г. - 85,7%, в 2011 г., 2014 – 2015 гг. штатные единицы не были утверждены. В Дарвозском районе с 2002 г. по 2011 г., штаты были заняты на 100%, в остальные годы от 22,2% до 50,0. В Ишкашимском

районе, кроме 2002 г. и 2004 г. и в Рушанском районе за весь период укомплектованность штатных единиц составила 100%. В Шугнанском районе с 2002 по 2008 гг. укомплектованность с 50,0% достигла уровня 100%. В районах Мургаб и Рошткала штаты врачебные должности не были предусмотрены.

Укомплектованность штатных должностей среднего медперсонала по области в 2002 г., 2010 г., 2013 г. составила – 99,1%, соответственно. Укомплектованность в 2008 г. – 54,6%, 2011 г. – 84,1%, 2012 г. – 94,7%, 2014 г. – 86,8% и в последующие годы сохранилась на уровне 100%. В г. Хорог (кроме 2014 г. – 88,5%), в районах Ишкашим, Мургаб, Рушан, Шугнан (кроме 2002 г. – 94,4%), Дарвоз (кроме 2010 г - 44,4%, 2011 г - 66,7%, 2014 г – 88,9%), Ванч, (кроме 2008 г. – 72,7%, 2014 г. – 68,8%) штаты не были предусмотрены. В остальные годы наблюдения укомплектованность достигала максимального уровня – 100%.

За период 2002 – 2017 гг. показатель обеспеченности станций и отделений СиНМП ГБАО врачебными кадрами на 10 000 населения составил 0,9 - 0,6 (приложение 63).

В г. Хороге этот показатель равен 3,3 - 2,7, в районах Рушан – 1,2, Ванч 1,0 – 0,3, Дарвоз 2,4 - 0,4, Ишкашим - 0,3, Шугнан в 2002 г. – 0,3 и в 2007 г. – 0,6.

За период наблюдения показатель обеспеченности службы скорой медицинской помощи ГБАО средними медработниками составляет: по области – 2,4 – 2,6 (приложение 64). В г. Хороге 7,6 – 8,8, в районах Ванч 1,0 – 1,5, Дарвоз 1,9 - 2,2, Ишкашим 1,1 – 1,3, Мургаб 2,4 – 3,3, Рошткала 0,4 – 1,5, Рушан - 1,6 и Шугнан 2,2 - 2,4 на 10 000 населения.

Коэффициент совместительства врачей выездных бригад в целом по области высокий, средняя величина составляет 1,4 – 1,5, когда оптимальным считается не более - 1,4 (приложение 65). Данный показатель в г. Хорог 1,4 – 1,5, в районах Ванч 1,2 – 3,5, Дарвоз 0 – 1,5, Ишкашим - 1,0, Мургаб - 0, Рошткала - 0, Рушан 1,0 - 1,3 и Шугнан 3,0 - 2,0 в 2002 г. и 2007 г. соответственно.

Коэффициент совместительства среднего медперсонала службы СМП по области колеблется от 1,1 до 1,3 (приложение 66). В г. Хороге показатель не превышает 1,2, в районах Ванч 1,1 - 5,5, Дарвоз 1,1- 4,5, в Ишкашиме до 1,2. В Рушанском районе данный показатель не превышает – 1,1, в районах Мургаб и Рошткала служба СМП функционировала без привлечения совместителей.

Нами изучен уровень квалификационных категорий врачей и средних медицинских работников службы СМП. Исследования показали, что общая категорированность врачей скорой медицинской помощи имеет положительную динамику, если в 2002 году она составляла 57,8 %, то в конце 2017 года этот показатель уже составлял 85,7%. Аналогичная тенденция сохранилась и по районам ГБАО, за исключением районов Мургаб и Рошткала, где врачи не имели квалификационную категорию.

За период наблюдений в структуре категорированности по области врачей СМП с высшей категорией 45,5% -41,6%, соответсвенно В Хороге показатель остался без динамики и сохранился на уровне 57,1%, в Ванчском районе с 50,0% снизился до 33,3%. Первая категория в структуре категорирования врачей СМП в 2002 г. составляла 45,5%, а в конце 2017 г. уменьшилась до 41,6. В г. Хорог показатель остался без динамики и составил - 28,6%. Хотя по другим районам категорированность к концу 2017 года составляла - 100%. Однако в абсолютных цифрах это составляет не более 1-2 врачей. В целом улучшение категорированности по всей области произошло за счет увеличения процента со 2-ой категорией. Если в 2002 году этот показатель составлял 9,0%, то в 2017 году увеличился в 2 раза и составил 16,7%.

Обобщая ситуацию с категорированностью врачей СиНМП ГБАО, необходимо отметить, что, кроме ССиНМП г. Хорог, в других СиНМП региона уровень категорированности за наблюдаемый период является недостаточным.

В структуре категорированности по области высшая категория среднего медперсонала за период исследований составила 9,1 - 66,7%. В г. Хорог показатель вырос с 33,9 % до 91,7% . В районе Дарвоз составил 33,3 - 66,7%. В Ванче, Ишкашиме, Мургабе, Рошткале, Рушане в 2002 г. сотрудников среднего

звена с высшей категорией не было. В 2017 году с высшей категорией зарегистрировано в районах Ванч – 100%, Ишкашим - 50,0, Мургаб – 33,3, Рошткала и Рушан – 50,0%.

С первой категорией по области составляло 54,5% – 29,6%. В г. Хороге показатель снизился с 33.3% до 8,3%, Ишкашимском районе с 66,7% до 50,0%. В Шугнанском районе этот показатель увеличился с 36,4% до 50,0%, в остальных районах категорированность с первой категорией оставалась без динамики. В целом в службе СНМП области в структуре категорированности вторая категория имеет тенденцию к снижению (с 36,4 до 3.7%), а в 6-и районах отсутствует, что свидетельствует об уменьшении притока молодых специалистов на работу.

За период 2002 – 2017 гг. в целом по области в 73,0% случаев функционировали общепрофильные, 15.1% педиатрические и 11,0% фельдшерские бригады (приложение 67).

На станции г. Хорог структура выездных бригад выглядит следующим образом: общепрофильные врачебные бригады - 75,9%, педиатрические -17,7% и фельдшерские составили - 6,3%.

В структуре всех выездных бригад фельдшерские бригады районах в Мургабе составили – 100%, Рошткала – 88,9%, Ишкашим - 80,0%, Шугнан – 70,8%, Дарвоз - 46,5%, Ванч – 5,5% и в г. Хороге - 6,5%, где педиатрические бригады составляют 16,7%.

Показатель среднегодовой загруженности общепрофильных бригад СМП по ГБАО за период 2002 – 2017 гг. составляет 4934,6 вызовов, в том числе среднегодовая загруженность педиатрических бригад – 671,2 (приложение 68).

Анализ показал, что загруженность фельдшерских бригад составляет 848,9. В некоторых районах (Рошткала) отмечается низкий показатель загруженности - 422,0, максимальный уровень загруженности имеет место в Ванчском районе - 8856,2. Педиатрические бригады функционировали только в г. Хорог, где среднегодовая загруженность составила – 846,4, в Ванчском районе – 4946,7. Низкая среднегодовая загруженность общепрофильных бригад зафиксирована в

Ванчском районе - 490,0, а максимальная в г. Хорог – 1422,5. Среднесуточная загруженность общепрофильных бригад СМП варьирует от 1,2 до 23,1 вызовов, педиатрических 2,3 – 13,5, фельдшерских от 2,0 (Рошткалинский район) до 10,0 (Дарвозский район).

Из общего объема выполненных вызовов в амбулаторном режиме обслужено 29,7% пациентов. В станции г. Хорога показатель амбулаторной помощи составил – 23,1%, в районах Ишкашим – 66,2%, Шугнан – 57,9, Ванч – 23,4%, Рушан – 8,0% и Дарвоз – 0,9%. В районах Мургаб и Рошткала амбулаторная помощь не зарегистрирована, возможно, учет данной категории вызовов не ведется. При пересчете на 1000 населения показатель уровня оказания амбулаторной помощи в г. Хорог составляет – 77,4, в районах Ванч - 57,5, Шугнан – 31,3, Ишкашим – 21.1, Рушан – 9,5 и Дарвозе показатель равен – 9,3 на 1000 населения.

Нами проведен анализ частоты обращаемости населения ГБАО за скорой медицинской помощью за период 2002 – 2017 гг. Выявлено, что в целом по ГБАО частота обращаемости на 100 тыс. за период наблюдения выросла только в 1,3 раза, а население области увеличилось на 1,1 раза (приложение 69).

Обращаемость населения г. Хорога на 100 тыс. увеличилась с 39333,3 в 2002 г. до 62686,9 в 2017 г., однако средняя величина за период 2002 - 2017 гг. практически остается на уровне 2002 года и составляет 39290,0.

В Ванчском районе отмечается значительное колебание обращаемости от 3827,2 до 81982,0. Аналогично и в Дарвозском районе, где колебание составляет от 5000,0 до 35248,8. В Ишкашимском районе показатель обращаемости на 100 тыс. населения с 9278,4 в 2002 г. снизился до 7565,6 в 2017 г., такая же обращаемость имеется в Рушанском с 12056,7 до 6861,1 и Шугнанском районах с 8338,8 до 2273,7. Обращаемость населения Мургабского района в динамике увеличилась с 1298,8 в 2002 г. до 21315,8 в 2017 г., аналогично в Рошткалинском районе с 1340,2 до 3962,5.

Показатель обращаемости населения ГБАО за скорой медицинской помощью на 1000 человек в целом имеет тенденцию к нарастанию. Если в 2002

г. показатель был равен 125,0, то в 2017 г. составил 161,3 или увеличился на 39,7%, при этом средняя величина за период 2002 – 2017 гг. составила - 162,4. В г. Хорог, районах Дарвоз, Мургаб, Рошткала показатель обращаемости имеет тенденцию к росту и за период 2002 – 2017 гг. составляет 393,3 - 636,9; 50,0 - 177,0; 13,0 – 213,2; 132,4 - 396,0, соответственно. В других районах, в том числе Ванч, Ишкашим, Рушан, Шугнан указанный показатель за последние 16 лет снизился с 155,6 до 114,0; 92,8 – 75,7; 120,6 – 68,0; 83,4 – 22,7, соответственно. Очень низкий показатель обращаемости отмечается в районах Шугнан и Ишкашим, где показатель составляет 30,3 - 88,2, соответственно. Средняя величина показателя обеспеченности населения скорой медицинской помощью на 1000 человек за период 2002 – 2017 гг. по ГБАО составила 143,7.

В г. Хорог показатель обеспеченности населения СМП составил – 385,6, в районах Ванч – 285,6, Дарвоз – 183,1, Ишкашим – 87,1, Мургаб – 117,2, Рошткала – 30,4, Рушан - 96,4 и Шугнан составил – 50,3 на 1000 населения. Показатель обеспеченности населения ГБАО скорой медицинской помощью составляет в среднем 143,7 на 1000 населения.

На 1 жителя ГБАО в среднем приходится 0,2 вызова, этот показатель в г. Хороге равен – 0,4, в районах Ванч – 0,3, Дарвоз и Рушан - 0,2, Ишкашим, Мургаб и Шугнан - 0,1, а Рушанском районе на 1 жителя приходится 0,01 вызова в год.

Показатель уровня госпитализации лиц (на 1000 населения), обслуженных бригадами СМП ГБАО, неоднозначен и сильно варьирует. Если в 2002 г. по ГБАО этот показатель составлял 35,3, то в 2017 г. сохранился на уровне 36,4, на 1000 населения. В г. Хороге по сравнению с 2002 г. (60,6) в 2017 г. уровень госпитализации снизился в 1,7 раза и был равен 35,2. Максимальная величина уровня госпитализации отмечена в Ванчском районе 200,1 (в 2012 г.), хотя по сравнению с 2002 г. уровень госпитализации снизился с 91,3 до 18,1. В Дарвозском районе за весь период наблюдений данный показатель колеблется на уровне 21,4 – 49,3. В Ишкашимском районе уровень госпитализации с 3,9 достиг 111,3, в последующем снижаясь в 2017 г. до 28,4. В Мургабском районе

показатель уровня госпитализации имеет скачкообразный характер, с уровня 65,0 снизился до уровня 0,2 и к 2017 г. остановился на уровне 86,7.

В Рошкалинском районе показатель госпитализации не высок и сохранился на уровне 9,4 – 8,1 соответственно. В Рушанском районе вышеуказанный показатель сохраняется на уровне 22,3 – 28,5, соответственно. Самый низкий уровень госпитализации отмечен и в Шугнанском районе, и он колеблется от 0,4 до 2,7 на 1000 населения.

Удельный вес госпитализированных лиц, обслуженных выездными бригадами СМП ГБАО, за период 2002 – 2017 гг составил – 23,7%. Самый высокий уровень отмечен в Шугнанском районе – 47,9%. В Рушанском районе этот показатель равен – 36,6%, в районах Ванч – 25,2%, Ишкашим – 24%, Рошткала – 23,2%, Дарвоз – 21,1%, Мургаб - 14,0 и в г. Хороге – 16,5%.

Выраженное колебание удельного веса госпитализированных лиц может быть связано с уровнем подготовки специалистов, стационарными условиями, недостаточным оснащением бригад СМП медикаментами и медоборудованием.

В целом по области соотношение числа выездов бригад СМП к числу обслуженных лиц в 74,2% случаев равно 1:1, что зависит от оперативности диспетчерских служб и состояния информационно - коммуникационной технологий.

Наш анализ показал, что только 7,8% составляют случаи, когда соотношение числа выездов и числа обслуженных лиц соответствует 1:1,4 и более (оптимальное соотношение). Соотношение 1:1,4 больше характерно для городов и населенных пунктов с плотным проживанием населения. ГБАО относится к региону с низкой плотностью проживания населения.

В некоторых районах имеют место случаи, когда соотношение числа выездов к числу обслуженных лиц составляет 1:0,4 (Мургабский район в 2002 г.), 1:0,9 и 1:0,7 (г. Хорог, 2003 г. и 2005 г.), что возможно, связано со статистическими погрешностями.

В структуре выполненных вызовов удельный вес лиц в возрасте до 14 лет по области составляет до 11,5%.

Средняя величина удельного веса обслуженных лиц в возрасте до 14 лет за указанный период по г. Хорог составил – 12,5, в районах Ванч – 19,5, Дарвоз – 35,5, Ишкашим – 4,6, Мургаб – 4,5, Рошкала – 13,1, Рушан - 11,3 и Шугнан – 8,7%. Возможно высокое колебание удельного веса (с 4,5 до 35,5%) обслуженных лиц при выездах бригад СМП, связано с уровнем организации СМП на местах (низкая обеспеченность транспортом, нехватка врачей педиатров, низкая обращаемость из-за неудовлетворенности населения работой службы СМП или погрешности в статистике).

Нами проведен анализ структуры всех выполненных вызовов, выполненных бригадами СМП ГБАО за период 2002 – 2017 гг. (приложение 70). Установлено, что удельный вес вызовов по поводу внезапных заболеваний и состояний составляют от 84,5% в 2002 г. до 91,4% в 2017 г. Удельный вес вызовов по поводу несчастных случаев в динамике сохранился на уровне 4,2 – 5,2%, роды и патологии беременности за период наблюдений уменьшились и составляют 2,0%, уровень перевозки больных, рожениц и родильниц снизился в 3,8 раза и составил к 2017 году 1,4% от общего количество выполненных вызовов.

Анализ удельного веса вызовов по поводу несчастных случаев в районах за 16 лет показал, что в целом по области её результаты неоднозначны и колеблются от 2,3% до 5,5%. В г. Хороге это колебание более выражено и составляет от 2,2 до 32,7%, что не поддается объяснению (приложение 71).

Аналогично, менее амплитудными колебаниями удельного веса несчастных случаев имело место в других районах: Ванч 0,9-8,4, Дарвоз 10,6 – 0,4, Ишкашим 0,3 - 6,03, Мургаб 13,6 - 0,5, Рошткала 15,2-1,4, Рушан 2,2-35,2, Шугнан 12,2 - 0,7.

Изучение структуры несчастных случаев позволило выявить, что в целом по области травмы составляют 44,6%, отравления – 15,8%, ДТП – 3,6%, за ним по значимости следуют ожоги – 3,5%, отморожения – 0,5%, электротравма и повешенье – 0,3% (приложение 72). В разрезе районов также превалируют травмы, удельный вес которых составил от 27,6 до 81,5%, удельный вес

отравлений варьировал от 7,3% до 41,0%, ожоги от 3,5 до 13,3%, ДТП от 3,6 до 7,9%, электротравмы и отморожения от 0,3 до 1,6%.

При пересчете на 100000 населения высокий уровень ДТП отмечается в Шугнанском районе - 112,1, в г. Хороге этот показатель равен 63,0 на 100000 населения (приложение 73). В других регионах области уровень ДТП колеблется от 4,5 (Мургаб) до 60,9 (Рушан). В Шугнанском районе электротравма и отморожения, а в Ванчском районе ожоги имеют максимальный уровень – 8,6. В структуре других травм высокий уровень отмечен в г. Хороге – 1360,3, и низкий уровень - 45,9 на 100 тыс. населения зафиксирован в Мургабском районе. Больше всего случаев с повешеньем зарегистрировано в г. Хороге 8,4. Для сравнения по области этот показатель не превышает 1,7 на 100000 населения.

В структуре травм туловища и конечностей по области на первом месте стоят травмы рук и ног – 61,2%, на втором месте - травмы головного мозга – 21,0 и травмы внутренних органов занимают третье место – 17,8%.

За период исследования по области удельный вес травм колеблется с 33,2 до 88,3%. В их структуре травмы головного мозга составляют 11,6 - 52,6%, травмы внутренних органов 4,2 - 26,2%, соответственно. Высокий уровень удельного веса травм головного мозга отмечен в Рошткалинском районе – 52,6%, травм рук и ног в Мургабском районе – 88,3% и травмы внутренних органов в Шугнане – 26,2%.

Среди всех вызовов по поводу несчастных случаев удельный вес отравлений по области составляет - 15,8 %.

Наибольший удельный вес отравлений имеет место в Мургабском районе – 41,0%, далее Шугнанский – 30,0%, в г. Хорог этот показатель равен – 25,7%.

В других районах колеблется от 4,8 до 15,4%. При пересчете на 100 тыс. населения высокий показатель отмечается в г. Хорог – 417,0, Рушанском районе – 125,0, Ванчском районе - 108,4, самый низкий уровень случаев отравлений зарегистрирован в Рошткалинском районе – 12,6 на 100 тыс. населения. Высокий процент отравлений спиртными напитками отмечен в

Ишкашимском районе - 80.5%, пищевыми и лекарственными отравлениями в Ванчском районе – 21,6% и 20,6% соответственно.

Нами было установлено, что в структуре всех вызовов внезапные заболевания занимают лидирующее положение. В целом по области удельный вес вызовов, выполненных выездными бригадами СМП ГБАО по поводу внезапных заболеваний и состояний, за период 2002 – 2017 гг. колеблется от 84,5 до 91,4% (приложение 74).

Следует отметить, что удельный вес вызовов, выполненных по поводу внезапных заболеваний, в разрезе районов особо не отличается, к 2017 году варьирует с 93,1 до 95,7%. Исключением являются районы Рушан и Шугнан, где указанный показатель составляет 88,1 и 46,8%, соответственно.

По области удельный вес ишемических болезней сердца в структуре внезапных заболеваний занимает первое место – 21,2%, гипертонической болезни отведено второе место - 17,0%, на третьем месте с 14,7% - заболевания органов дыхания. В районах области процент ишемических заболеваний сердца составляет от 10,2% до 22,9%, гипертоническая болезнь 7,4 – 32.2%, инсульты 0,1 - 1,6%, психоневрологические заболевания 0,1- 4,0%, острые заболевания брюшной полости 0,5 – 4,8%, острые урологические заболевания 0,8 – 9,7%, инфекционные заболевания 2,8 - 22,5%, онкологические заболевания 0,1 – 0,7%, заболевания органов дыхания 3,4 – 36,4% (приложение 75).

В г. Хороге с удельным весом 17,6% гипертоническая болезнь лидирует, аналогично в районах Дарвоз, Мургаб, Рушан, удельный вес которой составляет до 22,9%. В районах Ишкашим, Рошткала и Шугнан превалирует ИБС с удельным весом 22,9, 14,7, и 10,9% соответственно. В Ванчском районе на первом месте располагаются инфекционные заболевания – 21,0%.

При пересчете на 100 тыс. населения по области первое место занимают ишемические болезни сердца – 3367,0, второе место гипертоническая болезнь – 2646,9 и болезни органов дыхания с 2462,0 стоят на третьем месте (приложение 76).

Как видно из приложения 76, аналогичная тенденция сохраняется по другим регионам области. Сердечно-сосудистые заболевание в структуре внезапных заболеваний по области составляют – 38,5%. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний первое место с удельным весом 50,8% занимает гипертоническая болезнь, второе место отведено ишемическим заболеваниям сердца – 48,1% и инсульты составляют – 1,1%. В разрезе районов удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний варьирует с 25,0% (Дарвозский район) до 44,6% (Шугнанский район). В структуре сердечно-сосудистых заболеваний высокий уровень гипертонической болезни и инсульт отмечается в Дарвозском районе – 88,7% – 4,9%, соответственно. Удельный вес ишемической болезни сердца в Рошткалинском районе составил – 76,7% . Для сравнения удельный вес инсульта в Ишкашимском районе составляет – 0,4%. Высокое колебание цифр в различных районах, возможно связано с гипердиагностикой, а также ограничением в инструментальной диагностике.

В структуре ишемических болезней сердца стенокардия по области составляет 17,3%. В разрезе районов колебания удельного веса стенокардии составляет от 0,5% (Рошкалинский район) до 57,7% (г. Хорог), инфаркт миокарда варьирует от 0,2 до 28,1% (Дарвозский район). Другие ишемические заболевания сердца также имеют высокие колебания цифр: от 4,7 до 99,2 (Ишкашимский район). Имеющиеся тенденции в варьировании удельного веса ИБС не исключают погрешности в статистике и диагностике.

В структуре выполненных вызовов удельный вес родов и патологии беременности составляют – 3,3%, перевозка больных, рожениц и родильниц - 5,5%. Средняя величина удельного веса вызовов по поводу родов и патологии беременности в регионах ГБАО колеблется от 2,2 до 4,3%. При этом количество родов в салоне машин скорой медицинской помощи за период 2002 – 2017 гг. составляет всего 6 случаев.

В целом по области отмечается тенденция к снижению уровня удельного веса перевозок с 5% в 2002 г. до 1,4 в 2017 г. В разрезе районов этот показатель колеблется в среднем с 1,0% (Мургабский район) до 7,6% (Ванчский район).

Нами установлено, что за весь период наблюдения уровень удельного веса безрезультативных вызовов составляет не более 0,1% от общего числа вызовов.

По области этот показатель не превышает 0,1% от общего количества выполненных вызовов. В районах Дарвоз, Ишкашим, Рошткала, Рушан и Шугнан удельный вес безрезультатных вызовов составляет 0,01%. Максимальный удельный вес безрезультатных вызовов зарегистрирован в Мургабском районе – 0,5%. Удельный вес отказов вследствие необоснованности вызовов в г. Хорог не превышают 0,1%. В других районах она составляет менее 0,1%.

Летальный исход на догоспитальном этапе медицинской помощи в целом по области за период 2002-2017 гг. составляет в среднем 0,1% от общего числа выполненных вызовов.

В других регионах области летальность составляет 0,01%. (Ванч – 8 случаев, Дарвоз - 20 случаев, Рушан – 4 случая), кроме г. Хорога, где летальность составляет 0,1%. В ряде некоторых районов летальные исходы не зарегистрированы (Мургаб, Ишкашим, Рошткала, Шугнан). В структуре случаев с летальным исходом в 90,8% случаев смерть наступила до приезда бригад СМП, в 5,3% случаев в присутствии бригады СМП и только в 3,2% случаев пациенты умерли в салонах автомашин.

Обобщая работу службы СМП ГБАО, можно сделать вывод о том, что по сравнению с другими регионами страны она несколько отличается. Имеет место положительный рост количественных показателей. Уровень обращаемости населения и его обеспеченности выездными врачебными бригадами самые высокие по стране. Выездные бригады оснащены минимальным набором медикаментов и медоборудованием, приобретенным в 80-годы прошлого столетия. В большей степени работают врачи с достаточным уровнем квалификации почти без притока молодых специалистов. Практически все учреждения области дислоцированы в условиях высокогорья в более 2000 метров над уровнем моря, что создает дополнительные трудности

для медперсонала и техники. Автопарк морально и физически устарел, часть его не соответствуют стандартам.

В целом дальнейшее развитие догоспитального этапа службы СМП ГБАО требует дальнейшего совершенствования с учетом климатогеографических особенностей.

3.7. Состояние службы скорой медицинской помощи районов республиканского подчинения

На территории РРП для оказания круглосуточной скорой и неотложной медицинской помощи при несчастных случаях, внезапных заболеваниях и состояних, родах и патологии беременности, а также осуществления перевозки больных, рожениц и родильниц функционируют 13 учреждений здравоохранения, предназначенных для выполнения вышеуказанных целей.

Из них 1 центр ЭМП дислоцирован в г. Турсунзаде, 12 отделений СиНМП в городах (Рогун, Вахдат) и при центральных районных больницах. В отдаленных населенных пунктах в целях доступности скорой и неотложной медицинский помощи населению развернуты 25 пунктов СиНМП (г. Рогун – 4, г. Вахдат, районы Файзобод, Шахринав – по 3 пункта СМП, г. Гиссар, Нурободский район и Рудаки по 2 пункта, г. Турсунзаде и Таджикабадский район по 1-му пункту СМП).

Эффективность работы этих структур и подразделений скорой медицинской помощи зависят от их обеспеченности санитарным транспортом. За годы наблюдения от 6,7 до 26,2% транспорт находился в нерабочем состоянии. Нами установлено, что наряду с низким обеспечением населения санитарным транспортом, также наблюдается диспропорция в распределении санитарного транспорта по РРП. В Сангворском районе обеспеченность населения санитарным транспортом на 10 тыс. населения за период наблюдения составляет с 1,4 до 1,6, соответственно. В г. Гиссар этот показатель за весь период наблюдения сохранился на уровне - 0,1, в Файзободском с 0,2 до 0,4, в Раштском на уровне 0,3, в Нурободском 0,3 –

0,4, в Рудаки 0,1 – 0,2, в городах Рогун 0,5-1,1, Вахдат 0,1 – 0,2 и Турсунзаде сохранился на уровне 0,1 - 0,2, в районах Шахринав 0,2 – 0,3, Таджикобод 1,2 - 1,4, Варзоб 0,1- 0,4, Лахш 0,8 – 0,9, соответственно.

В некоторых городах и районах отделения СМП функционировали без санитарного транспорта: г. Вахдат (2010 – 2011 гг.), в районе Варзоб (2011-2012 гг.); Лахш (2010 – 2011 гг., 2014 г.); Нуробод (2009 – 2011 гг.); Рашт (2012 – 2013 гг.); Сангвор (2013 – 2014 гг.); Таджикобод (2010 г.); Файзобод (2012 – 2013 гг.); Шахринав (2009 - 2012 гг.).

Обеспеченность станции (отделения) СМП стационарными телефонами или вводами “03” за период 2009-2017 гг. составляет 45,5 – 70,0%, соответственно. Обеспеченность отделения СМП г. Рогун, районов Варзоб, Лахш, Сангвор, Таджикобод, Шахринав соответствуют нормативным требованиям, а иногда превосходят норму, хотя в Сангворском районе в 2012 – 2013 гг. и в Шахринавском районе в 2009, 2010, 2013, 2015 гг. Возможно, этот раздел не был включен в статистическую форму учета**.** Этот показатель в г. Вахдат за весь период наблюдения составляет 33,3%, за исключением 100% обеспечения в 2017 г. В г. Турсунзаде в 2010 г. показатель достиг 120% уровня, в другие годы наблюдения обеспеченность составила от 33,4 до 60%, в г. Гиссар в 2009 г., 2010- 2011 гг. и 2013 г. обеспеченность не превышала 20%, а в 2012-2014 гг. сохранялась на уровне 40 - 60%, соответственно, а в период 2015 – 2017 гг. составила 16,6 - 33,3% соответственно. В районе Рудаки с 2009 по 2011 гг. показатель сохранился на уровне - 12,5%, с 2013 г. по 2015 г. от 22,2 до 33,3% соответственно, в 2016 – 2017 гг. показатель держался на уровне - 70%. В Раштском и Файзободском районах обеспеченность отделения СМП стационарными телефонами достигла уровня - 50%, а в 2017 г. этот показатель составил - 100%.

Нами изучена также обеспеченность бригад СМП мобильными телефонами. Необходимо отметить, что медперсонал использует собственные мобильные телефоны. По этой причине в статистической отчетности, кроме Рудаки и г. Гиссар, где обеспеченность в разные годы наблюдаемого периода

составляет от 10 до 100%, в других городах и районах информативность не поддается анализу. Только в г. Вахдат в 2017 г. в арсенале бригад СМП имелось всего 7 аппаратов радиосвязи.

Обеспеченность бригад СМП РРП медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения, а именно дефибрилляторами составляет 1,5%, транспортными шинами для иммобилизации конечностей - 31,6%, наркозно - дыхательным аппаратом - 2,9%, аппаратом ЭКГ – 5,9%, мешком “ Амбу”- 17,6%, медицинским ящиком – 41,2%, комплектом для родов - 27,9%, комплектом для инфекционных заболеваний составляет около 30%, при этом дыхательные аппараты в арсенале бригад СМП отсутствуют. Стоит отметить, что все имеющиеся оборудование приобретено в 80-е годы прошлого столетия, морально и физически устарело.

Из 13 станции (отделений) СМП только в г. Турсунзаде имеется 1 дефибриллятор и 2 наркозно-дыхательных аппарата. В 8 районах РРП бригады СМП были обеспечены транспортными шинами на 10 - 50% от минимальной потребности, мешком «Амбу» 12,5 – 33,3%, медицинским ящиком 10 - 66,7%, комплектами для родов и инфекционных заболеваний 10 - 33%. Это осложняет выполнение поставленной перед бригадами СМП задачи по обеспечению оказания качественной медицинской помощи населению на догоспитальном этапе.

Организация качества работы скорой медицинской помощи населению во многом решается обеспеченностью учреждениями СМП штатными единицами, по количеству которых устанавливаются штатные должности выездных бригад для круглосуточного обслуживания закрепленного населения.

Утверждение штатных должностей всего в динамике за 10 лет показывают, что несмотря на рост населения РРП на 21,1%, уровень утвержденных штатных должностей увеличился всего на 1,0%, в тоже время количество штатных должностей врачей и средних медработников выездных бригад сократилось соответственно на 0,95% и 5,1%.

Штатные единицы службы СиНМП РРП были утверждены в зависимости от фактического уровня финансирования, кадрового и технического потенциала службы СиНМП.

В РРП за период 2002-2017 гг. в целом отмечается положительная динамика роста количества штатных единиц, в основном за счет штатных единиц младшего и прочего персонала (приложение 77). Если в 2002 г. было выделено 520,0 ед., то в 2017 году штаты должностей уже были равны – 542,25. Рост штатных должностей отмечается в г. Вахдат (69,0 - 86,0 шт. ед.), в г. Рогун (10,5 – 13,5), в районах Варзоб (13,5 – 57,0), Таджикобод (10,0 – 18,5), Файзобод (22,0 – 33,0), Шахринав (20,5 – 59,0).

В некоторых районах РРП за указанный период количество утвержденных штатов осталось без изменений, в том числе г. Гиссаре 16,0 – 14,0, в районах Лахш 10,0 – 8,0, Рашт 14,5 – 15,0, Сангвор – 18,5 - 17,5. Резкое сокращение штатных должностей произошло в г. Турсунзаде (163,5 – 88.5 ед.), в районах Нуробод (26,0 – 15,0 шт. ед.) и Рудаки (126,0 – 101,5), причина которых нуждается в проведении более глубокого анализа.

Качество оказания скорой медицинской помощи в некоторой степени зависит от выделенных штатов для выездных бригад, оказывающих экстренную помощь (приложение 78).

В отделениях СиНМП районов Варзоб, Таджикобод и Файзобод врачебные ставки за период наблюдений, не были предусмотрены. В г. Турсунзаде штаты были сокращены на 36,5 и снизились с 50,0 до 13,5, в районе Рудаки сокращение составило 8,5 (с 11,5 до 3,0). В других районах РРП штатные единицы практически сохранились на одном уровне или несколько увеличились в отделении СМП г. Вахдат и составили 8,0 - 12,0, в г. Рогун 2,0 - 5,0, в г. Гиссар 2,0 - 4,0, в районах Нуробод 3,5 - 4,5 и Рашт 1,0 - 4,5.

Штатные должности среднего медицинского персонала СМП РРП за 16 летний период сократились на 10,0 единиц (приложение 79).

Так же относительно стабильное выделение штатных единиц имеет место в городах Вахдат (36,0 – 34,0), Рогун (4,5 – 6,5), Гиссар (6,0 – 4,0) и

Нурободском районе (10,5 – 9,5). В ЦЭМП г. Турзунзаде штатные единицы с 61,0 в 2002 году уменьшились до 19,0 шт. ед. или же в 3,2 раза. В районах Лахш и Сангвор количество утвержденных штатов сохранилось без заметных изменений и составило 3,0 и 4,5 ед. соответственно. Рост количества штатных единиц отмечен в районах: Варзоб, Таджикобод, Файзобод и Шахринав 4,5-22,0; 4,5 – 8,5; 13,5 - 18,5;12,0 - 22,0 соответственно, где работали фельдшерские бригады.

В целом за период 2002 – 2017 гг. отмечается отрицательная динамика укомплектованности врачебных должностей по РРП (приложение 80).

По сравнению с 2002 г., где укомплектованность врачебных должностей составляла – 77,3 %, в 2017 г. этот показатель снизился до 64,2%.

За все годы наблюдения в 4-х отделениях СМП в районах Нуробод, Рашт, Сангвор и в городах Вахдат, Турсунзаде и Гиссар укомплектованность врачебных должностей в 2017 году составляла более 75%. В районах Варзоб, Таджикобод, Файзобод в штате отделения СМП врачебные должности не были утверждены.

Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала отделений СиНМП РРП с 66,8% в 2002 г. увеличилась до 96,5% в 2017 году (приложение 81). В службах СиНМП некоторых районов укомплектованность штатных должностей составляла от 93% до 100% (г. Рогун, районы Варзоб, Лахш, Нуробод, Рашт, Сангвор, Таджикобод, Файзобод и Шахринав).

Особый интерес представляет обеспечение станции (отделения) СМП РРП врачебными и средними медработниками. Статистическая обработка собранного нами материала позволила установить, что за все годы наблюдения обеспечение населения врачами остается на одном и том же уровне или 0,2 на 10000 человек (приложение 82).

В таких крупных районах РП, как Рудаки и Рашт, уровень обеспеченности сельского населения врачами СМП составляет только 0,1 на 10000 населения. В районах Варзоб, Таджикобод и Файзобод за все годы наблюдения не

организованы выездные врачебные бригады. В Шахринавском районе обеспечение врачами в 2017 году достигло уровня 1,1, а в Сангворском районе обеспеченность врачами в 2002 г. составляла 2,1 и снизилась до уровня 0,5 в 2017 году.

В г. Рогун за период наблюдения данный показатель снизился с 0,5 до уровня 0,2 в городах Турсунзаде с 0,7 до 0,2, в Гиссаре с 0,1 до 0,2 соответственно. В Лахшском районе этот показатель сохранился на уровне 0,2, кроме 2002, 2007 и 2017 годов, когда врачебные ставки не были утверждены. В Нурободском районе в 2002-2014 гг. служба СМП работала без врачей, в 2015 году обеспеченность составила - 0,1, в 2016-2017 гг 0,3 на 10000 населения.

Обеспеченность станции (отделения) СМП РРП средним медперсоналом за период 2002-2017 гг. увеличилась с 0,5 до 1,0 на 10 000 населения. (приложение 83). В г. Вахдат уровень данного показателя за период наблюдения увеличился с 0,5 до 1.1 в г. Рогун и Варзобском районе отмечаются относительно высокие показатели обеспеченности 0,9 – 1,2 и 0,4 - 3,9 соответственно.

В г. Турсунзаде обеспеченность средними медработниками на 10 000 населения составила 1,5 - 0,7, в г. Гиссар 0,1- 0,3, в районах Варзоб 0,4 – 3,9, Лахш 0,6 - 0,5, Нуробод 0,5 -1,2, Рашт 0,3 – 0,7, Сангвор 2,1- 1,8, Таджикобод 0,9 – 1,8, Файзобод 0,7 – 2,4, Шахринав 0,4 – 1,9 и Рудаки 1,0 - 0,8, соответственно.

Исследования показали, что показатель совместительства врачей в динамике уменьшается (приложение 84).

Коэффициент совместительства врачей СМП в целом по РРП снизился с 2,7 в 2002 г. до 1,2 в 2017 г. В городах Вахдат, Рогун, Турсунзаде и Гиссар коэффициент совместительства врачей в 2017 г. составлял 1,5. В районе Рудаки, кроме 2002 г., когда указанный коэффициент составил – 3,8, в остальные годы совместители не привлекались к работе.

В Нурободском районе этот показатель снизился с 3,5 до 2,3, Сангворском районе, наоборот, с уровня 1,7 в 2002 г. увеличился до 3,5 в 2017 г. В Шахринавском районе фактически обходились без привлечения совместителей.

В целом за период наблюдения по сравнению с врачебным персоналом средние медработники к совместительству привлекались в меньшей степени (приложение 85).

Коэффициент совместительства среднего медперсонала в службе СиНМП РРП с 1,5 в 2002 г. снизился до 1,0 в конце 2017 г. Только в г. Рогун в 2017 г. коэффициент совместительства составил - 1,3, а в Раштском районе 1,2. В остальных районах в последние годы к работе совместители не привлекались.

Анализ уровня квалификационной категории врачей СМП РРП показал, что удельный вес общей категории за период исследований составлял 3,8% - 37,8% соответственно. При этом врачей с высшей категорией было всего - 5,6%, с первой квалификационной категорией - 29,4, со второй категорией - 64,7%. В г. Вахдат в 2002 г. 4 врача (100%) не имели квалификационную категорию. К концу 2017 года из 8 врачей 50,0% имели квалификационную категорию, где высшую категорию имели 50,0%, по 25,0% составляли врачи с первой и второй категорией.

В г. Рогун за весь период наблюдений из 2 врачей только 1 имел вторую квалификационную категорию. В г. Турсунзаде в 2002 г. общая категорированность врачей СМП не превышала 8,3%, в 2017 г. этот показатель составил 28,6%, где превалировал удельный вес врачей второй квалификационной категории, или же составлял - 66,7%.

В г. Гиссаре с 2002 г. по 2007 г. работали 2 врача, не имеющих категорию, в 2017 году из 5 врачей 40,0% имели вторую категорию. В районах Варзоб, Таджикобод, Файзобод служба СМП за весь период наблюдений функционировала без врачей. В Лахшском районе работал 1 врач, не имевший квалификационной категории, а в Нурободском районе из 2 работающих врачей СМП только 1 получил 2 категорию в 2017 г. В районе Рудаки общая категорийность врачей с 25,0% в 2002 г. увеличилась до 33,3% в 2017 г. В

Раштском районе работал 1 врач СМП, не имеющий квалификационную категорию, аналогичная ситуация в Сангворском районе. В Шахринавском отделении СМП из 10 врачей только 1 имеет вторую квалификационную категорию.

В период 2014-2017 гг. отмечается некоторый рост показателя категорированности среднего медперсонала СМП РРП с 13,5 до 19,0%, соответственно. В г. Вахдат 12,9 % -16,7%, соответственно в г. Рогун 16,7% - 40% соответственно (все со второй категорией - 100%). В г. Турсунзаде удельный вес общей категории в 2014 г. составил 6,4%, к концу 2017 г. сохранился на уровне 23,8%, где более 60% имеют вторую категорию.

В отделениях СМП РРП за период 2002 – 2012 гг. практически весь средний медперсонал не имел квалификационную категорию, кроме отделения СМП Таджикободского района, где из 5 физических лиц только 2 или 40,0% имели квалификационную категорию. В 2013 году общая категорийность в городах и районах РРП варьировала от 8,3% до 25,0%, при этом 75,0% персонала имели вторую квалификационную категорию, кроме Лахшского и Сангворского районов, где средние медработники работали без категории. В отделении СМП г. Гиссар 33,3% среднего медперсонала имеют квалификационную категорию, из них более 50,0% со второй категорией. В Варзобском районе общая категорийность не превышает 13,3%, при этом более 66,0% среднего медперсонала имеют только вторую категорию. В районе Рудаки за весь период наблюдения общая категорийность среднего медперсонала сохранилась на уровне 12,5%, с преобладанием второй категории медперсонала (60,0%). В Файзободском районе квалификация среднего медперсонала сохранилась на уровне 15,4 - 17,4, соответственно (со второй категорией – 75,0%). В Шахранавском районе показатель категорийности среднего медперсонала к 2017 г. сохранился на уровне 22,7%, а удельный вес второй категории составил 60,0%. Проведенный нами анализ показал, что квалификация медицинского персонала СМП РРП находится на низком уровне и не соответствует современным требованиям.

Одним из показателей, характеризирующих организацию и качество оказания скорой медицинской помощи населению, является обеспеченность выездными бригадами (из расчета круглосуточной работы).

Расчетные показатели обеспеченности населения выездными бригадами за 16 лет на 10000 населения составляет – 0,02, в том числе врачебными общепрофильными – 0,01, педиатрическими колеблется на уровне 0,001 - 0,004, фельдшерскими 0,01 – 0,003, специализированными бригадами – 0,002 (приложение 86).

Соотношение общеврачебных и специализированных бригад в разные годы наблюдаемого периода составляет от 7,7:1 до 19:1, а соотношение общеврачебных и фельдшерских бригад от 1,1:1 до 3,5:1.

В структуре выездных бригад в городах Гиссар и Турсунзаде более 2\3 (79,2 и 78,5%, соответственно), в г. Рогун и Раштском районе больше половины (58,0 и 53,1, соответственно), в Шахринавском районе – 46,5%, в г. Вахдат – 44,9%, в Нурободском - 32,2%, Рудаки – 37,2% составляют общеврачебные бригады (приложение 87).

В структуре выездных бригад СМП РРП педиатрические бригады составляют – 13,5%. Следует, отметит, что педиатрические бригады организованы в г. Турсунзаде, районах Рудаки и Шахринав, где их удельный вес составляет 5,7, 12.1 и 16,2%, соответственно. В районах Варзоб, Лахш, Сангвор, Таджикобод, Файзобод организованы, только фельдшерские бригады. В остальных районах и городах удельный вес фельдшерских бригад колеблется от 15,7% до 67,8%. Специализированные бригады в городах Гиссар (20,8%) и Вахдат (16,8%) организованы по решению местных властей, что в целом является не эффективной мерой с экономической точки зрения из-за высокого простаивания и использования не по профилю.

Анализ показателя загруженности одной бригады СМП в год и в сутки в целом по РРП за изучаемый период показывает, что для врачебных общепрофильных бригад загруженность составляет от 1505,9 до 2396,4 вызовов в год и 4,1 до 7,1 вызовов за сутки. Среднегодовая загруженность

педиатрических бригад за годы наблюдений составила от 359,3 до 3706,0, среднесуточный показатель находится на низком уровне и колеблется от 1,0 до 5,4 вызовов, кроме 2017 г., когда данный показатель достиг уровня 10,2. Несколько больше годовой загруженности приходится на фельдшерские бригады от 1490,3 до 4729,8 в год и 3,4 до 13,0 вызовов в сутки. По причине простаивания, нагрузка спецбригад небольшая и в год варьирует с 60,0 до 1501,0 в год, среднесуточная нагрузка на бригаду, начиная с 0,2, достигает лишь уровня 4,1 вызова (приложение 88).

Проведенный нами анализ показателя загруженности бригад СМП в разрезе районов, республиканского подчинения показал отсутствие какой - либо закономерности равномерной загруженности бригад СМП. Например, загруженность общепрофильных бригад колеблется с 472,8 (г. Гиссар) до уровня 5274,0 (район Рудаки) (приложение 89).

Показатель среднегодовой и среднесуточной загруженности общеврачебных бригад СМП района Рудаки составляет - 5274,0 и 14,4 соответственно, в городах Турсунзаде - 4168,5 и 11,4, в Вахдате - 2345,3 и 6,4, в Рогуне – 1994,5 и 5,5, в Гиссаре - 472,8 и 1,3 вызовов, соответственно. В районах Нуробод - 1414,6 и 3,9, Шахринав - 1158,1 и 3,2, Рашт - 1055,5 и 2,9. Этот же показатель педиатрических бригад СМП составляет в г. Турсунзаде - 1740,0 и 5,0, в районах Рудаки - 2386,7 и 6,5 и Шахринав - 1158,1 и 2,1, соответственно. В остальных городах и районах РРП педиатрические бригады не функционировали. В других отделениях СМП, где работали фельдшерские бригады, среднегодовая и среднесуточная загруженность в районах Таджикобод составила 8644,2 и 13,9, Варзоб - 2605,9 и 6,4, Шахринав - 1919,8 и 5,3, Лахш - 1697,7 и 4,7, Нуробод - 1617,7 и 4,4. Сангвор - 1577,4 и 4,3, Файзобод - 1394,4 и 3,7, Рудаки – 1109,6 и 3,0, Рашт – 952,4 и 2,6. В городах Рогун показатель составляет 2350,9 и 6,4, Вахдат – 1145,5 и 3,1 и Турсунзаде - 859,3 и 2,4 вызовов, соотвественно. Среднегодовая и среднесуточная загруженность специализированных бригад в городах Вахдат - 577,2 и 1,6 и Гиссар – 87,2 и 0,1 вызовов соответственно.

Основным показателем деятельности станции (отделения) СМП РРП является уровень обращаемости населения за скорой медицинской помощью (приложение 90). Если уровень обращаемости населения РРП за скорой медицинской помощью в 2002 году составлял 3131,3, то в 2017 году незначительно увеличился и составил 3674,6 на 100000 населения.

В г. Вахдат, в районах Варзоб, Лахш, Таджикобод, Файзобод, Шахринав и Нуробод уровень обращаемости за годы наблюдения увеличился с 2185,5 до 2745,3, 2232,7 - 16119,5, 614,4 - 3525,3, 10212,8 - 21887,1, 1611,9 - 3139,1, 507,0 - 7681,0 и с 4449,6 до 4883,4, соответственно. В остальных районах и городах (г. Рогун, г. Турсунзаде, районы Рудаки, Рашт и Сангвор) уровень обращаемости населения за СМП имеют тенденцию к снижению (17004,6 – 5051,3, 8781,5 – 5462,0, 2274,8 – 1186,3, 5274,7 – 3118,3, 12823,9 – 8202,7,) соответственно.

При пересчете уровня обращаемости населения РРП на 1000 населения за годы наблюдения в среднем составляет 39,8. В городах и районах средний уровень данного показателя отличается в разной степени: в городах Рогун - 147,7, Турсунзаде – 64,0, Вахдат - 33,5 и Гиссар – 2,5, в районах Таджикобод – 176,6, Варзоб – 135,3, Сангвор - 98,6, Шахринав – 52,9, Нуробод – 48,8, Файзобод – 26,7, Рашт – 26,3, Лахш – 28,9 и Рудаки – 21,2 на 1000 населения. Значительные колебания уровня обращаемости свидетельствуют об уровне организации скорой медицинской помощи населению на местах. Для сравнения данный показатель в г. Душанбе составляет 85,7, а в РФ составляет более 318,0.

Другой важный показатель работы учреждения скорой медицинской помощи является уровень обеспеченности населения скорой медицинской помощью. Вышеуказанный показатель за годы наблюдений в целом по РРП составляет 38,0 на 1000 населения. Средний уровень данного показателя в городах и районах несколько ниже, чем уровень обращаемости населения: в районах Таджикобод - 176,3, Варзоб – 125,1, Сангвор - 90,8, Шахринав – 52,2, Нуробод – 45,1, Файзобод – 25,2, Рашт – 26,2, Лахш – 28,7, Рудаки – 20,8, в городах Рогун -146,6, Вахдат - 33,1, Турсунзаде – 58,0, Гиссар – 2,4 на 1000 населения.

В целом по РРП и в ряде городов и районов среднее число вызовов на 1 жителя составляет – 0,01 (в городе Вахдат и Гиссар, районы Лахш, Нуробод, Рашт, Файзобод). Максимальное число вызовов на 1 жителя приходится в Таджикободском районе – 0,17 и в г. Рогун – 0,16 вызовов в год.

Известно, что станции (отделения) скорой медицинской помощи наряду с оказанием медицинской помощи при выездах оказывают амбулаторную помощь непосредственно на станции или отделении, особенно в случае острой нехватки санитарного транспорта.

В РРП в целом за все годы наблюдения 15,6% больных и пострадавших получили медицинскую помощь непосредственно на станции и отделении СМП.

За период наблюдения удельный вес амбулаторной помощи, оказанной медперсоналом непосредственно при обращении в отделения СМП, отмечается значительным колебанием в разных районах. В Сангворском районе в среднем из общего количества выполненных вызовов в 90,4% случаев медицинскую помощь получили в отделении СМП, в г. Гиссаре – 76,7%, в Шахринавском и Таджикободском районах, соответственно 15,5 и 14,5%.

Уровень амбулаторной помощи оказанной медперсоналом при непосредственном обращении в отделения СМП на 1000 населения в городах Рогун составил 51,5, Вахдат – 6,5, Турсунзаде - 10,2, в районах Таджикобод – 20,3, Сангвор – 9,0, Рашт– 7,4, Файзобод - 7,2, Рудаки – 5,2, Нуробод и Шахринав 4,2, – 1,4 соответственно.

Особым показателем, определяющим качество организации скорой медицинской помощи, является состояние преемственности в оказании помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

Изучение удельного веса госпитализации лиц, обслуженных бригадами СМП, в целом по РРП от общего количества выполненных вызовов снизился с 18,6 до 12,8%. Аналогичная тенденция имеет место в городах Вахдат с 19,9 до 5,7, Рогун с 34,7 до 18,7, в районах Варзоб с 23,0 до 4,0, Лахш с 66,3 до 25,6%, Нуробод с 63,1 до 48,5%, Рашт с 65,6 до 48,5%, Шахринав с 14,5 до 4,4%. В

ряде городов и районов уровень госпитализации лиц, обслуженных бригадами СМП, сохраняется на одном уровне, а именно в г.Турсунзаде 5,1 – 4,1%, в районах Рудаки 4,7 - 4,9%, Файзобод 21,2 - 26,0%. В отдельных районах данный показатель имеет тенденцию к росту. В г. Гиссар с 26,1 до 38,9%, в районах Сангвор с 11,8 до 16,9%, Таджикобод с 7,2 до 23,1%.

Нами также проведен пересчет уровня госпитализации лиц, обслуженных выездными бригадами СМП на 1000 населения РРП. Расчеты показали, что в целом по РРП с 2009 г. показатель снизился с 7,3 до 4,7 в 2017 г.

В некоторых районах и городах показатель госпитализации пациентов на 1000 населения за наблюдаемый период имеет незначительные колебания. В частности в городах Турсунзаде с 3,2 до 2,2, Гиссар с 0,3 до 0,7, в районах Лахш с 10,7 до 12,9, Нуробод с 25,5 до 23,7, Рашт с 11,6 до 15,1, Файзобод с 4,9 до 8,2, Рудаки с 0,3 до 0,6. Причини такого выраженного колебания показателя госпитализации требуют более углубленного анализа.

Показатель соотношения числа выездов бригад СМП к числу обслуженных лиц в некоторой степени отражает интенсивность частоты обращения населения к СМП. Как известно, оптимальное соотношение числа выездов к числу лиц обслуженных бригадами СМП, составляет 1:1,4. Данный показатель по РРП за период 2002 - 2017 гг. сохраняется на уровне 1:1, что частично связано с недостаточностью технического оснащения службы (в частности средствами связи и т.д.). Аналогичные тенденции имеют место и в городах, и районах республиканского подчинения, кроме г. Турсунзаде, где данный показатель равен 1:1,1, а в 2015 - 2016 гг. - 1:1,3. В некоторых районах в отдельные годы наблюдаемого периода отмечается соотношение 1:1,4 (Файзободский район в 2007 г.).

В г. Гиссар и районе Шахринав показатель соотношения числа выездов бригад СМП РРП к числу обслуженных лиц в некоторые годы (2017 г., 2016 г.) составил 1:0,8 и 1:0,9 соответственно, что возможно связано с погрешностями в составлении статистической отчетности (возможно, неправильный учет безрезультатных выездов).

В структуре обслуженных лиц бригадами СМП удельный вес лиц в возрасте до 14 лет в целом по РРП варьирует в разные годы (2002 – 2017 гг.) с 3,7 до 16,8%, что связано с диспропорцией в обеспечении врачами - педиатрами и санитарным транспортом.

Данный показатель за наблюдаемый период в городах колеблется: Рогун 2,6- 48,7%, г. Вахдат 3,1- 10,6%, Турсунзаде 0,1 - 12,9%, Гиссар 0,2 - 84,3%, соответственно (в 2009 г., 2015 г., 2017 г. лица до 14 лет не обслуживались бригадами СМП). Показатель в районах Варзоб составил с 11,8 до 36,4%, Лахш с 14,5 до 71,3%, Нуробод с 31,8 до 40,3%, Сангвор с 2,7 до 6,7%, Таджикобод 15,8 - 33,3%, Файзобод 5,5 - 32,1%, Шахринав 0,1 - 5,1% и Рудаки с 0,9% до 4,7%.

Традиционно сложилось так, что население, проживающее в пригородных зонах, обслуживается городскими станциями (отделениями) СМП. За период 2002 - 2017 гг. бригадами СМП в городах Вахдат обслужено с 18,6 до 27,6%, Рогун с 31,0 до 54,4%, Турсунзаде 22,4 - 26,0%, Гиссар 15,2 - 38,9% населения пригородных зон.

В структуре выполненных бригадами СМП вызовов за период 2002 – 2017 гг. превалируют внезапные заболевания и состояния, которые по РРП колеблются с 85,7% в 2002 г. до 90,8% в 2017 году. На второй план выступает удельный вес вызовов выполненных по поводу перевозки больных, рожениц и родильниц, последний колеблется с 2,7 до 6,6. Затем следует удельный вес вызовов выполненных по поводу родов и патологии беременности (колеблется с 3,3 до 5,8%). Удельный вес несчастных случаев из общего количества обслуженных вызовов составляет 2,4% в 2002 г. до 2,8% в 2017 г. (приложение 91).

Частота выполненных вызовов бригадами СМП (2002 – 2017 гг.) на 100 тыс. населения колеблется с 3131,3 до 5181,4. Частота вызовов по поводу несчастных случаев составляет 74,2- 258,8, соответственно, по поводу внезапных заболеваний и состояний 2682,5 – 4699,8 соответственно, роды и

патологии беременности 133,2 - 201,0, соответственно, перевозки больных, рожениц и родильниц 99,4 - 206,6 соответственно (приложение 92).

Нами изучен удельный вес вызовов выполненных по поводу несчастных случаев за период 2002 - 2017 гг. в разрезе РРП (приложение 93).

В городе Вахдат данный показатель составил с 0,4 до 0,9%, Рогун 5,3 – 1,6%, Турсунзаде 2,8 - 0,8%, Гиссар 2,7 - 3,9%, в районах Варзоб 2,4 – 2,8%, Лахш 1,2 – 0,8, Нуробод 1,5 – 8,8%, Рашт 4,1 – 8,8%, Сангвор 0,1 - 6,7%, Таджикобод 1,5 – 0,7%, Файзобод 2,0 - 2,9%, Шахринав 2,1 – 0,2% и Рудаки 1,5 – 2,5%.

Нами установлено, что в разные годы наблюдаемого периода в РРП удельный вес несчастных случаев варьирует от 0,1 до 39,9% соответственно. Это возможно связано с решением диспетчеров охватить максимальное число вызовов данной категории, не исключаются статистические погрешности при обработке форм учета, особенно в районах Рашт и Таджикобод, где удельный вес достигает 39,9 – 21,0% соответственно.

Анализ выполненных вызовов по поводу внезапных заболеваний в городах и районах показал, что их удельный вес колеблется от 62,4% до 99,9%, соответственно. За весь период наблюдений показатель в городах Вахдат составлял 92,6 - 98,2%, Рогун 77,3 – 91,5%, Турсунзаде 85,3 – 98,8%, Гиссар 90,6 – 94,8%, в районах Варзоб 95,0 - 94,8%, Лахш 65,2 – 91,5%, Нуробод 91,4 – 63,0%, Рашт 87,6 – 62,4%, Сангвор 93,8 – 80,2%, Таджикобод 88,0 – 82,7%, Файзобод 96,7 – 92,3%, Шахринав 74,5 – 99,8% и Рудаки 70,9 – 93,4% (приложение 94).

Значительные колебания удельного веса вызовов по поводу внезапных заболеваний с 65,2 до 100% свидетельствуют об неоднозначном подходе диспетчерской службы в условиях ограниченности или нехватки санитарного транспорта.

Проведенный нами анализ структуры различных видов несчастных случаев показал, что первое место среди несчастных случаев занимают

различные травмы, которые составляют – 45%, на втором месте отравления - 36,2%, на третьем ДТП – 9,9%.

В структуре других несчастных случаев ожоги составили - 7,0%, электротравмы - 0,6%, обморожения – 0,2% и другие несчастные случаи – 0,29%

Дальнейшие исследования показали, что в силу географического расположения в городах Вахдат и Рогун (расположены вдоль магистральных автомобильных дорог республиканского назначения) в структуре вызовов по поводу несчастных случаев превалируют ДТП 39,8 - 30,1% и 28,2 - 21,3%, соответственно. В некоторых районах и городах РРП на первое место в структуре вызовов по поводу несчастных случаев занимают различные травмы (городах Турсунзаде - 68,4% и Гиссар – 23,9%, в районах Нуробод - 76,3%, Рашт – 58,5%, Файзобод – 50,8%, Таджикобод – 41, Сангвор -31,2, Лахш - 24,7%, Варзоб - 21,3%, Шахринав - 20,5%). В районах Рудаки и Лахш в структуре вызовов по поводу несчастных случаев на первый план выступают случаи с отравлениями 44,4 - 34,1%, соответственно, второе место занимают различные травмы 27,0 - 24,7%, соответственно, случаи ожогов занимают третье место 9,3 - 17,4% соответственно. Во всех районах и городах РРП случаи электротравм колеблются в пределах 0,3 – 1,8% и повешенье до 2,3% (приложение 95).

Анализ частоты вызовов по поводу несчастных случаев показал, что в целом по РРП различные травмы составляют 108,6, за ними следуют отравления – 39,7 и ДТП занимают третье место или 24,6 на 100000 населения (приложение 96).

Частота вызовов по поводу ДТП очень высока в г. Рогун – 188,7 и Варзобском районе 168,6. Выполненные вызова по поводу травмы в районах Рашт - 640,6, Сангвор - 541,8, Варзоб - 523,8, Таджикобод и Нурабад на уровне – 146,7. Вызовы по поводу ожогов самые высокие в районах Варзоб – 82,5, Рашт – 70,9 и Таджикообод - 64,9. Отмечается высокий уровень вызовов по поводу отравлений в районе Рашт– 233,1. За ним следует г. Рогун – 133,8 и на

третьем месте район Сангвор – 100,1. Самые низкие показатели всех видов несчастных случаев на 100 000 населения отмечаются в районах Шахринав - 36,3, Файзобод – 30,0 и городах Турсунзаде - 9,4 и Гиссар – 9,0.

Анализ структуры вызовов, выполненных выездными бригадами СМП РРП показал, что в структуре всех отравлений превалируют отравления спиртными напитками, которые составляют 39,6%, на втором месте пищевые отравления 34,1%. В ряде районов и городов РРП, таких как районы Нуробод (88,8%), Рашт (65,5%), Шахринав (46,8%) город Гиссар (48,0%), Рогун (73,3%), отравления спиртными напитками стоят на первом месте, в других районах - Рудаки (40,0%), Сангвор (69,0%) на первый план выходят пищевые отравления.

Отравления спиртными напитками в городах Вахдат (20,4%), Рогун (18,2%), Гиссар (18,3%), Турсунзаде (12,9%), в районах Варзоб (18,8%), Лахш (23,2%), Файзобод (28,3%), пищевые отравления в районе Рашт (25,65), отравления газом в районах Нуробод (8,5%) и Таджикобод (25,3%) занимают второе место в структуре всех отравлений. В г. Турсунзаде (12,4%), в районе Сангвор (5,4%) и Рудаки (22,7%) отравления спиртными напитками переместились на третье место, анологичный удельный вес пищевых отравлений в районах Нуробод (2,6%) и Файзобод (21,0%), так же третье место занимают отравления лекарствами в городах Гиссар (17,8%) и Рогун (7,1%), в районах Варзоб (11,5%), Лахш (10,5%), Рашт (8,2%). Наиболее выражен удельный вес отравлений наркотиками в городах Вахдат (17,9%) и Турсунзаде (6,2%), в районах Рудаки (6,4%) и Таджикобод (5,3%), в остальных районах и городах РРП удельный вес отравлений наркотиками составляют до 3,9%.

Вызова по поводу травм, обслуженных при выездах бригадами СМП РРП за период 2009 - 2017 гг. распределились следующим образом: травмы рук и ног составили 67,5%, травмы головного мозга – 21,5% и травмы внутренних органов – 11,0. В структуре различных травм во всех районах и городах РРП преобладают травмы рук и ног: в районах Рудаки – 44,8%, Сангвор - 54,2%, Файзобод - 60,6%, Лахш - 60,9%, Таджикобод - 63,2%, Варзоб - 65,5 %,

Шахринав - 68,1%, Рашт - 68, 4%, Нуробод - 89,9%, в городах Гиссар - 44,8%, Рогун - 58,8%, Вахдат - 59,6% и Турсунзаде - 74,6%.

Удельный вес травм головы в городе Гиссар составил - 51,1%. В районах Рудаки, Файзобод, Варзоб, Таджикобод, Сангвор, в городах Рогун, Вахдат и Турсунзаде данный показатель составил 21,5 - 32,8%, соответственно. Удельный вес травмы внутренних органов с в районах Лахш составляет – 31,0%, Рашт – 24,4%, Рудаки – 22,8%, Сангвор – 21,2%, Шахринав - 12,1%, Файзобод – 10,1%, Таджикобод – 7,9%, Варзоб - 5,5%, Нуробод - 3,0%, в городах Вахдат - 16,7%, Рогун – 14,2%, Гиссар – 4,1% и Турсунзаде - 3,8%.

В целом по РРП удельный вес вызовов по поводу родов и патологии беременности за период 2002 – 2017 гг. составляет 3,2 - 5,8%, в разрезе районов данный показатель имеет некоторое колебание (приложение 97).

Например, удельный вес вызовов по поводу родов и патологии беременности в городах Вахдат составляет с 0,1 до 1,5%, Турсунзаде с 0,1 до 2,1, Рогун 4,2 – 17,4, Гиссар от 0,2 – 7,9%, в районах Варзоб в пределах 0,2 - 7,9%, Лахш 7,6 – 25,5, Нуробод 1,1 – 15,8, Рашт 1,7 – 24,8, Сангвор 1,6 – 4,2%, Таджикобод 3,7 – 11,0, Файзобод 0,2 - 7,9, Рудаки с 3,0 до 17,2, Шахринав 0,1 - 7,5 (при этом в 2015 -2017 гг. по поводу родов и патологии беременности вызовы необслуживались).

В ходе исследований выявлено, что за период 2002 по 2017 гг. количество родов в салоне автомашин скорой помощи по РРП составляет всего 14 случаев (в 2009 г. – 3, 2010 г. – 4, 2015 г. – 1 и в 2017 г. 6 случаев).

Удельный вес перевозки больных, рожениц и родильниц в структуре выполненных вызовов бригадами СМП РРП составил в 2002 г. - 6,6% и в 2017 г. - 2,7% (приложение 98).

За аналогичный период вышеуказанный показатель в городах Вахдат составил 1,2 – 0,4%, Рогун 0,8 - 6,6% и Турсунзаде 9,8 - 0,2%,соответственно. Удельный вес перевозок в районах Рудаки составил 14,9 - 0,6%, Сангвор 2,8 – 5,0%, Таджикобод 4,5 – 7,3%, Файзобод 1,3 - 2,3% соответственно. В Варзобском районе – 0,4%, в Шахринаве показатель в 2002 г. составила - 22,5%

и в 2007 г. – 15,7%. В последующие годы в этом районе и в 2007, 2012 – 2016 гг. в г. Гиссар перевозки больных не осуществлялись. В Раштском районе удельный вес перевозок в 2002 г. составил 3,1%, а в 2017 г. – 8,5%, Нурободском районе 15,6 - 8,1% соответственно (приложение 98).

Как видно из приложения 99, в структуре всех вызовов по поводу внезапных заболеваний в РРП гипертоническая болезнь занимает первое место. В районе Файзобод показатель достигает 45,1%, в остальных районах от 17,4 до 33,1%. Только в районе Таджикобод удельный вес вызовов по поводу инфекционных заболеваний высок и составляет – 60,2%, острые урологические заболевания и острые заболевания органов брюшной полости превалируют в районе Нуробод 23,0 – 25,3% соответственно (приложения 99).

Нами изучен уровень выполненных вызовов выездными бригадами по поводу внезапных заболеваний и состояний за 9 лет. Установлено, что имел место непрерывный рост гипертонической болезни (в 2009 г. - 808,2, 2017 г. - 894,7 на 100 тыс. населения). Частота выполненных вызовов из года в год увеличивалась по поводу психоневрологических заболеваний (с 95,1 в 2009 г. до 176,4 в 2017 г.), при острых урологических заболеваниях (в 2009 г. - 229,6 и в 2017 г. - 257,7) и заболеваниях органов дыхания (2009 г. - 482,6, 2017 г. - 594,5 на 100 тыс. населения). Установлено, что показатель при ИБС уменьшился на 33,9% (2009 г. - 398,1, 2017 г. - 263,1), при инсульте более чем в 6 раз (2009 г. - 46,1, 2017 г. - 7,5 на 100 тыс. населения), при инфекционных заболеваниях на 37,2% (2009 г. - 434,2, 2017 г. - 272,6 на 100 тыс. населения) (приложение 100).

В Шахринавском районе, г. Турсунзаде и районе Рудаки по частоте внезапных заболеваний ИБС стоит на первом месте и составляет 2248,3, 1194,4 и 391,7 соответственно. Аналогично, на первом месте сохраняется частота гипертонической болезни в районах Варзоб - 4322,3, Сангвор – 2204,5, Файзобод – 1069,8, Лахш - 907,0, Рашт - 530,3, в городах Рогун - 2087,0, Вахдат – 979,2, инфекционные заболевания в районах Нуробод - 754,9, Таджикобод – 8837,9 и заболевания органов дыхания - 41,8 в г. Гиссар. В следующих районах и городах РРП, а именно в районе Таджикобод, в городах Турсунзаде и Гиссар

частота гипертонической болезни является вторым по значимости заболеванием (1673,8, 1177,5, 55,4, соответственно).

На этом уровне находится также частота заболеваний органов брюшной полости в районах Варзоб - 3868,1, Сангвор - 1678,2, Шахринав – 1391,8, Лахш – 604,7, Нуробод - 553,9, Рашт – 380,0, в городах Рогун 1655,6 и Вахдат – 398,2, и частота заболевания органов дыхания в районах Рудаки – 309,5 и Файзобод – 194,6.

В Варзобском районе по частоте ИБС на третьем месте находятся - 1823,8, по поводу гипертонической болезни в Шахринавском районе – 1625,6, по поводу заболеваний органов брюшной полости в Таджикободском районе - 1173,3, г. Рогун - 697,9, по поводу острых урологических заболеваний в Сангворском районе - 828,8, г. Вахдат – 381,6, по поводу инфекционных заболеваний в районах Нуробод – 200,7, Файзобод – 147,9, Рудаки – 213,9, по поводу заболеваний органов дыхания в г. Турсунзаде – 866,9, районы Лахш – 586,1, Рашт – 260,7 и г. Гиссар – 41,8 на 100000 населения.

Нами установлено, что удельный вес сердечно - сосудистых заболеваний в структуре выполненных вызовов по поводу внезапных заболеваний, обслуженных бригадами СМП РРП, составляет 39,4% в городах и районах РРП, колеблется от 7,1% (Нурободский район) до 48,3% (район им. Рудаки).

В структуре выполненных вызовов по поводу внезапных заболеваний на первый план выступает гипертоническая болезнь, удельный вес которой в районах Файзобод составляет - 95,8%, Сангвор – 91,7%, Лахш - 88,0%, Таджикобод – 87,5%, Рашт - 73.1% , Нуробод – 72,7%, Варзоб - 65,2%, Рудаки – 46,7% и Шахринав – 43,2%. В городах Рогун – 92,3%, Вахдат - 90,2%, Турсунзаде – 64,4% и Гиссар – 61,8%, удельный вес ишемических болезней сердца варьирует от 3,8% (Файзобод) до 56,8 (Шахринав), что возможно связано с гипердиагностикой в пользу ИБС или же неправильной диагностикой по причине недостаточности наличия аппаратов ЭКГ. Элементы гипердиагностики прослеживаются при диагностике инсультов, которые колеблются от 0,4 до 11,0% (г. Турсунзаде, г. Гиссар).

В общей структуре внезапных заболевний, выполненных выездными бригадами СМП РРП, удельный вес ИБС составляет 14,9%, а в самой структуре ИБС стенокардия равняется - 27,8%, инфаркт миокарда - 4,0, другие ИБС – 68,2%.

Нами проанализирован удельный вес инфаркта миокарда в структуре ИБС в разрезе станции (отделения) СМП РРП. В результате выяснилось, что диапазон колебаний удельного веса очень высок (0,3 - 36,8%): в Таджикободском районе – 36,8%, г. Гиссаре – 24,2%, Лахшском - 23,3%, Раштском районах - 21,6%, в г. Вахдат – 19,6%, Файзободском – 19,0%, Нурободском – 16,1 %, Сангворском - 14,7%, Варзобском районах - 8,4%, в г. Рогун – 8,3, в районе им. Рудаки – 4,0, в г. Турсунзаде – 3,0, Шахринавском районе – 0,3%. Высокий удельный вес инфаркта миокарда свидетельствует о возможно имеющемся месте гипердиагностики, недостаточной квалификации персонала, а также существующего ограничения в использовании инструментальных методов исследования (особенно наличие аппарата ЭКГ) на догоспитальном этапе. Об этом также свидетельствует достаточно высокий удельный вес стенокардии от 2,8 до 91,7%.

Безрезультативные вызовы в структуре всех выполненных бригадами СМП РРП вызовов составляют 0,3%, удельный вес отказов вследствие необоснованности вызовов не превышает – 0,2%.

Вышеуказанный показатель удельного веса безрезультатных вызовов в городах Вахдат составляет – 0,2%, Рогун – 0,3%, Турсунзаде – 0,7%, в районах Нуробод - 0,1%, Шахринав - 0,5. Удельный вес отказов вследствие необоснованности вызовов в г. Вахдат не превышает 0,2%, г. Турсунзаде – 0,1% и в районе Шахринав - 0,3%. В оставшихся районах и городах за период наблюдения вышеуказанные показатели не зарегистрированы, что особенно характерно для отделений СМП, расположенных в сельских местностях, где недостаточно уделяется внимания заполнению статистической формы учета.

Нами проведен анализ летальных исходов, зарегистрированных бригадами СМП РРП. За период наблюдения общая летальность не превышает 0,1%

(максимальная величина – 0,3%). При этом умершие до приезда бригад СМП пациенты составляют от 98,0% (2009 г.) до 83,1% (2017 г.), умершие в присутствии бригад СМП от 2,0% до 11,3% соответственно, умершие в салоне автомашин не превышают 5,6%.

В г. Вахдат удельный вес летальных исходов колеблется от 0,2 в 2009 г. до 0,1% в 2016 г. В 2011 – 2013 гг. и в 2017 г. случаи с летальным исходом не зарегистрированы, аналогично нет регистрации летальных исходов в 2009 г., 2011 – 2012 гг., 2014 г., 2015 г. в г. Рогун, а в оставшиеся годы варьирует от 0,03 до 0,4%. В центре ЭМП г. Турсунзаде удельный вес пациентов с летальным исходом за период наблюдения составляет от 0,1 до 0,7%.

В отделении СМП г. Гиссар за аналогичный период вышеуказанный показатель достигает 3,4%, в районе Варзоб до 0,3%, в Лахше 0,3 в 2009 г. и 0,1% в 2017 г. В Раштском районе летальные исходы в 2009 – 2010 гг. составляли - 2,8% – 2,3% соответственно. В Сангворском в 2010 г. – 0,01%, 2011 г. – 0,05%, в Файзободском районах только зарегистрировано в 2009 г., где показатель составляет 0,01% и в районе им. Рудаки в 2017 г. – 0,1%. В районах Нуробод, Шахринав и Таджикобод в статистических данных летальные исходы не приведены.

Таким образом, установлено, что все учреждения СМП РРП входят в состав ЦРБ. В последние годы отмечается количественный рост по некоторым показателям.. Техническое состояние автопарка не соответствует современным требованиям. Обеспеченность населения санитарным транспортом крайне неудовлетворительная. Практически отсутствует система связи, персонал использует собственные мобильные телефоны. Увеличение штатных должностей произошло за счет увеличения штатов технического персонала. Отмечается дефицит кадров, в основном, работает персонал, не имеющий квалификационную категорию. Выездные бригады обеспечены минимальным количеством устаревшего оборудования и ощущают нехватку медикаментов. В целом развитие догоспитального этапа службы СМП РРП в последние годы остается без динамики и нуждается в коренном пересмотре.

3.8. Состояние службы экстренной медицинской помощи в ведомственных организациях Республики Таджикистан

На основании постановления Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении устава железнодорожного транспорта Республики Таджикистан» №244) от 05.06.2002 г. в составе Государственного унитарного предприятия «Роҳи оҳани Тоҷикистон» функционирует врачебно-санитарная служба, которая состоит из амбулаторно-поликлинического подразделения и стационарной службы.

Амбулаторно-поликлиническое подразделение врачебно-санитарной службы железной дороги Таджикистана состоит из поликлиники на 250 посещений в смену. Кроме того, на различных участках железной дороги развёрнуты 6 медицинских пунктов (2 медпункта на вокзалах станции Душанбе - 1 и Курган-Тюбе, 2 медпункта в вагонно- пассажирском и локомотивном депо г. Душанбе, 2 медпункта, дислоцированных по пути следования железнодорожных составов на станциях Душанбе - 2 и Шаартуз), участка таджикской железной дороги на станции Хушади (Курган-Тюбе), шпальном заводе (Курган-Тюбе), медицинский пункт на станции Регар. Медицинские пункты в приграничной зоне Согдийской ветки.

В госпитальной части развернут стационар на 160 коек (терапевтическое - 70 коек, хирургическое - 60 коек и детское отделение на 30 коек).

Необходимо отметить, что врачебно-санитарная служба железной дороги Таджикистана не располагает догоспитальной службой скорой медицинской помощи. На станциях и по пути следования поездов при несчастных случаях и заболеваниях и состояниях, угрожающих жизни пациента или лиц, окружающих их, осуществляется вызов скорой медицинской помощи и других служб экстренного реагирования по разработанной схеме, согласованной совещательно с руководством территориальных учреждений государственной системы здравоохранения.

Анализ существующих нормативно-правовых документов, регулирующих деятельность врачебно-санитарной службы железной дороги Таджикистана показал, что в составлении штатного расписания используют приложение №1 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 14 июня 1977 г., №555 «О штатных нормативах медицинского персонала дорожных, отделенческих, узловых и линейных поликлиник и амбулаторий системы Министерства путей сообщения СССР». Укладка первой помощи для пострадавщих на железной дороге формируется на основании приказа Минсоцразвития РФ от 05.05.2012 г., №498 “Нормы оснащенности пассажирских вагонов (штабных) съёмным оборудованием и инвеньтарем”.

Медицинская служба международного аэропорта г. Душанбе представлена медико-санитарной частью, на которую возложена организация медицинской помощи, как сотрудникам аэропорта, так и пассажирам в аэропорту и по пути следования. В структуре аэропорта имеется поликлиника, которая обслуживает только сотрудников аэропорта. В залах ожидания и прилета организованы медпункт и комната для матери и ребенка. В составе медико-санитарной части имеется транспорт медицинской службы с круглосуточным режимом работы, предназначенный для перевозки больных и пострадавших до и от трапа воздушных лайнеров без выезда за территорию аэропорта. Медико-санитарная часть не располагает службой скорой медицинской помощи, её взаимодействия со службой СМП носит совещательный харатер.

Согласно информационному письму Таможенной службы при Правительстве Республики Таджикистан от 11.04.2019 г., №012/002-3295 в структуре Таможенной службы при Правительстве Республики Таджикистан медицинская служба отсутствует. Медицинское обслуживание существующего контингента осуществляется на основании договора, заключенного с медицинской службой Министерства внутренних дел Республики Таджикистан.

Медицинская служба Комитета по чрезвычайным ситуациям и гражданской обороне при Правительсте Республики Таджикиистан представлена Медицинским управлением и военным госпиталем, в структуру

которого входит военный госпиталь (на 35 коек), кроме того 3 реанимационных и 7 медиицинских пунктов. При госпитале имеется 2 автомобиля медицинской службы (в дневное время используются как перевозочный, а при необходимости экипаж оказывает экстренную помощь). Согласно письму Комитета по чрезвычайным ситуациям и гражданской обороне при Правительсте Республики Таджикиистан от №13/1-1737 от 08.10.2019 г. экстренная помощь больным и пострадавщим также оказывается силами и средствами медицинского управления, в структуре которого имеются спасательные группы. Всего развернуто 5 спасательных групп (г. Худжанд, г. Бохтар, г. Душанбе, г. Куляб и центр Раштского района). В составе спасательных групп имеется 1 фельдшер и 5 спасателей (в г. Кулябе и Раште группа не укомплектована медицинскими работниками).

Необходимо отметить, что в силу специфичности работы медицинских служб некоторых силовых ведомств полученная информация минимальная и не подлежит глубокому анализу.

Согласно положению о Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, утвержденному постановлением Правительства Республики Таджикистан от 3 марта 2014 года (№148), на МЗ РТ возложена координация деятельности подведомственных учреждений независимо от их форм собственности и подчиненности.

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

ГЛАВА 4. ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И ПУТИ ЕЁ РЕФОРМИРОВАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

4.1. Оценка эффективности деятельности службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан

Оценка эффективности лечебной работы службы СМП включает в себя анализ формы: 109/у - журнал записи приема вызовов скорой медицинской помощи; 114/у - сопроводительный лист станции СМП и талон к сопроводительному листу; 110 – карта - вызов станции СМП; 115/у - отчет станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи и формы №40 - отчёт станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи, утверждённый приказом Минздрава Республики Таджикистан №342 от 07.12.2000 г.

Согласно рекомендациям ВОЗ качество медицинского обслуживания имеет следующие компоненты: эффективность; экономичность; адекватность и научно-технический уровень (Vuori H., 1982).

Для экспертной оценки были привлечены специалисты отдела медицинской статистики, опытные врачи скорой медицинской помощи Городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе.

Экспертами была установлена половозрастная структура обслуженных пациентов бригадами СМП. В структуре обслуженных больных мужчины составили 40,9%, женщины -59,1%. Дети до 14 лет - 13,4%, подростковый возраст 15-18 лет - 4,7%, в целом дети до 18 лет составили 16,9%. Пациентов трудоспособного возраста было 65,9%, старческого возраста- 10,6% и лиц преклонного возраста - 5,5%.

Важным показателем преемственности службы СМП является количество выполненных вызовов в часы работы амбулаторно–поликлинической сети (центров здоровья).

Анализ распределения вызовов по часам суток показал, что в часы «пик» наибольшее число поступлений вызовов отмечается с 16:00 до 24:00, которые составили 52,6%, в часы работы центров здоровья г. Душанбе с 08:00 до 16:00 количество поступивших вызовов составило 29,0% (таблица 4.1.1).

Наибольшее количество обращений в течение суток приходится на период с 16.00 до 21.00 – 34,5%, удельный вес обращений с 08.00 до 21.00 составил 29,0%, с 21.00 до 00.00 часов – 18,1% и с 00.00 часов до 08.00 часов - 18,4%.

Таблица 4.1.1. - Распределение вызовов в течение суток в часы работы городских центров здоровья

Время суток	Количество поступивщих вызовов	%
08.00 до 16.00	5852	29,0
16.00 до 21.00	6960	34,5
21.00 до 00.00	3652	18,1
00.00 до 03.00	1533	7,6
03.00 до 06.00	1109	5,5
06.00 до 08.00	1069	5,3

Показатель времени с момента поступления вызова до его передачи бригаде в среднем составил 3,6 минуты, оптимальным считается 1,5 – 2 минуты. Удельный вес показателя передачи вызовов выездной бригаде в период до 2 минут с момента поступления вызова составил 61,3%, от 1 минуты до 4 минут - 83,2%, до 15 минут - 1,7% и после 15 минут - 1,6% (таблица 4.1.2).

Таблица 4.1.2. - Время передачи вызовов бригаде скорой медицинской помощи с момента их поступления

Время передачи вызова с момента поступления до:	Количество выполненных вызовов	%
1 минуты	4579	22,7
1,5 минут	2924	14,5
2 минут	4860	24,1
3 минут	2641	13,1
4 минут	1789	8,9
5 минут	1829	9,1
10 минут	887	4,4
15 минут	333	1,6
30 минут	151	0,7
1 час	121	0,6
более 1 часа	61	0,3

Важным показателем оперативности работы СМП является время выезда бригады с момента поступления вызова. Экспертной оценкой установлено, что до 3-х минут выезд бригад СМП составляет 60,4%, до 4-х минут - 25,7% (оптимальное время выезда), до 15 минут составил 9,5%, до 30 минут – 3,5%, до 1 часа – 0,7% и более 1-го часа – 0,2%. В среднем, выезд бригад СМП составил 5,3 минуты. При этом своевременность выездов бригад СМП до 4-х минут составила 86,1%. В целом, доступность населения к скорой медицинской помощи составила 95,6%.

Общеизвестно, что следующим важным показателем оперативности работы службы СМП является время доезда бригады СМП до места происшествия, которое зависит от множества факторов: заторы в часы «пик», характерны для крупных городов и мегаполисов; наличие отдельной полосы для спецмашин; действия других участников дорожного движения; наличие освещения улиц в ночное время суток; нумерация домов; состояние дорог и наличие искусственных препятствий; оснащенность автомобиля СМП и диспетчерской службы навигационными приборами, а также активное участие вызывающих лиц.

Нами установлено, что время доезда бригад СМП до места происшествия до 15 минут составило - 80,6% (в Англии фактически 70% вызовов обслуживаются до 8 минут), до 30 минут – 16,3%, до 1 часа – 2,5% и более 1-го часа - 0,6%.

В целом, время доезда бригады СМП до места происшествия в среднем составило 17 минут (таблица 4.1.3).

Таблица 4.1.3. - Время доезда бригад к месту вызова

Время доезда бригад СМП	**Количество вызовов**	**%**
15 минут	16261	80,6
30 минут	3288	16,3
В течение 1 часа	505	2,5
Свыше 1-го часа	121	0,6

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 г. «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан», время доезда СМП к месту происшествий при состояниях, угрожающих жизни, установлено до 15 минут. Другой важный показатель оперативности работы службы СМП - время нахождения у пациента, зависит от ряда взаимосвязанных факторов, включая опыт врачебной бригады, окружающую обстановку, тяжесть и профиль заболевания.

Анализ обслуженных вызовов реанимационными бригадами показал, что в 18,9% случаев бригада находилась у пациента до 10 минут, в 17,5% - до 15 минут, 18,9% - до 20 минут, в 12,1% случаев до 30 минут, до 1 часа в -15,4% случаев и более 1-го часа - 18,2%.

Бригады кардиологического профиля до 10 минут у пациента находились в 19,0% случаев, до 15 минут - в 19,4%, до 20 минут – в 19,0%, до 30 минут – в 19,4%, до 1 часа – в 22,6% и длительность нахождения бригад более 1 часа составила 18,2% случаев.

Акушерско-гинекологические бригады до 10 минут находились в 8,6% случаев, до 15 минут – в 8,3%, до 20 минут – в 5,2%, до 30 минут – в 4,3%, до часа – в 3,4% и более 1 часа - 3,5% случаев. Педиатрические бригады соответственно до 10 минут - 11,3%, до 15 минут -15,7%, до 20 минут - 19,7%, до 30 минут - 12,4%, до часа – 12,8% и время нахождения у пациента более 1 часа составило - 12,0% случаев. Самое длительное нахождение у больного отмечается у врачей терапевтического профиля. Соответственно, до 10 минут - 42,2%, до 15 минут - 39,1%, до 20 минут - 44,2%, до 30 минут - 51,8%, до часа - 45,8% и более часа - 52,6%.

Таким образом, среднее нахождение у пациента бригад различного профиля составляет: реанимационная бригада - 14,5, кардиологическая - 15,3, акушерско-гинекологическая - 16,0, педиатрическая - 15,6 и терапевтическая - 16,2, в среднем этот показатель составляет 15,3 минут.

Время транспортировки зависит от состояния пациента в салоне скорой помощи, радиуса обслуживания и дислокации лечебных учреждений

соответствующего профиля, частоты заторов, наличия отдельной полосы для спецмашин, количества светофоров и др. Особенно это приобретает значимость в крупных городах и мегаполисах. Например, в г. Душанбе от центра города до периферии количество светофоров может достигать до 25 ед. (время задержки на каждом светофоре от 25 секунд до 1 минуты, что увеличивает время доезда примерно до 15-25 минут). Современные подходы к госпитализации экстренных больных требуют быстрейшей доставки пациентов в специализированные стационары, преимущественно высокотехнологические. Ранее существовавшие правила доставки тяжелобольного в ближайший стационар в крупных городах, где имеется сеть специализированных стационаров, теряют свою актуальность.

Проведенный анализ карт выбранного контингента показал, что время транспортировки пациентов в стационары до 10 минут составило 51,4% (10370 случаев), до 15 минут - 30,3% (6113), до 20 минут - 8,5% (1715), до 25 минут - 6,8 (1372) и транспортировка длительностью до 30 минут составила 3,0 % (605). В среднем, этот показатель составляет 13,9 минут.

Затрачиваемое время специализированными бригадами СМП на обслуживание больных для реанимационных бригад в среднем составляет - 65,5 минуты, кардиологических - 66,5, акушерско-гинекологических - 67,0, педиатрических - 66,6 и общепрофильных бригад - 66,3 минут.

На оперативности работы службы СМП негативно отражается организация экстренной медицинской помощи в приемных покоях госпитальных учреждений и наличие в приемных покоях отделения или коек неотложной медицинской помощи. Установлено, что время передачи пациента врачу приемного покоя до 5 минут составило 33%, до 10 минут - 34,2%, до 15 минут - 20,5%, до 20 минут - 7,1%, до 30 минут - 3,4% и более 30 минут - 1,8%.

В среднем, нахождение бригады СМП в приемных покоях составляло до 15 минут (87,7%). Общее время с момента поступления вызова без госпитализации пациента составило 26,9 минут, а с госпитализацией – 73,1 минуты.

На эффективность работы службы СМП также влияет количество необоснованных вызовов, удельный вес которых составил 2,3 % от общего числа изученных карт вызовов. Из них в 25,0% случаев пациенты отказались от вызова; в 24,1% пациенты отсутствовали на месте; 17% составили ложные вызов ы обслуженные вызова до приезда СМП другими врачами - 11,2%; дверь закрыта - 11,4%, в 11,2% случаев пациенты оказались практически здоровыми (таблица 4.1.4).

Таблица 4.1.4. - Структура и удельный вес безрезультатных вызовов

Структура безрезультатных вызовов	Количество вызовов	%
Всего	464	2,3
Нет на месте	112	24,1
Обслужено до приезда	52	11,2
Отказ от вызова	116	25,0
Дверь закрыта	53	11,4
Практически здоров	52	11,2
Ложный вызов	79	17,0

Нами изучено также влияние сезонности на структуру заболеваемости обслуженных вызовов. Экспертная оценка показала, что болезни системы кровообращения имеют незначительные сезонные колебании. Установлено, что доля болезней системы кровообращения в зимний сезон составила 23,0%, весенний - 27,7%, летний период - 26,4% и осенний сезон - 22,9,0%. Увеличение количества нервных заболеваний отмечено в весенний период – 26,0% от общего количества вызовов данной категории, сезонные колебания в другие периоды незначительны (зимой - 24,8, осенью - 25,5%, летом-24,3%).

Осенне-летний сезон отличается увеличением количества кишечных инфекций, весной - 25,6%, зимой - 7,3%. Это характерно для регионов с жаркими климатическими условиями.

Значительное увеличение желудочно-кишечных заболеваний приходится на весенний и осенний периоды - 25,6% и 28,7% соответственно.

Сезонный удельный вес обслуженных вызовов с нервно-психическими, эндокринными заболеваниями, болезнями и синдромами перинатального

периода, системными заболеваниями щитовидной железы и мочеполовой системы весной составляют 26,7 – 30,7%, что является пиком сезонного увеличения этих заболеваний.

В структуре всех обслуженных вызовов болезни сердца и сосудов с удельным весом 25,7% занимают первое место, второе и третье места принадлежат нервным и инфекционным заболеваниям с удельным весом 15,6% и 11,5%, соответственно.

Среди обслуженных вызовов в зимний период на первое место выступают болезни сердца и сосудов – 26,4%, второе место занимают нервные заболевания – 17,3% и третье занимают болезни желудочно-кишечного тракта – 9,3%.

Весной, летом и осенью болезни сердца и сосудов также занимают первое место – 26,3%, 27,1% и 23,0% соответственно, нервные и инфекционные заболевания сохраняют второе и третье места весной и осенью с удельным весом 15,0% и 10,5%, 15,1 и 15,4 %, соответственно.

В летний период отмечается некоторое увеличение инфекционных заболеваний - 15,6% и на третьем месте нервные заболевания – 15,1%.

Климатический график по г. Душанбе показывает, что в зимний период средння температура колеблется от 2,7^{0}С до 4,4 ^{0}С, весной это колебание составляет от 9,2^{0}С до 19,6^{0}С, летом значение колебаний невысокое от 24,6^{0}С до 26,9^{0}С, в осенний период средняя температура колеблется от 9,2^{0}С до 20,8^{0}С, кроме летнего, другие сезоны года практически не имеют высоких колебаний.

По данным Новикова В.В. (2008), небольшое повышение температуры может привести к значительному росту заболеваемости, что подтверждается инфекционными вспышками и сезонным ростам ряда заболеваний, что отражается на относительно равномерном обращении населения за скорой медицинской помошью по поводу различных заболеваний, за исключением инфекционных, что важно для сезонного рапределения выездных бригад.

Анализ деятельности станции г. Душанбе за 16 лет показал, что служба СМП по различным причинам часто выполняет несвойственные ей функции,

что совпадают с данными Матер А.А. (2006), где уровень вызовов данной категории достигает более 60% [117]. В целях детализации данной категории вызовов нами предложены несвойственные функции СМП разделить на:

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. По данным Габибулаева Ф.А. (2012) и Бадирова Ш.Ш. (2013), из общего числа необоснованных вызовов СМП 45.1% вызовов могли быть обслужены средним медицинским персоналом в поликлинике, 39,3% - 40% врачом поликлиники, около 80% случаев гипертонической болезни могли быть обслужены семейными врачами или бригадами неотложной помощи [25;51].

В целях повышения эффективности и рационального использования специализированных бригад нами был разработан алгоритм очередности направления специализированных бригад СМП по поводу вызовов в условиях ограниченности санитарного транспорта (приложение 101).

4.1.1. Социологический опрос респондентов (пациентов) для определения степени удовлетворённости службой скорой медицинской помощи

Основной целью социологического опроса населения о деятельности СМП является выявление недостатков в работе службы, получение ответов на важные вопросы, требующие адекватного решения проблем рационального использования людских и материальных ресурсов, стимулирование персонала с целью повышения качества оказываемой помощи. Социологические опросы приобретают особую значимость в условиях ограниченности ресурсов.

Для осуществления социологического опроса было проведено анкетирование 112 пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, доставленных в стационар выездными бригадами в 2008 году. Анкета состояла из 18 вопросов, в том числе из 5 общих и остальные - по теме опроса. Среди респондентов городские жители 87%, сельские 13%. В социологическом исследовании респонденты (пациенты) по полу распределились следующим образом: мужчины-53%, женщины-47%. Возрастная структура респондентов, пользовавшихся услугами скорой помощи, представлены лица трудоспособного возраста - 92% и лиц старше 60 лет всего 8%. (таблица 4.1.1.1).

Преобладание лиц трудоспособного возраста определяется внезапными заболеваниями, характерными для данной возрастной категории, - острое состояние, травмы и обострения хронических заболеваний.

Социально-профессиональная принадлежность респондентов: служащие - 28%, рабочие - 20%, неработающие - 18%, учащиеся (студенты) -16%,

пенсионеры (инвалиды) - 14%, работники коммерческой структуры - 1% и прочие - 3% (рисунок 4.1.1.1).

Таблица 4.1.1.1. - Возрастной состав респондентов, доставленных выездными бригадами скорой медицинской помощью (%)

Показатель	**Возрастная группа (лет)**						
	До 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
Доставленные выездными бригадами	12	19	19	17	25	8	-

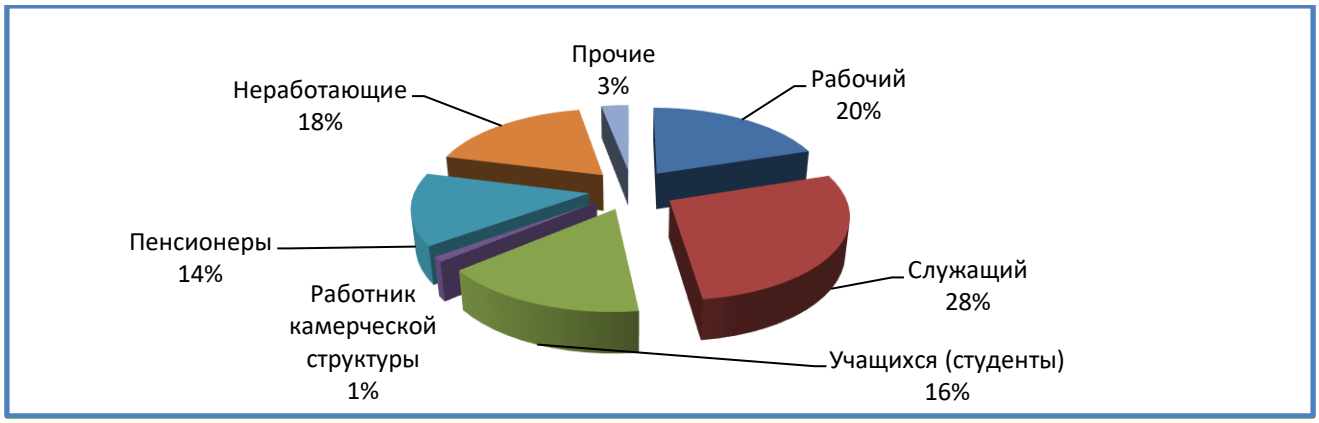


Рисунок 4.1.1.1 - Социальный состав респондентов (%)

Среди респондентов, получивших скорую медицинскую помощь, количество пациентов с высшим образованием составило 26%, респонденты с неполным высшим образованием - 29%, средним - 32%, с неполным средним - 7%, начальным - 4% и без образования - 2%.

Пациенты и их родственники на вопрос: «Как часто в течение последнего года Вы обращаетесь за скорой медицинской помощью?» 42% ответили, что пользовались ее услугами более двух раз в год, 27% - один раз в год, 25% - два раза в год, 6% человек вообще не обращались за услугами скорой медицинской помощи.

Из опрощенных респондентов и их родственников 76,4% при обострении хронических заболеваний отдают предпочтение обратиться за скорой медицинской помощью, только 23,6% полагаются на участкового врача. Частое

обращение хронических больных за СМП имеет экономические оттенки, то есть бесплатное обеспечение лекарственными средствами и обслуживание вне очереди.

Первый контакт с пациентом начинается при приеме вызова диспетчером и от него зачастую зависит жизнь пациента. В связи с этим респондентам было предложено ответить на вопрос: «Какие сложности Вы испытываете при вызове СМП?». В 48% случаев респонденты жаловались на плохую телефонную связь, 10% - на опоздание СМП, 2% отметили грубость персонала и 40% респондентов отметили, что никаких сложностей нет. 9% респондентов отношение диспетчеров оценили как высокое, 73% - удовлетворительное и только 12% - не удовлетворительное. В условиях перегрузки телефонной сети, что встречается ежедневно, респондентам был поставлен вопрос «За сколько минут Вы дозванивались до диспетчера 03». Был получен следующий ответ: до 2 минут - 33%, до 5 мин. - 44%, до 10 мин. - 16% и более 10 мин. - 7%.

Оперативность работы СМП респонденты оценили следующим образом: скорую помощь ожидали до 15 мин. - 45%, 15-30 мин. - 48%, 30-60 мин. - 5% и больше 1 часа - 2%.

Респондентам было предложено оценить профессионализм сотрудников СМП, так как качество оказываемой помощи на догоспитальном этапе зависит от квалификации персонала выездных бригад. Только 84% оценили профессионализм выездных бригад как удовлетворительный, при этом респонденты под удовлетворённостью в 29% случаев имели в виду авторитет врача, 10% - высокую квалификацию, 28% - внимательность и чуткость, в 33% - случаев умение успокоить пациентов, 96% респондентов отметили приятный внешний вид и 4% - неопрятный вид сотрудников СМП. В 14% случаев респонденты отметили, что они частично удовлетворены и 2% отметили неудовлетворённость работой медицинского персонала СМП.

Приемный покой, хотя относится к госпитальному сектору, по виду деятельности имеет отношение к догоспитальной службе, так как не все пациенты госпитализируются, а лишь получают экстренную первичную

помощь. На вопрос анкеты: «Как Вы оцениваете уровень оказания помощи в приемных покоях?» - 67% оценили обслуживание, как удовлетворительное.

Одной из важных проблем службы СМП остается престиж данной профессии, только 26% респондентов считают эту профессию престижной, 72% отмечают важность данной профессии. По мнению респондентов, в службе СМП существуют следующие проблемы: качество обслуживания - 4%, низкая заработная плата - 27%, нехватка медикаментов - 32%, нехватка оборудования - 20%, нехватка кадров - 16% и только 1% отметили, что нет проблем. На вопрос: «Что Вы предлагаете по поводу улучшения работы СМП?» - 68% респондентов отметили, что необходимо обеспечить СМП медикаментами и медоборудованием, 30% - повышение оперативности, 31% - за повышение квалификации и за улучшение этики и деонтологии - 16%.

В период реформирования отрасли здравоохранения большую значимость приобретают медико-социологические исследования, позволяющие изучить мнение населения о происходящих изменениях в медицинских учреждениях. Полученная информация дает возможность органам управлением здравоохранения планировать организацию медицинской помощи с учетом мнения пациентов, вносить своевременные коррективы в организацию медицинской помощи.

Для выяснения мнения пациентов о положительных и отрицательных сторонах деятельности службы СМП и затруднениях получения качественной медицинской помощи нами проведен социологический опрос пациентов по специально составленной анкете.

Анкетированию подвергнуто 112 пациентов, 85,1% которых составили городские жители. Среди всех респондентов 47,3% представлены мужчинами и 52,7% - женщинами. Среди всех анкетированных 50,0% - это лица в возрасте 40-59 лет. Среди женщин наибольший удельный вес в возрасте 30-49 лет – 57,6%, среди мужчин в возрасте 40-59 лет – 45,3% (таблица 4.1.1.2).

Таблица 4.1.1.2. - Распределение респондентов (пациентов) разного пола по различным возрастным группам

Пол/возрастная группа	До 19 лет		20-29 л		30-39 л		40-49 л		50-59 л		60-69 л		70 лет и более		Всего	
	абс	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**
Муж.	2	3,9	7	13,2	7	13,2	13	24,5	11	20,8	5	9,4	8	15,0	53	47,3
Жен.	3	5,1	3	5,1	14	23,7	20	33,9	12	20,3	3	5,1	4	6,8	59	52,7
Всего	**5**	**4,5**	**10**	**8,9**	**21**	**18,7**	**33**	**29,5**	**23**	**20,5**	**8**	**7,2**	**12**	**10,7**	**112**	**100**

Распределение респондентов мужского и женского пола по социальному положению показало, что среди мужчин доля рабочих составляла 32,1% среди женщин большинство - 40,6% - составляли не работающие лица.

По результатам опроса проведен анализ обращаемости за скорой медицинской помощью. В структуре обращаемости лиц разного социального положения на первом месте рабочие – 22,3%, на втором месте неработающие – 27,8% и на третьем месте - коммерческие работники – 20,5% (таблица 4.1.1.3).

В структуре кратности обращаемости за СМП лицами, разного уровня образования 1 раз в год составляет 21,4%, 2 раза - 15,2% и более 2 раз - 25,9%. Доля не обратившиеся лиц за СМП составила - 32,1%.

Таблица 4.1.1.3. - Распределение респондентов (пациентов) разного пола по различным социальным положениям

Пол	Рабочий		Служащий		Учащийся (Студент)		Работник коммерческой структуры		Случайные заработки		Пенсионер		Неработающий		Прочие		Всего	
	Абс	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**
М	17	32,1	9	17,0	3	5,7	9	17,0	0	0	6	11,3	7	13,1	2	3,8	53	47,3
Ж	8	13,6	5	8,5	5	8,5	14	23,7	0	0	3	5,1	24	40,6	0	0	59	52,7
всего	**25**	**22,3**	**14**	**12,5**	**8**	**7,1**	**23**	**20,5**	**0**	**0**	**9**	**8,0**	**31**	**27,8**	**2**	**1,8**	**112**	**100**

Респонденты с высшим образованием 1 раз в год обратились за СМП в 20,6%, 2 раза - 17,6%, более 2 раз – 32,4%, 50% контингента с неполным высшим образованием за СМП обратились 1 раз в год, 2 раза в год обратились - 12,5%, а более 2 раз в год - 25%.

Разделив респондентов различного социального положения по кратности обращения за скорой медицинской помощью, выяснилось, что рабочие в 36,0% обратились более 2 раз, 24,0% обратились только 1 раз, столько же (24,0%) вообще не обращались за помощью.

Удельный вес лиц, обратившихся за скорой медицинской помощью более 2 раз в год, среди служащих составлял 42,8%, 21,4% обратились 1 раз или вообще не обращались.

Коммерческие работники в 34,8% случаях не обращались за помощью, в 26,0% обратились 1 раз и в 17,3% обратились более 2-х раз.

Неработающие респонденты в 45,1% случаях ни разу не обратились за СМП. В то же время пенсионеры в 88,9% случаях обратились более 2-х раз.

У респондентов мы выяснили предпочтение обращений при обострении хронических заболеваний в медицинские учреждения. Выяснилось, что в целом, независимо от социального положения в 85,7% обратились на станцию СМП и только 14,3% к семейному врачу.

Удельный вес обращаемости рабочих и служащих на СМП составил 96,0% и 92,0% соответственно. В то же время студенты в 75,6% случаях при обострении хронических заболеваний обращались к врачам учреждений ПМСП. Не менее важным был вопрос обращаемости в станцию СМП по поводу хронических заболеваний у лиц разного уровня образования. Оказалось, что удельный вес обращений лиц с высшим образованием на станцию СМП составил 88,2%, лиц с неполным высшим и средним образованием по 87,5% и с ночным образованием 66,7%.

Проведен анализ обращений респондентов разного возраста к различным специалистам (таблица 4.1.1.4).

Таблица 4.1.1.4. - Распределение лиц разного возраста с хроническими заболеваниями по обращению к различным специалистам

Возраст	На станцию СМП		К участковому врачу		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
До 19 лет	3	60,0	2	40,0	5	4,5
от 20-29 л	8	80,0	2	20,0	10	8,9
30-39 л	17	81,0	4	19,0	21	18,8
40-49 л	31	93,9	2	6,1	33	29,5
50-59 л	18	78,3	5	21,7	23	20,5
60-69 л	8	100,0	-	-	8	7,1
70 лет более	11	91,7	1	8,3	12	10,7
всего	**96**	**85,7**	**16**	**14,3**	**112**	**100,0**

Как видно из приведенных данных, удельный вес представителей самой молодой возрастной группы (до 19 лет), обращающихся на станцию СМП, ниже, чем в остальных старших возрастных группах. С возрастом увеличивается доля лиц, обратившихся за медицинской помощью на ССМП.

Из отрицательных моментов большая часть респондентов (42,8%) отметила неудовлетворённых работой диспетчеров, а доля неудовлетворительной работы диспетчеров со стороны служащих, студентов и пенсионеров значительно больше и соответственно составила 57,2%, 62,5 и 66,7%.

Одной из проблем, отмеченных респондентами, можно считать частое опоздание при обслуживании вызовов СМП. В общей сложности около половины (48,2%) отмечают обслуживание с опозданием, на плохую телефонную связь указывают 24,1% и на грубое отношение персонала -19,6%.

Одной из причин низкой удовлетворенности респондентов можно считать низкую оперативность бригад СМП. В целом, 5,5% вызовов обслуживались 30-60 минут, 36,6% - от 15 до 30 минут и только 9,8% - до 15 минут. А рабочие и коммерческие работники жаловались на позднее обслуживание (от 30 до 60 минут) - 52,0% и 60,9% соответственно.

Важной характеристикой отношения населения к деятельности службы СМП является их информированность о сложности работы врачей выездных бригад. Больные судят о работе врачей по их квалификации, качеству

обслуживания, по разным аспектам этического и диентологического характера (вежливое, доброжелательное, отзывчивое отношение оперативности работников и др.).

Проведенный анализ мнения респондентов показал, что удовлетворенность пациентов работой врачей СМП в целом у населения составляла 50,0%, частично удовлетворены - 33,9%, а 16,1% остались неудовлетворенными.

Однако здесь мнения респондентов значительно расходятся: служащие работой медицинских работников СМП в 35,7% не удовлетворены и в 50,0% удовлетворены частично. Рабочие в 44,0% удовлетворены полностью, частично удовлетворены 32,0% и 24,0% совсем не удовлетворены.

Из положительных моментов в деятельности работников СМП респонденты, как разного уровня социального положения, так и разного уровня образования, отметили приятный внешний вид медперсонала (87,5%).

В условиях дефицита бюджетных средств, низкой заработной платы сотрудников СМП неизбежно возникают вопросы нелегальной оплаты, что нежелательно в службе имеющей высокую социальную значимость. В связи, с этим изучено мнение респондентов о внедрении платных услуг в службе СМП. Большинство респондентов - 55% - являются сторонники бесплатной СМП, 35% - за частичную оплату и только 10% готовы полностью оплатить услуги СМП.

Анализ мнения лиц разного социального положения по оценке профессии врача СМП выявило неоднозначное отношение к этому вопросу. Более трети (36,6%) опрошенных пациентов разного социального положения считали профессию врача СМП важной, 33,9% - перспективной и 27,7% - сложной. Выяснилось, что служащие и неработающие считают профессию врача СМП престижной - 42,9% и 45,2% соответственно, рабочие (48,0%) и коммерческие работники (47,8%) на первое место ставят важность данной профессии (таблица 4.1.1.5).

На вопрос «Как Вы оцениваете уровень оказания помощи в приемных отделениях стационаров?» - более половины 53,6% оценили её неудовлет-

ворительно. Доля неудовлетворительной оценки у лиц с высшим и средним образованием составляла еще больше - 64,7% и 56,3% соответственно.

Таблица 4.1.1.5. - Распределение лиц разного социального положения по оценки профессии врача скорой медицинской помощи

Социальное положение	Престижная		Важная		Не престижная		Сложная		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Рабочий	7	28,0	12	48,0	-	-	6	24,0	25	32,3
Служащий	6	42,9	4	28,6	1	7,1	3	21,4	14	12,5
Студенты	3	37,5	2	25,0	1	12,5	2	25,0	8	7,1
Коммерческий работник	7	30,4	11	47,8	-	-	5	21,8	23	20,5
Пенсионеры	-	-	7	77,8	-	-	2	22,2	9	8,0
Неработающий	14	45,2	4	12,9	-	-	13	41,9	31	27,8
Прочие	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2	1,8
Всего	**38**	**33,9**	**41**	**36,6**	**2**	**1,8**	**31**	**27,7**	**112**	**100,0**

На вопрос о том, что необходимо для улучшения работы СМП, предложения респондентов сводились к следующему: 67,9% считали необходимым улучшение обеспечения бригад медикаментами, инструментарием и медоборудованием, 46,4% повысить оперативность работы выездных бригад, 39,4% повысить квалификацию медицинских работников и 16,1% улучшить этику и деонтологию работников.

4.1.2. Социологический опрос сотрудников службы скорой медицинской помощи о работе скорой медицинской помощи

Работа СМП, объем и качество медицинской помощи в большей степени зависит от уровня материально-технического обеспечения станции СМП. В целях изучения существующих проблем и перспективах развития службы СМП было проведено анкетирование сотрудников СМП (врачи и фельдшеры), по специально разработанным формам.

Анкета состоит из 13 вопросов, касающихся нагрузки бригады СМП, медикаментозной и технической обеспеченности, оперативность, о платных

услугах и перспективах развития. Были опрошены 102 сотрудника СМП города Душанбе и центральных регионов республики (таблица 4.1.2.1, и таблица 4.1.2.2).

Таблица 4.1.2.1. - Распределение сотрудников службы скорой медицинской помощи различного пола по профессии (в % к итогу)

Пол/специальность	**Врач**		**Средний медработник**		**Всего**	
	абс	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**
Мужчины	26	60,5	17	39,5	43	100
Женщины	12	20,3	47	79,7	59	100
Всего	**38**	**37,3**	**64**	**62,7**	**102**	**100**

Таблица 4.1.2.2. - Распределение сотрудников службы скорой медицинской помощи различной профессии по стажу работы (в % к итогу)

Специалист/возрастная группа	**0-5 лет**		**6-10 лет**		**11 и более**		**Всего**	
	абс	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**
Врач	24	63,2	9	23,7	5	13,1	38	100
Средний мед/работ	32	50,0	22	34,4	10	15,6	64	100
Всего	56	54,9	31	30,4	15	14,7	102	100

Среди респондентов количество врачей составило 37,4%, фельдшеров - 62,7%, мужчин - 60,5%, женщин - 20,3%. Стаж работы опрошенных выглядит следующим образом: до 5 лет-54,9%, 6 - 10 лет - 30,4%, 11 лет и более - 14,7%.

Одним из важных вопросов анкеты была о нагрузка на линейную бригаду, которую 46,1% оценили, как высокий уровень, 29,4% - оптимальный уровень, 17,6% средний уровень и 6,9% оценили, как низкий уровень нагрузки (таблица 4.1.2.3).

Таблица 4.1.2.3. -- Распределение оценки врачей и средних медицинских работников линейной бригады по уровню нагрузки

Специалист	**Высокий**		**Оптимальный**		**Средний**		**Низкий**		**Всего**	
	абс	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**
Врач	12	31,6	13	34,2	10	26,3	3	7,9	38	100
Средний медработник	35	54,7	17	26,6	8	12,5	4	6,2	64	100
Всего	47	46,1	30	29,4	18	17,6	7	6,9	102	100

На вопрос, определяющий техническую обеспеченность станции СМП, только в 12,7% случаев респонденты отметили высокий уровень, 51,0% - средний уровень и 36,6% - низкий уровень обеспеченности (таблица 4.1.2.4).

Таблица 4.1.2.4. - Распределение оценки сотрудников службы СМП по технической обеспеченности станции СМП (в % к итогу)

Специалист	Высокая		Средняя		Низкая		Всего	
	ас	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	4	10,5	12	31,6	22	57,9	38	100
Средний медработник	9	14,1	40	62,5	15	23,4	64	100
Итого	**13**	**12,7**	**52**	**51,0**	**37**	**36,3**	**102**	**100**

Уровень обеспеченности медикаментами в 3% случаев оценен, как высокий, в 31,3% - средний и 65,6% - низкий уровень медикаментозного обеспечения (таблица 4.1.2.5).

Таблица 4.1.2.5. - Оценка сотрудников службы скорой медицинской помощи различной стажевой группы по обеспеченности медикаментами (% к итогу)

Стаж работы	Высокая		Средняя		Низкая		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
0-5 лет	1	1,8	20	35,7	35	62,5	56	100
6-10 лет	2	6,5	9	29,0	20	64,5	31	100
11 и более	-	0	3	20,0	12	80,0	15	100

Медицинский персонал, участвовавший в анкетировании качества оказания скорой медицинской помощи, в 13,7% случаев оценивают его, как высокий, в 39,2% - как средний уровень и 47,1% респондентов оценили качество медицинской помощи, как низкое.

Таблица 4.1.2.6. - Распределение мнения сотрудников службы скорой медицинской помощи по оценке качества медицинской помощи на догоспитальном этапе (% к итогу)

Специалист	Высокая		Средняя		Низкая		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	11	28,9	24	63,2	3	7,9	38	100
Средний медработник	3	4,7	16	25,0	45	70,3	64	100
Всего	**14**	**13,7**	**40**	**39,2**	**48**	**47,1**	**102**	**100**

Известно, что качество медицинской помощи напрямую связано с уровнем материально-технической базы (таблица 4.1.2.6).

На вопрос: «Могут ли фельдшерские бригады выполнять функцию линейных врачебных бригад?» 42,1% врачи и 12,5% средние медработники считают это возможным (таблица 4.1.2.7).

Таблица 4.1.2.7. - Распределение мнения сотрудников службы скорой медицинской помощи различной профессии по возможности выполнения вызовов силами фельдшерских бригад (% к итогу)

Специалист	Возможно		Невозможно		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	16	42,1	22	57,9	38	100
Средний медработник	8	12,5	56	87,5	64	100
Всего	**24**	**23,5**	**78**	**76,5**	**102**	**100**

Наиболее важным фактором, влияющим на качество и своевременное оказание помощи, является степень соответствия повода вызова бригад и диагнозу, поставленному выездным врачом. Респонденты только в 29,4% случаев степень соответствия повода вызова к диагнозу оценивают, как высокую, 46,1% оценивают, как среднюю, 7,6%, как низкий уровень, а 6,9% затруднялись в ответе (таблица 4.1.2.8).

Таблица 4.1.2.8. - Распределение оценки специалистов различной стажевой группы степени соответствия повода вызова бригады скорой медицинской помощи и диагноза при осмотре (% к итогу)

Стаж работы	Высокий		Средний		Низкий		Затрудняюсь, ответит		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
0-5 лет	6	10,7	36	64,3	10	17,9	4	7,1	56	100
6-10 лет	15	48,4	7	22,6	6	19,4	3	9,6	31	100
11 и более	9	60,0	4	26,7	2	13,3	-	0	15	100
Всего	**30**	**29,4**	**47**	**46,1**	**18**	**17,6**	**7**	**6,9**	**102**	**100**

Из опрошенных сотрудников оперативность и техническую готовность приемных покоев при доставке пациентов выездными бригадами оценили, как высокий уровень – 10,1%, средний уровень – 32,4% и 56,8% респондентов отметили низкий уровень готовности (таблица 4.1.2.9).

Таблица 4.1.2.9. - Распределение оценки специалистов различной стажевой группы по оперативности и технической готовности приемных отделений госпиталей (% к итогу)

Стаж работы	Высокий		Средний		Низкий		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
0-5 лет	3	5,4	18	32,1	35	62,5	56	100
6-10 лет	8	25,8	14	45,2	9	29,0	31	100
11 и более	-	0	1	6,7	14	93,3	15	100
Всего	**11**	**10,8**	**33**	**32,4**	**58**	**56,8**	**102**	**100**

На вопрос о престиже профессии врача СМП 29,0% врачей-респондентов и 43,8% средних медработников считают профессию врача СМП престижной. Непрестижность профессии 85% респондентов связывают с низкой заработной платой, 5% - неуважением со стороны населения и 10% - неуважением со стороны коллег (таблица 4.1.2.10).

Таблица 4.1.2.10. - Распределение мнения сотрудников службы скорой медицинской помощи о престижности профессии (% к итогу)

Специалист	Престижный		Не престижный		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	11	29,0	27	71,0	38	100
Средний медработник	28	43,8	36	56,2	64	100
Всего	**39**	**38,2**	**63**	**61,8**	**102**	**100**

В стажевой группе врачей более 11 лет 100% считают профессию врача СМП непрестижной. В стажевой группе 6-10 лет - 58,1% и стажевой группе до 5 лет - 37,5% профессию врача СМП считают престижной (таблица 4.1.2.11).

Респонденты основным мотивом, удерживающим сотрудника СМП, в 82% случаев определили важность профессии для общества, а 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% врачей и 57,8% средних медработников отмечают низкую мотивацию к работе в службе СМП.

Таблица 4.1.2.11. - Распределение мнения специалистов различной стажевой группы о престижности профессии (% к итогу)

Стаж работы	Престижная		Не престижная		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
0-5 лет	21	37,5	35	62	56	100
6-10 лет	18	58,1	13	41,9	31	100
11 и более	-	0	15	100	15	100
Всего	39	38,2	63	61,8	102	100

Платные услуги поддерживают 10% респондентов, 32% - за внедрение частичной оплаты и 58% - за бесплатную скорую помощь. Основная масса респондентов (67%) улучшение работы службы СМП связывает с повышением заработной платы, 13% - снижением нагрузки на бригады, 18% - с расширением количества бригад, 26% - с оснащением бригад и 69% - с повышением социальной защиты.

В структуре выполненных вызовов число безрезультативных выездов бригады СМП остается важной проблемой из проблем службы СМП. На вопрос «Как можно уменьшить число безрезультативных вызовов?» получены следующие ответы: 37% респондентов считают необходимым улучшить организацию приёма вызовов, 13% связывают это явление с низким профессиональным уровнем медперсонала, 21% - установкой определителя номеров телефонов. В 13% случаев респонденты считают выходом из ситуации организацию консультаций в диспетчерской, 31% респондентов предлагают улучшить санпросветработу среди населения о правилах вызова СМП. Часть респондентов (15%) требуют введения жестких административно-правовых мер, а 10% считают, что введение платных услуг упорядочит работу службы.

4.1.3. Интеграция работы врачей скорой медицинской помощи, семейных врачей и Госпиталя сестринского ухода г. Душанбе

Развитие семейной медицины в Республике Таджикистан началось с издания приказа Министерства здравоохранения «О поэтапном переходе к

оказанию первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) на период 1998-2000 гг.» от 23.06.1998 г., №236.

Общая врачебная (семейная) практика осуществляется на базе учреждений ПМСП, согласно Постановлению Правительства Республики Таджикистан от 31.12.2002 г., №525 «Об утверждении организационной структуры учреждений первичной медико-санитарной помощи», также этим постановлением станции (отделения) СМП включены в структуру ПМСП.

Объем и виды услуг, штатные нормативы, табель оснащения специалистов семейной медицины регламентированы в приказах Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 29.08.2003 г., №370 «Об утверждении типовых положений о городском центре здоровья, районном центре здоровья, сельском центре здоровья и доме здоровья», «Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины» №584 от 31.10.2005 г.

Профессиональные взаимоотношения между семейным врачом, врачом СМП и другими специалистами зависят от доступности специализированной помощи как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах. Существует четыре способа возможного описания доступа с первичногой к вторичной помощи, включая обращение за СМП:

- вариант исключительного контроля (Дания, Италия, Нидерланды и Соединенное Королевство);
- вариант, при котором доступ к вторичной помощи контролируется первичным звеном, но правом дачи направлений обладает не только семейный врач, но и ряд работников первичной медико-санитарной помощи (например, педиатр, акушер-гинеколог, работающие на коммунально-общинном уровне (Испания);
- в третьей модели контроль является исключительной прерогативой служащих стационаров, занимающихся госпитализацией (Германия);
- в четвертой модели не существует вообще никакого контроля.

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан придерживается модели исключительного контроля семейного врача по вопросам

перенаправления больных из первичного звена в учреждении второго и третьего порядков.

На начальном этапе реализации вышеуказанной модели все еще существует множество проблем, из-за которых пациенты обходят семейного врача и имеют прямой доступ к услугам специалистов. В связи с этим необходимо предоставление различных путей, для того чтобы помочь семейным врачам оставаться в центре отношений с пациентами, в том числе при взаимодействии с врачами СМП. Даже если учесть, что обеспеченность санитарным транспортом составляет не более 30% от потребности, количество обслуживаемых вызовов у диспансерных больных имеет динамику к росту, что показывает низкий уровень взаимодействия с бригадами СМП и развития стационар-замещающих технологий.

Вне зависимости от существующих моделей организации работы семейного врача (семейные врачи, работающие в индивидуальном порядке, групповая врачебная практика), взаимоотношение с врачами СМП остается не-определенным. Только в некоторых развитых странах (Соединенное Королевство) врачи обслуживают пациентов 24 часа, за исключением состояний, угрожающих жизни пациента, в остальных случаях к больному сначала приходит семейный врач и он принимает решение о вызове скорой помощи.

Теоретически, семейные врачи должны обслуживать пациентов 24 часа. На практике многие из них сейчас передают эту обязанность «замещающим службам», работающим в ночные часы или выходные дни, включая службу скорой медицинской помощи, хотя во многих случаях, даже при критических ситуациях, пациенты обращаются сначала к семейному врачу.

Автор диссертации предлагает нижеследующие модели взаимодействия врача СМП с семейным врачом:

- модель оказания экстренной первичной медицинской помощи без участия семейного врача;

- модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача;
- модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных);
- смешенная модель – действия по ситуации.

Нами была изучена структура заболеваний из категории заболеваний диспансерного наблюдения за период 2002-2017 гг., которые являются потенциальными потребителями услуг скорой медицинской помощи и являются индикаторами оценки качества оказываемых услуг.

К этим индикаторам относятся тиреотоксикоз, удельный вес которого за период наблюдений составляет 0,4-0,1%, эпилепсия - 2,0-1,6%, гипертоническая болезнь 24,6-36,6%, из них впервые выявленные составляют от 5% до 22,0% от общего количества всех диспансерных больных. Удельный вес ИБС за период наблюдения составляет 29,8 -15,4%.

Вышеуказанный контингент создает поле деятельности для интеграции работы врача СМП и семейного врача, чтобы разгрузить службу СМП.

Количество обслуженных вызовов бригадами СМП из числа диспансерных больных на 1000 населения в 2002 году составлял 21,8 против 25,6 в 2017 году.

Формально действующий приказ Министерства здравоохранения СССР №1278 от 16.12.1987 г. (приложение 1 - положение о стационаре дневного пребывания в больницах и дневного стационара в поликлиниках; приложение 2 – о стационаре на дому в амбулаторно – поликлинических учреждениях) финансово не подкреплен. Функционирующие дневные стационары практически существуют на общественных началах, без штатных единиц. По сравнению с 2002 годом, когда количество коек составляло 105, в 2017 году их число достигло 117 ед., или же увеличилось на 10,0% (таблица 4.1.3.1).

Проведенный нами расчет обеспеченности населения г. Душанбе дневными койками показал, что в динамике за период наблюдения обеспеченность с 0,02 в 2002 г. уменьшилось до 0,01 коек на 10000 населения.

Оборот коек в динамике остался на уровне 28,2 на фоне роста диспансерных больных в 1,7 раз.

Таблица 4.1.3.1. - Коечный фонд дневных стационаров при городских центрах здоровья г. Душанбе за период 2002 - 2017 гг.

Показатель/год	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Количество коек	105	136	156	136	105	76	104	117
Пролеченные случаи	2935	2968	4272	2872	2181	5331	4616	3292
Обеспеченность на 10000 населения	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
Оборот коек	28,0	21,8	27,4	21,1	20,8	70,1	44,4	28,1

Известно, что улучшением преемственности работы службы СМП и учреждений ПМСП можно достичь снижения нагрузки на бригады СМП. В этих целях нами проведен социологический опрос респондентов (специалистов) для определения степени интеграции работы врача СМП и семейного врача по специально составленной анкете.

Анкетирование было проведено среди 104 врачей СМП и 102 семейных врачей (всего 206 человек), из них со стажем работы до 5 лет составили – 28,6%, 6-10 лет – 45,6%, 11 лет и более – 25,7% (таблица 4.1.3.2).

Таблица 4.1.3.2. - Распределение врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей по стажу работы (% к итогу)

Специалист	0-5 лет		6-10 лет		11 и более		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач СМП	36	34,6	43	41,3	25	24,0	104	100
Семейный врач	23	22,5	51	50,0	28	27,4	102	100
Всего	**59**	**28,6**	**94**	**45,6**	**53**	**25,7**	**206**	**100**

Как семейные врачи, так и врачи СМП в 8,8 - 14,4% случаев отмечают высокий и средний уровни, а в 85,6 - 91,2% - низкий уровень интеграции (таблица 4.1.3.3).

Таблица 4.1.3.3. – Распределения уровня оценки интеграционной работы врача скорой медицинской помощи и семейного врача

Специалист	Высокая		Средняя		Низкая		Всего	
	абс	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**
Врач СМП	0	0	15	14,4	89	85,6	104	100
Семейный врач	0	0	9	8,8	93	91,2	102	100
Всего	**0**	**0**	**24**	**11,6**	**182**	**88,4**	**206**	**100**

На вопрос: «В чем заключается сущность интеграции работы врача СМП и семейного врача?» - 83,6% врачей СМП и 52,9% семейных врача отметили обмен информацией, 6,7% и 3,9%, соответственно, считают, что это совместное обслуживание больных, 9,6 и 43,1%, соответственно, затруднились ответить на поставленный вопрос (таблица 4.1.3.4).

Таблица 4.1.3.4. – Распределение мнений специалистов о содержании интеграционной работы врача скорой медицинской помощи и семейного врача

Специалист	Обмен информацией		Совместное обслуживание больных		Затрудняюсь ответить		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач СМП	87	83,6	7	6,7	10	9,6	104	100
Семейный врач	54	52,9	4	3,9	44	43,1	102	100
Всего	**141**	**68,4**	**11**	**5,3**	**54**	**26,2**	**206**	**100**

На вопрос: «Какой фактор является препятствием для развития интеграционных работ?» - 7,7% врачей СМП и 11,7% семейных врачей связывают его с фрагментацией здравоохранения, 51,9% и 38,2% респондентов, соответственно, отметили низкий уровень диспансеризации больных - потенциальных потребителей услуг СМП, невысокий уровень организации службы СМП отметили 21,1% и 31,3% соответственно, 19,2% респондентов затруднились ответить (таблица 4.1.3.5).

На вопрос: «Какие факторы могут улучшить интеграцию работы врача СМП и семейного врача?» - 36,5% врачей СМП и 11,7% семейных врачей предложили организацию «круглосуточного дежурства» семейных врачей, 40,3% и 46,1%, соответственно, считают диспансеризацию основным фактором, улучшающим интеграцию.

Таблица 4.1.3.5. – Распределение мнений специалистов о причинах, препятствующих интеграционной работе врача скорой медицинской помощи и семейного врача

Специалист	Фрагментация здравоохранения		Низкий уровень диспансеризации		Уровень организации СМП		Затрудняюсь ответить		Всего	
	абс	%	абс	%	ас	%	абс	%	абс	%
Врач СМП	8	7,7	54	51,9	22	21,1	20	19,2	104	100
Семейный врач	12	11,7	39	38,2	32	31,3	19	18,6	102	100
Всего	**20**	**9,7**	**93**	**45,1**	**54**	**26,2**	**39**	**18,9**	**206**	**100**

В 11,5% и 20,6% случаев соответственно респонденты являются сторонниками расширения дневных стационаров, 7,7% и 11,7%, соответственно, поддерживают развитие информационных технологий, 3,8% и 9,8% соответственно затруднились ответить (таблица 4.1.3.6).

Таким образом, в вопросах интеграции работы врачей СМП и семейных врачей нет единого подхода и четко разработанного плана действий, кардинально меняющего ситуацию.

Впервые в Республике Таджикистан в рамках реализации проводимых реформ в секторе здравоохранения, в частности развития сестринского дела, в г. Душанбе на основании приказа Управления здравоохранения г. Душанбе №5-5 от 01.02.1998 г. был открыт Госпиталь сестринского ухода на 80 коек (из них 20 детских).

Таблица 4.1.3.6. – Распределение мнения специалистов о факторах, улучшающих интеграционную работу врача скорой медицинской помощи и семейного врача

Специалист	**Круглосуточное дежурство семейных врачей**		**Улучшение диспансеризация больных**		**Расширение дневных стационаров**		**Затрудняюсь ответить**		**Улучшение информационной технологии**	
	абс	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**	**абс**	**%**
Врач СМП	38	36,5	42	40,3	12	11,5	4	3,8	8	7,7
Семейные врачи	12	11,7	47	46,1	21	20,6	10	9,8	12	11,7
Всего	**50**	**24,3**	**89**	**43,2**	**33**	**16,0**	**14**	**6,8**	**20**	**19,6**

Госпиталь предназначен для социально-уязвимых слоев населения с социально значимыми заболеваниями, а также продолжительными хроническими заболеваниями, в том числе неизлечимыми болезнями (кроме больных с неизлечимыми формами туберкулеза).

Анализ поступивших больных в 2016 году показал, что из 1506 больных 639 (42,4%) были госпитализированы по направлениям Городских центров здоровья (ГЦЗ), остальные 254 больных (16,8%) были направлены лечебно-профилактическими учреждениями стационарного типа и 595 пациентов (39,5%) поступили самообращением. Врачами СМП были доставлены 15 больных (1,2%) без определенного места жительства. В практике для обслуживания одного пациента вышеуказанной категории бригады СМП тратят от 2 до 8 часов (в основном в приемных покоях).

В структуре госпитализированных больных удельный вес хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата составил 41,6%, с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистых - 15,4%, хронические заболевания органов дыхания - 5,6%, заболевания нервной системы - 7,9%, онкологическая патология - 3,9%, заболевания мочеполовой системы - 5,7%, эндокринная патология - 3,9%, другие хронические заболевания - 16,0%.

Обращаемость больных данной категории в скорую помощь остается высокой как в часы работы центров здоровья, так и в ночное время. Например, из всех пациентов, вызвавших бригаду СМП по поводу гипертонической болезни, до 22,0% являются впервые выявленными пациентами.

В структуре направленных городскими центрами здоровья (ГЦЗ) 232 больных, или 36,3%, были направлены семейными врачами ГЦЗ №1, 156 (24,4%) врачами ГЦЗ №12, 47 больных (7,3%) - врачами ГЦЗ №4, направленные семейными врачами остальных центров здоровья составляют от 0,6% до 5,6%.

Различия в процентах, с одной стороны связано с расположением центров здоровья (ГЦЗ № 1, 4, 12 расположены в районе Фирдавси, где дислоцирован Госпиталь сестринского ухода), с другой стороны не все семейные врачи (по различным причинам) воспользовались возможностями Госпиталя сестринского ухода, вследствие увеличивая нагрузку на бригад СМП.

По данным администрации госпиталя, при поддержке международных партнеров с 2010 года для больных с неизлечимыми онкологическими

заболеваниями, проживающих в районе Фирдавси, была организована патронажная служба для организации паллиативной помощи на дому. Тем самым. За период 2010 – 2015 гг. паллиативная помощь была оказана 409 пациентам на дому, уменьшив нагрузку на бригады СМП. Часто эти пациенты по нескольку раз в день вызывали бригады СМП для обезболивания.

Динамика количества госпитализированных пациентов показывает, что потребность в этом, всего 49 больных, то в 2006 г. - 737, в 2010 г. - 1300, а в 2016 г. - 1506 больных. Практически каждые 5 лет количество госпитализированных возрастало в 4 раза.

С учетом ограниченности коечного фонда госпиталя (выполнение коечного фонда в 2016 году составляет 104%) и роста количества хронических заболеваний, а также онкологических больных в перспективе имеется потребность в расширении коечного фонда.

Таким образом, рациональное использование возможностей Госпиталя сестринского ухода центрами здоровья, а также расширение коечного фонда для госпитализации социально незащищенных слоев населения, которые нуждаются в медико-социальном уходе, уменьшит нагрузку на службу СМП.

4.2. Некоторые вопросы реорганизации службы скорой медицинской помощи

Служба скорой медицинской помощи Республики Таджикистан функционирует по принципам, унаследованным от бывшего Советского Союза, и в последние годы в реорганизации и совершенствовании не произошло существенных изменений.

Проведенный нами анализ состояния службы скорой помощи республики позволил выявить некоторые тенденции и недостатки в организации службы СМП:

- несовершенная, имеющая множество противоречий, нормативно–правовая база, не способствующая социальной поддержке сотрудников, защите прав, их достоинства и развитию службы СМП в целом;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 г. «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан» о поэтапной реорганизации станций (отделений) скорой и неотложной скорой медицинской помощи, путем организации станции (отделении) скорой медицинской помощи» остался нереализованным;
- существующая стратегия финансирования основана только на моноканальном бюджетном обеспечении, где альтернативные источники и их механизмы реализации не рассматриваются;
- выражен финансовый дефицит и региональная диспропорция в их распределении, включая неэффективную систему тарификации оплаты труда работников СМП;
- отсутствие национального уровня управления, единого методического центра и мониторинга качества услуг;
- отсутствие внутриотраслевой координации деятельности экстренных служб, приводящей к необоснованной нагрузке на службу СМП и выполнению ею несвойственных им функций;
- недостаточная преемственность между врачами СМП и семейными врачами;
- заметная фрагментация здравоохранения, как на уровне смежных структур учреждений ПМСП, так и внутри отрасли;
- протоколы и стандарты оказания скорой медицинской помощи составлены без учета госпитального этапа скорой медицинской помощи, а также доказательной медицины;
- в плане подготовки и переподготовки кадров - отсутствие кафедр скорой медицинской помощи (для студентов, курсантов и слушателей), магистратуры, интернатуры и аспирантуры по специальности «врач скорой медицинской помощи»;

- низкая заработная плата не привлекает опытных специалистов, идет тенденция омолаживания кадрового потенциала, влияющая на престиж службы СМП;
- сложное социально–экономическое неравенство в регионах, особенно сельской местности, приведшей к кадровой диспропорции в пользу крупных городов и областных центров;
- слабая материально–техническая база, изношенность автопарка и существующих приспособленных помещений, морально и физически устаревшее медицинские оборудования образца прошлого столетия, заметный дефицит лекарственного обеспечения и, как следствие, неудовлетворенность населения услугами СМП;
- внедрение инновационных технологий в службе СМП не получило финансовой поддержки и политической настойчивости со стороны регионарных и центральных органов управления здравоохранения;
- неэффективное функционирование станции (отделения) СМП в составе объединенных больниц и ЦРБ.

В республике функционируют: объединенная больница ГКБ СМП на 174 коек со станцией СМП, ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» на 650 коек с центром экстренной медицинской помощи в г. Душанбе и Центр экстренной медицинской помощи в г. Куляб - на 20 коек.

В структуре ГКБ СМП развернут приемный покой в полуподвальном приспособленном помещении, имеющий в составе реанимационный зал, рассчитанный на одну реанимационную койку, и операционный блок для сочетанных травм на 1 операционный стол. Реанимационный зал оснащен необходимым медоборудованием для оказания неотложной помощи. В приемном покое предусмотрено 24,5 ставок, из них 3,5 врачебных, 10,5 среднего медперсонала, 10,5 младшего персонала. Врачебная специализированная помощь оказывается в круглосуточном режиме за счет дежурных врачей (хирургов анестезиолога - реаниматолога и урологов). Другие специалисты (нейрохирург, травматолог, акушер-гинеколог, сосудистый хирург

в штатном расписании не предусмотрены, и при необходимости больные и пострадавшие транспортируются в профильные учреждения или в случае их нетранспортабельности специалисты соответствующего профиля вызываются по линии санитарной авиации (часто время ожидания специалистов составляет от 30 минут до 1 часа и более), что создает определенные сложности (угроза жизни) для пациентов.

В стационарной части ГКБ СМП развернуто 12 внештатных реанимационных коек, где предусмотрено 23,5 врачебных ставок, из них 4,5 больничных ординаторов, остальные - дежурные экстренной службы. В целом, по больнице в сутки дежурят 12 врачей, из них 6 хирургов (на 3 операционных столах) 2 врача уролога (на 1 операционный стол) и 4 анестезиолога - реаниматолога. Если в 1998 году было проведено 1639 операций (нагрузка 4,5 операций в сутки), то в 2013 году количество операций составило 4874 (13,2 операции в сутки, увеличение в 2,9 раза). В 2016 году в приемный покой обратились 11674 больных и пострадавших, из которых 4682 (40,1%) были госпитализированы (при этом оперативное лечение - 3417, консервативное лечение - 1265), 6992 (59,8%) больных получили неотложную догоспитальную медицинскую помощь. При такой интенсивности врачебной нагрузки страдает качество лечения экстренных больных как стационарных, так и поступивших по экстренным показаниям.

Обращения в приемный покой имеют тенденцию к росту, что приводит к увеличению нагрузки на медперсонал и, как следствие к ухудшению качества медобслуживания. Динамика поступивших пациентов в состоянии клинической смерти и результативность проводимых реанимационных мероприятий за последние 10 лет показывают недостаточный уровень организации службы догоспитальной помощи в приемном покое стационара (15-30%).

Станция скорой медицинской помощи ГКБ СМП обслуживает 157 448 населения района Шохмансур и 143 876 населения района Сомони (всего 296 324). В целом, по городу Душанбе обеспеченность санитарным транспортом составляет 0,28 единиц. В структуре станций ГКБ СМП имеется центральная

специализированная подстанция (средний выход санитарного транспорта не более 14 единиц в сутки). Подстанция СМП №1 (по улице им. Рахима Карима 165, района Фирдавси), подстанция №3 (по улице С. Аюби 91, района Сино) из-за нехватки санитарного транспорта работают в амбулаторном режиме.

Динамика оперативности диспетчерской службы станции СМП при ГКБ СМП имеет тенденцию к ухудшению. Также отмечается ухудшение преемственности работы СМП с городскими центрами здоровья. Количество вызовов в часы работы (с 8-00 до 16-00 часов) амбулаторно-поликлинической сети с 19,9% в 2009 г. выросло до 23,1 % в 2016 г.

В ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» имеется 650 коек (450 детских), где развернуто 4 приемных покоя, в которых в соответствии с действующими нормативами не предусмотрены отделения для оказания неотложной догоспитальной помощи. В структуру комплекса входит центр здоровья на 800 посещений в одну смену, также не предусмотрены койки для оказания неотложной догоспитальной помощи. Как уже было указано, в структуре медицинского комплекса функционирует центр экстренной медицинской помощи, который обслуживает 313 815 населения района Сино и 201 630 населения района Фирдавси (всего 515 445). Из существующих 15 санитарных машин, в среднем, на линию выходит 9 единиц санитарной техники, что составляет 0,17 на 10 000 населения при норме 1,0. При этом в структуре выездных бригад не предусмотрены специализированные бригады. Специализированные бригады СМП, имеющиеся в структуре станции СМП при ГКБ СМП, закреплены к населению районов Шохмансур и Сомони, что практически создает дискоординацию управления службой СМП. Эту ситуацию усугубляет разделённым по принципу районирования городская телефонная связь «03» и мобильные операторы.

Существующая сложность администрирования и дискоординация в системе управления СМП, включая систему связи, недостаточный уровень догоспитальной медицинской помощи в стационарах требует принятия организационно-структурных решений.

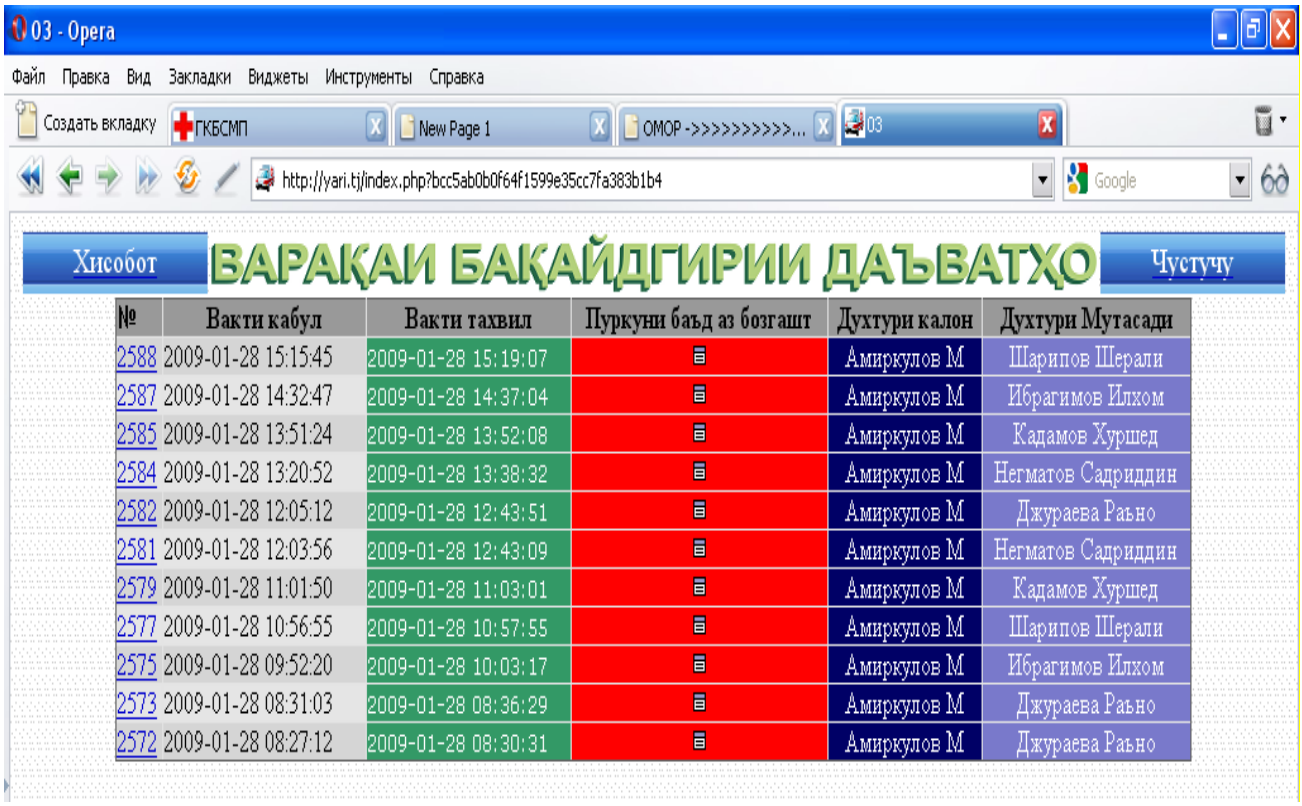
Таким образом, функционирование станции скорой медицинской помощи в составе больниц создает сложности в администрировании службы СМП, как следствие, ухудшается оперативность и преемственность службы с другими медицинскими и немедицинскими учреждениями, при этом повышается нагрузка на службу СМП.

Внедрение АСУ и телекоммуникации позволит улучшить систему администрирования, автоматическую обработку информации, повысит оперативность, что создаст условия для коррекции имеющихся организационных и лечебно-диагностических неполадок, включая ресурс-обеспечение, повысит доступность населения к экстренной первичной помощи на 50%, позволит сэкономить как человеческие, так и материальные ресурсы.

В 2007 г. на станции скорой медицинской помощи г. Душанбе в порядке эксперимента внедрена автоматизированная система управления. На первом этапе решением коллегии Управления здравоохранения Хукумата города Душанбе №14/1 от 17.12.2005 г. за счет внутренних резервов были внедрены ниже следующие штатные должности: заместитель главного врача по АСУ - 1,0, главный инженер - 1,0, инженер- программист - 2,0, оператор АСУ - 4,0, инженер-связист - 1,0. Неотъемлемой частью проекта является процесс обучения пользователей, от которого во многом зависит успешность внедрения системы, экономическая эффективность и её эксплуатация.

В деятельность службы станции скорой медицинской помощи г. Душанбе частично внедрены следующие программно-технические решения: информационные системы, автоматизирующие работу станции скорой медицинской помощи; информационные системы, автоматизирующие работу стационара; навигационные системы, используемые диспетчеризации вызовов.

АСУ позволила увеличить доступность населения к получению экстренной медицинской помощи на 36,8% и объем выполненных вызовов на 30,5%. При этом число вызовов, выполненных с опозданием, в разные годы уменьшилось от 32,1% до 43.2% (рисунок 4.2.1).



№	Вакти кабул	Вакти тахвил	Пуркуни 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 4.2.1 - Электроный лист регистрации вызовов (2012 г.)

Данная система позволила в некоторой степени улучшить преемственность с центрами здоровья и приемными покоями стационарных учреждений за счет повышения уровня информативности.

Программное обеспечение АСУ позволило следить за динамикой вызовов с хроническими заболеваниями, а также впервые выявленных больных, инфекционных заболеваний и повторных вызовов. АСУ систематизировала в некоторой степени работу специализированных бригад, увеличивая их профильность, тем самим увеличила объем вызовов при угрожающих для жизни состояний на 17,5%.

Ещё в 2004 году была принята «Государственная программа развития информационно-коммуникационной технологии», утвержденная Постановлением Правительства Республики Таджикистан №468 от 3 декабря 2004 г. Также вопросы развития информационно-коммуникационной технологии отражены в концепции реформирования здравоохранения Республики Таджикистан, утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан «Об концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан» №94 от 4 марта 2002 года. Анализ

существующей нормативной документации касательно вопросов информационно-коммуникационных технологий показал, что отраслевые и другие методические документы, регламентирующие использование и финансирование информационной технологии, отсутствуют.

В целях повышения эффективности АСУ и интеграции информационно-коммуникационных систем, впервые в Республике Таджикистан в порядке эксперимента на 8 санитарных машинах центральной подстанции ГКБ СМП была установлена бортовая аппаратура спутниковой системы навигации (ССН - GPS).

Интеграция ССН с автоматизированной системой станции скорой медицинской помощи позволила диспетчерам контролировать местоположение, направление движения каждой машины скорой помощи. Внедрение системы географического позицирования 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 4.2.2, 4.2.3).

Рисунок 4.2.2. Спутниковая система навигации (GPS), смонтированная в кабине санитарного транспорта

Анализ годовых отчетов администрации ГКБ СМП показал, что время доезда выездных бригад СМП к месту вызова после внедрения АСУ снизилось с 19,0 до 11,7 минут (36,8%), или в 1,7 раз. Жалобы граждан на опоздание бригад СМП уменьшились на 10%, экономия горюче-смазочного материала составила в среднем 19,2%.

Данная система предполагает в последующем увеличение срока эксплуатации санитарного транспорта на 10%. В конечном итоге уменьшается летальность и инвалидность населения.

В рамках реализации «Стратегии Республики Таджикистан по информационно-коммуникационным технологиям», «Программы развития информационной системы управления здравоохранением Республики Таджикистан на 2006-2010 годы» Министерством здравоохранения и социальной

Рисунок 4.2.3. - Электронная карта г. Душанбе

защиты населения Республики Таджикистан предприняты определенные шаги. Кроме того, разработан проект закона «О телемедицинских услугах». Целью предлагаемого закона является обеспечение правовых условий для оказания высококачественных услуг в области медицины всему населению республики, в первую очередь средствами информационно–коммуникационных технологий; защиты прав и законных интересов граждан и юридических лиц, участвующих в процессе оказания телемедицинских услуг. К сожалению, в вышеуказанных проектах не учтена потребность службы СМП в этих услугах, и только в г. Душанбе она была частична реализованна.

Республика Таджикистан со сложным горным рельефом местности, неравномерной плотностью проживания населения и распределения квалифицированных медицинских кадров крайне нуждается в использовании телемедицинских технологий, в том числе на догоспитальном этапе.

Внедрение телемедицины в перспективе позволит приблизить высококвалифицированную медицинскую помощь к месту жительства пациентов, обеспечить их качественное обслуживание с меньшими финансовыми и людскими затратами. В перспективе в ГКБ СМП необходимо запланировать внедрение транстелефонной передачи ЭКГ и других видов телемедицинских услуг. К перспективным направлениям относится телемедицина ургентных состояний, чрезвычайных ситуаций и катастроф (ургентная телемедицина). К данному направлению относится внедрение телемедицины в практику оказания неотложной медицинской помощи и обеспечение выживания в экстремальных условиях, а также применение телемедицинских технологий при ликвидации последствий техногенных, природных катастроф и оказании помощи жертвам боевых действий и террористических актов.

Таким образом, современные информационные технологии, уровень развития средства связи позволяют реализовать на практике новые алгоритмы работы службы скорой медицинской помощи, значительно улучшить основные показатели деятельности, такие как оперативность, качество и уровень оказания медицинской помощи. Информатизация деятельности службы скорой медицинской помощи (станций и отделений СМП) – это прозрачность и управляемость деятельности службы, следовательно, более рациональное и целенаправленное использование материальных и человеческих ресурсов.

В целях изучения вопроса разделения службы скорой медицинской помощи на скорую и неотложную медицинскую помощь, отраженного в приказе Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 г. «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан», нами изучено соотношение вызовов на квартиру и вне- квартирных вызовов за период 2002-2017 гг. (таблица 4.2.1).

Таблица 4.2.1. - Количество вызовов на несчастные случаи и внезапные заболевания на квартиры и вне квартиры в 2002 - 2017 гг.

	Внезапные заболевания		Несчастные случаи	
Год	**на квартиру**	**вне квартиры**	**на квартиру**	**вне квартиры**
2002	90,2	9,8	86,2	13,8
2007	91,4	8,6	91,3	8,7
2012	89,6	10,4	90,2	9,8
2013	91,5	8,5	88,3	11,7
2014	87,8	12,2	88,5	11,5
2015	89,9	10,1	84,5	15,5
2016	86,4	13,6	85,7	14,3
2017	85,3	14,7	86,3	13,7

Выявлено, что доля вызовов на квартиру как при внезапных заболеваниях. так и при несчастных случаях больше, чем внеквартирных вызовов. За период 2002 – 2017 гг. доля вызовов на квартиру при внезапных заболеваниях снизилась с 90,2% до 85,3%, а удельный вес вызовов вне квартиры при внезапных заболеваниях с 9,8% увеличилась до - 14,7%, соответственно.

Удельный вес вызовов на квартиру при несчетных случаях сохраняется на уровне 86,2 – 86,3%, доля вне квартирных вызовов сохранилась на уровне 13,8 – 13,7%.

Для сравнения: в г. Санкт-Петербурге, где служба СМП разделена на скорую и неотложную медицинскую помощь, доля вызовов бригад Городской станции скорой медицинской помощи на квартиру по причине внезапного заболевания больше доли вызовов по поводу внезапного заболевания вне квартиры - 46% и 54% соответственно. Аналогичное соотношение сохраняется и для вызовов по поводу несчастных случаев 52 – 48% соответственно.

Исходя из вышеизложенного, было бы целесообразным службу скорой медицинской помощи г. Душанбе разделить на скорую и неотложную ,едицинскую помощь, в основе которой заложен по принцип оценки состояниye угрожающего жизни пациента, с доступностью СМП в течение 15 минут.

Разделенная служба скорой медицинской помощи (с организацией самостоятельного учреждения скорой медицинской помощи), с плотностью проживания населения более 10 000 человек на 1 кв. км:

- внеквартирных вызовов (экстренных) составляют более 40% от общего количества всех вызовов;
- функция неотложной помощи передается центрам здоровья;
- при центрах здоровья организуются пункты медицинской помощи на дому, стационар-замещающие технологии: дневные стационары, стационары на дому, внедрение малоинвазивной технологии, расширение амбулаторной хирургии;
- организации госпитального этапа скорой медицинской помощи;
- амбулатории семейных врачей организуются в густонаселенных местах и на первых этажах высотных жилых зданий (с организацией круглосуточного режима дежурства семейных врачей).

Повседневная практика в деятельности учреждений, оказывающих экстренную помощь, показывает, что не ведется официальная статистика оказания первой помощи, первой медицинской помощи, оказываемых в приемных покоях и лечебных отделениях стационаров.

В современных социально–экономических условиях в вопросах организации медицинской помощи населению в экономически развитых и развивающихся странах имеется тенденция коммерцализации здравоохранения, в том числе в службе скорой медицинской помощи.

В странах бывшего СССР, где был развит государственный сектор здравоохранения, внедрение новшества в службе СМП, где традиционно пациентов обслуживают врачи или, как минимум фельдшера, сопряженно с множеством отрицательных факторов. Речь идет о внедрении парамецинских бригад в службе СМП Республики Таджикистан. Надо ожидать, что, прежде всего, противниками парамедиков станут врачи СМП в силу обеспокоенности потерь рабочих мест, далее, по причине недоверия к парамедикам врачей других профессий, пациентов с хроническими заболеваниями и населения в целом. Не исключается сопротивление организаторов здравоохранения и госчиновников, воспитанных в духе советских времён. Однако опыт развитых стран показывает, что поэтапно экономический диктат станет выше, чем мораль и предрассудки прошлого.

В связи с этим нами изучены социально–экономические предпосылки внедрения парамедицинских бригад в службу СМП Республики Таджикистан:

- общепризнанно, что служба СМП остается самым ресурсоемким сектором здравоохранения;
- существующая тенденция максимальной медицинской помощи на догоспитальном этапе требует бесконечного ресурс-обеспечения (в нарушение существующих действующих нормативов, в некоторых городах и областных центрах работают специализированные бригады, эффективность которых не превышает 10-15%);
- на фоне существующей тенденции к максимизации медицинской помощи населению имеет место значительные региональные кадровые и финансовые диспропорции (или же по факту служба СМП отсутствует, как таковая);
- в силу географических особенностей, демографических условий, а также по причине нехватки кадров доступность населения к получению скорой медицинской помощи ограничена, особенно в отдаленных труднодоступных местах;
- отсутствие целевых образовательных программ, подготовки и переподготовки специалистов службы СМП привело к слабой профессиональной подготовке, в результате имеют место одинаковые показатели уровня оказания помощи врачебными и фельдшерскими бригадами. Например, удельный вес случаев с летальным исходом в присутствие бригад СМП в г. Душанбе и в Хороге, где в основном работают врачебные бригады, за период наблюдений составляет 0,7- 5,5% соответственно. Напротив, в Варзобском районе, где работают только фельдшерские бригады, летальность не превышает 0,3%;
- низкая оплата труда врачей СМП породила проблему нелегальной оплаты за медицинское обслуживание;
- результаты социологического опроса врачей СМП свидетельствуют о непрестижности профессии врача СМП и отсутствии мотивации к работе;
- обеспеченность станции (отделения) СМП врачебными кадрами не превышает – 0,42 (при оптимальной цифре – 1,9), фельдшерами – 1,39 (при оптимальной цифре не менее 4,0 на 10 000 населения);

- в противоречии постановлению Правительства Республики Таджикистан от 2002 г., №525 отделения СМП в районных центрах остаются в составе ЦРБ, как маловажное и вторичное звено здравоохранения, финансируемое по остаточному принципу, где в некоторых регионах совместительство врачей достигает 1,5 и более ставок (при оптимальной цифре – 1,4);
- в течение последнего десятилетия в организации службы СМП не произошло особых изменений, совершенствование службы СМП всегда было сопряженно с высокими экономическими затратами;
- законодательно – правовая база службы СМП, в основном была направлена на укрепление материально-технической базы службы и защиту потребителя медицинских услуг, социальный статус сотрудников СМП находился на втором плане.

Нами при определении стоимости подготовки и переподготовки специалистов СМП, включая парамедиков, за основу взят прейскурант цен используемых в Государственном образовательном учреждении «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», Государственном образовательном учреждении «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и Государственном учреждении «Республиканский медицинский колледж», утвержденных Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Министерством образования Республики Таджикистан и Антимонопольной службой при Правительстве Республики Таджикистан. Из-за отсутствия в вышеуказанных документах специальности «врач скорой медицинской помощи» при расчетах использованы цены, предусмотренные для обучения студентов и курсантов общемедицинского направления (лечебный факультет), для обучения средних медработников были учтены цены, предусмотренные для подготовки медицинских сестер общего профиля (лечебное дело) (таблица 4.2.2).

Наши расчеты показали, что при переходе службы СМП на парамедицинские бригады затраты на подготовку парамедика, по сравнению с подготовкой линейного врача СМП, обходится дешевле в 29,5 раз, врача спецбригад - в 30,6 раз, среднего

персонала линейных бригад - в 1,5 раза и подготовку среднего персонала спецбригад - в 1,6 раза. Если учесть, что врач или средний медицинский работник каждые 5 лет должны проходить УСО, то эти затраты при среднем стаже работы сотрудника СМП в 20 лет вырастут примерно до 1%. Нами взяты в расчет только первые 5 лет стажа работы.

Географический рельеф Республики Таджикистан имеет свои особенности. Горные массивы занимают 93% её территории, в основном расположенные на территории ГБАО, которая составляет 44,5% территории республики, или 62,9 тыс. км^2.

Население в основном проживает в долинах и у водных источников. Это обуславливает большую неравномерность в размещении населения по территории республики.

Одним из важных факторов, влияющих на доступность населения к скорой медицинской помощи является плотность проживания населения на 1 км^2, который в разных регионах республики имеет значительное колебание.

Согласно данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан (2017), самый высокий уровень плотности проживания населения на 1 км^2 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 км^2 или вырос в 1,4 раза.

Во всех районах ГБАО за период 2002 - 2017 гг. отмечается низкая плотность проживания населения: в г. Хороге от 3,3 до 3,5; в районах Ванч с 6,7 до 7,6; Дарвоз 9,0 - 8,3; Ишкашим 7,4 – 8,7; Рошткала 5,8 – 6,2, Рушан и Шугнан 4,2 – 4,3 и 8,0 – 8,1, соответственно. Очень низкая плотность проживания населения зарегистрирована в Мургабском районе, за период наблюдения составляет 0,4 человека на 1 км^2.

В некоторых районах республиканского подчинения, в частности в гг. Турсунзаде и Гиссар, за период 2002 – 2017 гг. плотность проживания относительно высокая и составляет 170,8 – 238,5 и 213,1 – 293,9 соответственно. Относительно невысокий уровень плотности проживания имеет место в районах Рудаки 158,7 – 272,50, Файзобод 80,4 – 109,7, Шахринав 85,2 – 117,5.

Таблица 4.2.2. - Сравнительные данные стоимости подготовки и переподготовки специалистов скорой медицинской помощи, включая парамедиков (техников по оказанию скорой медицинской помощи)

Наименование специалистов	Стоимость 1 года обучения базового образования	Стоимость обучения последипломного периода образования				Стоимость за весь период подготовки и переподготовки	
		Интернатура	Магистратура	Первичная специализация	Прохождение УСО	Специалист выездной линейной бригады	Специалист выездной специализированной бригады
Врач (леч.факультет)	**25460 сомони**	**9710 с.**	**20417 сом**	**295 сом**	**295 сомони****		
Продолжительность обучения	5 лет 127300 сом	-	2 года 40834 сом.	-	295 сомони**	168429 сомони	168429 сомони
Продолжительность обучения	6 лет 152760 сомони	1 год 9710 сомони		3 месяца 885 сомони	295 сомони**	162765 сомони	162850 сомони
Средний медработник	**2750 сомони**			**170 сом.**			
Продолжительность обучения	3 года 8250 сомони			2 месяца 340 сомони	1 месяц 170 сомони	8420 сомони	8760 сомони
Парамедик: ***							
Базовый уровень	230 сомони						
Продолжительность обучения	230 сомони	1 месяц – теория. Работают в составе спасательных групп КЧС, ГАИ, пожарных команд				230 сомони	
Промежуточный	230 сомони						
Продолжительность обучения	1380 сомони	6 месяцев (5 месяцев - теория и 1 месяц практика), в составе экипажа бригад СМП промежуточного уровня				1380 сомони уровень	
Продвинутый уровень	2750 сомони						
Продолжительность обучения	2 года (1 год теория, 1 год практика) 5500 сомони	**Затраты на обучения по сравнению с подготовкой и переподготовкой** дешевле для линейного врача СМП в 29,5 раз; -врача спецбригад в 30,6 раз; среднего персонала линейных бригад в 1,5 раза				5500 сомони работают в составе экипажа СМП продвинутого уровня	

В районах Варзоб, Нуробод, Таджикобод этот показатель за период наблюдений варьирует с 32,5 до 87,0. Относительно низкий показатель зафиксирован в районах Лахш, Рашт, где плотность проживания не превышает 26,6. Во всех вышеназванных районах показатель плотности проживания населения в динамике имеет достаточно интенсивный рост. Сангворский район имеет низкую плотность проживания населения: если в 2002 году этот показатель составлял 2,4, то в 2017 году вырос до 3,7 человек на 1 км^2.

В Согдийской области плотность проживания в районах Дж.Расулова, Истаравшан, Исфара, Конибодом и Спитамен относительно высокая с положительной динамикой, что составляют 339,7 - 447,7, 273,9 - 375,0 , 257,6 – 331,4, 255,3 – 342,0, 206,5 - 256,9, соответственно.

Относительно средний показатель плотности проживания населения сохраняется в районах Зафаробод - на уровне 102,2 - 181,0, Б. Гафурова 100,0 – 136,1, Мастча 89,4 – 122,6, Деваштич 75,0 – 103,6, Пенджекент и Ашт 41,2 - 785.

По области самый низкий показатель плотности проживания населения имеет место в районах Айни 12,0 - 15,6 и Кухистони Мастчох, не превышает 6,5 чел. на 1 км^2. В среднем, по Согдийской области этот показатель варьирует с 77,3 в 2002 году до 103,5 к концу 2017 года.

Следует отметить, что показатель плотности проживания населения в Хатлонской области имеет положительную динамику, её уровень составляет от 83,5 до 129,5. Максимальные показатели отмечены в Кулябском районе (с охватом г. Куляб) - от 526,3 до 693,3. Относительно высокий уровень показателя отмечен в г. Леваканд, который составлял от 320,0 до 464,0, в районах Кушониён 307,5 – 391,5, Хамадони 224,8 -387,8, Восе 195,1 – 250,6, Вахш 133,1 – 190,5, А.Джами 191,5 – 278,2, Дж.Балхи с 150,2 до 212,9 и Яван показатель был равен 145,9 – 246,9, соответственно.

В остальных районах Хатлонской области колебание вышеуказанного параметра в 2002 г. составляло 29,6, а к концу достигло уровня 2017 г. - 148,0, кроме районов Балджуван, Ховалинг и Ш. Шохин, где показатель не превышает 33,1 чел. на 1км^2. В целях дальнейшего усовершенствования работы службы СМП нами изучена плотность проживания населения в городах республики

удельный вес городских и посёлочных жителей республики (приложение 102,103).

В Республике Таджикистан имеется 18 городов и 75 посёлков городского типа, где проживают 2354,2 населения, или 26,9 % от общего количества жителей.

Из них на долю крупных городов приходится (более 500 тыс. населения - г. Душанбе) 5,2% населения, больших городах с населением от 300 тыс. до 500 тыс. чел. – 10,5%, в городах с населением от 100 тыс. до 300 тыс. проживают 47,3% населения. Число жителей в городах с населением от 50 тыс. до 100 тыс. составляет всего 5,2%, в городах с населением менее 50 тыс. - 36,8% населения. В посёлках городского типа с населением от 300 тыс. до 500 тыс. проживают 11,4%, от 100 тыс. до 300 тыс. – 38,5, от 50 тыс. до 100 тыс. населения - 17,5%, с числом населения менее 50 тыс. - 22,8%.

В городе Душанбе с плотностью 8314,0 человек на 1 км^2 проживают 1,7% от общего числа городских жителей. В городах с плотностью проживания 500 на 1 км^2 проживают 3,5%, с плотностью более 300 чел. - 10,5%, более 100 чел. - 26,6%, более 50 чел. - 26 3%, менее 10 чел. на 1 км^2 -- 14% населения.

Согласно даным Агентства по гидрометеорологии Комитета по охране окружающей среды при Правительстве Республики Таджикистан, высота расположения населенных пунктов (учреждения СМП) колеблется от 318 (Айнинский район) до 3930 метр над уровнем моря (Мургабский район).

Необходимо отметить, что из дислоцированных в административно - территориальных центрах учреждений СМП 10 находятся на высоте 2000 и более над уровнем моря, в том числе в Хатлонской области - 1, Согдийской области - 2, РРП - 1 и ГБАО – 6 (приложение 104).

По данным гидрометеорологической службы в районных центрах ГБАО расположенных на высоте более 2000 метров, средняя температура воздуха ниже 13°С, в частности в Дарвозском районе - 12,3°С, в Ванчском – 9,9°С, в Рушанском – 9,2°С, в г.Хороге – 9,3°С, в Ишкашиме – 7,5°С, в Мургабе – 0,3°С. В зимний период средная тепература колеблется от 0°С до – 6,2°С. Данные показатели необходимо учитывать в ходе планирования и финансирования

службы СМП при разработке нормативных расчетов приобретения тёплой одежды для персонала и пациентов, подлежащих транспортировке, а также при закупке спецтехники и ГСМ.

В целях усиления социальной защищенности работников, с учетом неблагоприятных физико-географических, климатических и медицинских факторов и условиях дискомфорта быта и работы в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах принято Постановление Правительства Республики Таджикистан «О районных коэффициентах, коэффициентах за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах», №303 от 03.05.2014 г. согласно которому Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Министерством финансов Республики Таджикистан совместно утверждена инструкция по начислению районных коэффициентов за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах. Согласно этому документу, для работников всех отраслей за работу в высокогорных районах утверждены следующие коэффициенты: на высоте от 2000 до 2300 метров - 1,15; на высоте от 2300 до 2500 метров - 1.18; на высоте от 2500 до 3000 метров - 1,20; на высоте свыше 3000 метров - 1.30. Кроме того, для работников всех отраслей за работу в особых климатических условиях установлены следующие размеры районных коэффициентов: Горно - Бадахшанская автономная область - 1,20; города Рогун - 1,15 и Нурек – 1,15.

Размер суммы надбавки коэффициентов определен Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 3 мая 2014 года, №303 «О районных коэффициентах, коэффициентах за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах». Наряду с этим часть сотрудников СМП (врачи, фельдшеры и медицинские сестры) включены в список производств, цехов, профессий и должностей с вредными и тяжелыми условиями труда, утвержденный постановлением Правительства Республики Таджикистан №521 от 31 декабря 2002 г. (внесены изменения и дополнения Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2007 г., №658), которое дает им права на сокращенный рабочий день и ежегодный дополнительный

отпуск. Географические рельефы, климатические и демографические условия республики создают предпосылки для неравномерного доступа населения к услугам скорой медицинской помощи.

Согдийская область расположена в северной части республики, рельеф области имеет смешанный характер, что влияет на плотность проживания (101,6 человек на 1 км^2) и расположение населенных пунктов, при этом территория области составляет 25,2 тыс. км^2. Время доступа населения к услугам СМП в связи с вышеуказанными параметрами разное (таблица 4.2.3).

Как видно из таблицы 4.2.3, из 18 районов и городов только в 11-ти из них время 15-минутной доступности составляет от 55,1% до 88,2%. В районах Деваштич, Ашт и Кухистони Мастча время доступа населения к СМП более 1 часа достигает 49,4%, 49,3% и 82,6% соответственно. При этом в некоторых населенных пунктах района Кухистони Мастча, таких как Падаск, Мадрушкат, Табуши, Валигонд, Дехманора, Рог, Ланглифт, Дехавз, где проживают 69,7% населения данного района, время доступа к СМП составляет от 2 до 6 часов.

Анализ времени доступа населения РРП к СМП показал, что только в г, Вахдат, в районах Рудаки, Шахринав 81,6%, 74,3% и 71,4% населения, соответственно, проживают в зоне 15-минутной доступности (таблица 4.2.4).

Таблица 4.2.3. - Распределение населения по зонам времени доступа к учреждению скорой медицинской помощи в Согдийской области (в %)

Город/Район	0-15 мин	15-30 мин	30-45 мин	45-60 мин	60 мин и более
г. Худжанд	85,1	14,9	0	0	0
г. Исфара	55,1	41,1	3,7	0	0
Конибодом	78,3	21,7	0	0	0
Пенджикент	17,5	67,3	10,1	5,1	0
Истаравшан	82,6	17,4	0	0	0
г. Бустон	87,8	12,1	0	0	0
г. Истиклол	88,2	11,8	0	0	0
г. Гулистон	60,2	39,8	0	0	0
Айни	3,1	65,2	25,6	6,1	0
Деваштич	11,1	31,1	8,4	0	49,4
Зафаробод	62,9	9,6	27,5	0	0
Дж. Расулова	64,3	23,5	12,2	0	3
Б. Гафурова	69,8	25,2	5,0	0	0
Спитамен	67,6	24,9	7,5	0	1
Ашт	14,5	17,0	19,2	0	49,3
Мастча	39,8	40,5	19,7	0	0
Шахристон	42,1	27,3	30,7	0	0
Кухистони Мастча	4,9	10,1	2,4	0	82,6

В других городах и районах РРП от 7,4% до 41,5% населения соответственно имеют возможность 15-минутной доступности. Наряду с этим в городах и районах, кроме г. Турсунзаде, г. Гиссар, районов им. Рудаки и Шахринавский, время доступа для 19,4% населения составляет более 1 часа. В г. Вахдат в населенных пунктах Чосу и Ромит, или 6% населения, в Файзободском районе 11,3%, в Лахшском районе - более 90% населения имеют ограниченный доступ к услугам СМП из-за некачественных автомобильных дорог.

По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан (2017), географический рельеф Хатлонской области разнообразен, общая территория области составляет 24,7 тыс. км^2. Основная масса населения проживает на равнинах, плотность проживания составляет 126,5 чел. на 1 км^2.

Таблица 4.2.4. - Распределение населения по зонам времени доступа к учреждению скорой медицинской помощи в РРП (в %)

Город/Район	0-15 мин	15-30 мин	30-45 мин	45-60 мин	60 мин и более
г. Вахдат	81,8	12,4	1,2	0	4,6
г. Рогун	22,6	38,1	17,1	12,2	10
г. Турсунзаде	21,2	67,3	5,6	5,9	0
г. Гиссар	18,2	54,5	17,2	10,1	0
Варзоб	41,5	33,2	5,9	4,3	15,1
Лахш	13,3	50,2	11,2	17,2	8,1
Нуробод	7,4	42,1	44,3	4,4	1,8
Рудаки	74,3	25,7	0	0	0
Рашт	15,1	23,4	46,2	7,9	7,4
Сангвор	18,2	28,3	37,2	9,2	7,1
Таджикобод	14,1	66,5	0	0	19,4
Файзобод	12,1	72,2	10	0	5,7
Шахринав	71,4	28,6	0	0	0

В городах и районах в силу разнообразности рельефа плотности проживания населения, состояния дорог и других жизненно-важных коммуникаций время доступа населения к услугам СМП неоднозначно (таблица 4.2.5).

Практически ни в одном регионе области время доступа населения не соответствует действующим нормативам. Максимальная величина показателя 15- минутной доступности населения к СМП составляет 87,8% (Кубодиёнский

район). Из 26 районов Хатлонской области только в 12 городах и районах 15-минутная доступность составляет более 50,0%. В остальных районах колеблется от 9,2% до 50,4%.

Таблица 4.2.5. - Распределение населения по зонам времени доступа к учреждению скорой медицинской помощи в Хатлонской области (в %)

Город/Район	0-15 мин	15-30 мин	30-45 мин	45-60 мин	60 мин и более
г. Бохтар	65,4	32,2	2,4	0	0
г. Левакант	50,4	49,6	0	0	0
г. Куляб	67,3	24,6	8,1	0	0
г. Нурек	64,1	18,9	7,8	9,2	0
Кулябский р-н	31,2	68,8	0	0	0
Н. Хусрав	82.9	17,1	0	0	0
Шаартуз	43,5	21,7	7,6	19	8,2
Кубодиён	87,7	6,5	5,8	0	0
Дусти	74,1	12,9	8,9	0,9	3,0
Джайхун	64,9	14,6	10,5	10,0	0
Дж.Балхи	79,8	18,9	1,3	0	0
Вахш	60,4	32,2	0	0	7,4
Кушониён	23,4	63,2	13,3	0	0
Пяндж	9,2	21,2	37,3	0	32,2
Хуросон	51,4	15,5	33,1	0	0
А. Джоми	60,7	30,8	0	0	8,5
Яван	17,3	74,5	8,3	0	0
Дангара	39,4	27,2	17,7	1,8	13,0
Темурмалик	59,2	26,8	11,1	2,9	0
Восеъ	27,5	39,4	12,1	12,2	8,8
Хамадони	36,1	31,9	28,8	9,2	2,0
Ховалинг	42,7	26,5	30,9	0	0
Муминобод	53	34	10	2	1
Ш. Шохин	24,3	6,3	9,4	3,4	56,6

В некоторых отдаленных населенных пунктах района им. Ш.Шохина время доступа к СМП для 56,6% населения составляет более 1 часа, в районах Пяндж этот показатель составляет 32,2%, Дангара – 13,0%, Вахш – 7,4%, Шаартуз - 8,2%, Восе – 8,8%, А. Джами – 8,5% и Хамадони - 2,0% населения.

Нами исследовано время доступа населения ГБАО к службе СМП в зависимости от рельефа местности, сезона года, состояния автомобильных дорог и расположения населенных пунктов по отношению к административно-территориальным центрам (таблица 4.2.6).

Таблица 4.2.6. - Распределение населения по зонам времени доступа к скорой медицинской помощи в ГБАО (в %)

Город/район	0-15 мин	15-30 мин	30-45 мин	45-60 мин	60 мин и более
г. Хорог	71,0	29,0	0	0	0
Дарвоз	67,1	8,1	14,6	10,2	0
Шугнон	38,0	14,7	0	0	47,3
Ванч	29,6	0	0	0	70,4
Рушон	67,3	0	0	0	32,7
Рошткала	22,2	0	0	0	77,8
Ишкошим	32,9	0	0	0	67,1
Мургоб	-	-	-	-	-

В г. Хорог 71,0% населения имеет 15-минутную доступность к СМП, 29,0% могут получать скорую медицинскую помощь в течение до 30 минут, в основном, это сельские населенные пункты, обслуживание которых прикреплено к городской станции. В Дарвозском районе 15-минутная доступность возможна для 67,1% населения, в течение от 15 до 30 минут скорую помощь могут получать 22,1%, при этом около 43% внутрирайонных, межрайонных и поселковых автомобильных дорог находятся в неудовлетворительном состоянии. В некоторых населенных пунктах в зависимости от сезона, с ноября по апрель (снег и поводки), указанные параметры могут существенно поменяться в сторону ухудшения. В Шугнанском районе время доступа 0-15 минут, 15-30 минут и более 1 часа составляет 38,0%, 14,7% и 47,3% соответственно.

Следует отметить, что джамоаты «Вер» и «Ванкалаъ» расположены на расстоянии 1,5-2 - часовой доступности получения скорой медицинской помощи, там проживает 26,3% населения. В Ванчском районе только 29,6%, населения, проживающего в административном центре, имеют 15 минутную доступность к услугам СМП, остальное население, или 70,4%, могут получать медицинскую помощь после 2-х часов и более (джамоаты Жовид, Водхул, Техарь, Язгулом, Рованд - 2,3, 4,5 и 8 часов соответственно). В вышеуказанных населенных пунктах состояние дорог не соответствуют современным требованиям. Джамоаты Жовид и Техар в январе - марте становятся труднодоступными, а иногда недоступными для оказания СМП. В Рушанском районе картина неоднозначена. Более 67,3% населения имеет 15- минутную доступность, в

остальных населенных пунктах доступ к услугам СМП составляет 1,5 часа, в некоторых населенных пунктах -11 часов (Басид). Около 30% автомобильных дорог находятся в плачевном состоянии, в зимний период джамоаты Бартанг и Саноб становятся труднодоступными. Кроме того, периодически из-за паводков и проливных дождей весь регион может стать непроходим для санитарного транспорта. В Рошткалинском административном центре 22,2% населения имеет 15- минутную доступность к СМП, 77,8% могут получить скорую медицинскую помощь после 1 часа и более, например, в населенном пункте Сежд время составляет 3 часа. По всему району состояние дорог не соответствует требованиям, к этому присоединяются сезонные климатические факторы.

Особенностью Ишкашимского района в отношении доступа населения к СМП является то, что более 67,0% населения могут получить скорую помощь после 2,5 и более часов. В отдаленном населенном пункте под названием Харгуш доступ к СМП составляет 6 часов.

Таким образом, проведенный нами анализ позволил сделать вывод о том, что существующие временные нормативы доступа населения к оказанию скорой медицинской помощи требует пересмотра. Существующий диапазон доступа населения к СМП от 15-минут до 8 часов создает сложности при составлении единного временного стандарта по всей республике, что необходимо учесть при разработке новых нормативов.

На основе предложенного Михайловичом В.А. и соавторами (2001) принципа организации службы СМП, а также с учетом климато-географических, демографических условий и внедрения парамедицинских бригад в практику службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан нами предложено разделить службу СМП по нижеследующим критериям:

1. Принципы организации службы СМП.

1.1. По географическому признаку:

а) станции (отделении) СМП, расположенные на высоте более 2000 метров от уровня моря;

б) станции (отделении) СМП, расположенные ниже 2000 метров от уровня моря;

1.2. По взаимоотношению со стационарами и типу административного управления (и финансирования):

а) самостоятельные станции;

б) объединенные станции (работающие в составе больниц на правах подразделений):

- в городах - с многопрофильными больницами;
- в сельской местности - в составе ЦРБ или районных центров здоровья.

1.3. По оказанию экстренной медицинской помощи (разделение службы догоспитального этапа на скорую и неотложную медицинскую помощь).

1.3.1. В городах:

- с населением менее 1 млн. человек: служба скорой медицинской помощи (без создания службы неотложной медицинской помощи силами и средствами СМП) с плотностью проживания населения менее 10 000 человек на 1 кв. км;
- с населением более 1 млн. человек: служба скорой медицинской помощи (без организации самостоятельного учреждения скорой медицинской помощи), с плотностью проживания населения более 10 000 человек на 1 кв. км;
- внеквартирный экстренный вызов составляет менее 40% от общего количества всех вызовов;
- с населением более 1,5 млн. человек: разделенная служба скорой медицинской помощи (с организацией самостоятельного учреждения скорой медицинской помощи), с плотностью проживания населения более 10 000 человек на 1 кв. км;
- внеквартирные экстренные вызовы составляют не менее 40% от общего количества всех вызовов;
- функция неотложной помощи передается центрам здоровья;
- при центрах здоровья организуются пункты медицинской помощи на дому; дневные стационары; стационары на дому (стационар-замещающие технологии);
- организация госпитального этапа скорой медицинской помощи;
- амбулатории семейных врачей организуются в густонаселенных местах и на первых этажах высотных жилых зданий (с организацией круглосуточного режима дежурства семейных врачей).

1.4. По этапу оказания скорой медицинской помощи:

- догоспитальный этап;

- госпитальный этап с организацией при приемных покоях отделений или коек неотложной помощи.

1.5. По ведомственной принадлежности:

-государственная;

- частно-государственная;

- частная.

1.6. По источнику финансирования:

- на государственном бюджете;

- на страховом бюджете;

- вариант смешанного финансирования.

1.7. По структуре организации работы выездных бригад (уровни и виды).

1.7.1. Врачебная бригада, парамедики и врачи-консультанты (по телефону) - двухуровневая модель с преобладанием парамедиков, с правом передачи больного врачебной бригаде СМП в необходимых случаях.

1.7.2. Фельдшерские специализированные бригады, парамедики и врачи консультанты (по телефону), двухуровневая модель, с преобладанием парамедиков, с правом передачи больного фельдшерской бригаде СМП в необходимых случаях.

1.7.3. Парамедики начального, промежуточного и продвинутого уровней, трехуровневая модель, с преобладанием парамедиков продвинутого уровня + врачи консультанты (по телефону).

В качестве первого шага в этом направлении Минздравом Республики Таджикистан при помощи международной организации Medical Teams International в городах Душанбе и Хорог были открыты учебно-тренировочные центры экстренной медицинской помощи.

В зависимости от степени профессиональной подготовки участников программа тренингов состояла из трёх уровней экстренной медицины:

- первый уровень (помощь пострадавшим оказывается на месте происшествия профессиональными спасателями из числа служащих Комитета по чрезвычайным ситуациям (КЧС) и Гражданской обороне (ГО), служб

противопожарной безопасности и дорожной инспекции Министерства внутренних дел;

- основной уровень (обучение практике поддержания основных параметров жизнеобеспечения организма, предоставляется профессиональными спасателями КЧС, ГО, работниками службы противопожарной безопасности и дорожной инспекции);

- экстренная медицинская помощь - продвинутый уровень (предоставляет стандарты специализированной практической помощи медицинским работником: врачом, фельдшерам, оказывающим в свою очередь специализированную кардиологическую и педиатрическую помощь на догоспитальном этапе).

В этих центрах проведено 50 тренингов по ЭМП, в которых принимали участие свыше 1577 слушателей (таблица 4.2.7).

Таблица 4.2.7. - Структура слушателей курсов по подготовке парамедиков за период 2008-2016 на базе учебно-тренировочного центра при ГКБ СМП

Контингент курсантов	Количество курсантов	%
Врачи разных профилей	247	15,6
Семейные врачи	16	1,0
Средний медицинский персонал	435	27,5
Работники КЧС и ГО	506	32,0
Сотрудники государственной автоинспекции (ГАИ)	14	0,9
Студенты Таджикского государственного медицинского университета	76	4,8
Работники службы пожарной безопасности МВД	115	7,3
Работники спецподразделений МВД	121	7,6
Студенты факультета туризма института искусств	15	0,9
Студенты Медицинского колледжа	32	2,4

В настоящее время Министерством образования Республики Таджикистан и Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 08.09.2017 г. утвержден учебный план по обучению лиц с немедицинским образованием (парамедики).

В официальных регламентирующих документах в области образования понятия «парамедик» в данное время не существует, программа учебного плана по обучению экстренной первичной помощи состоит из 30 часов: обзор анатомии человека, принцип работы бригад СМП, оказание первой помощи при бессознательном состоянии – 6 часов; инородное тело в дыхательных путях, сердечно-легочная реанимация - 6 часов; кровотечение, его виды, оказание помощи и осложнения – 6 часов; травмы головы, позвоночника и конечностей – 6 часов; практические занятия - 6 часов. Теоретические занятия для обучаюшихся составляют- 15%, практические занятия - 85%.

Для сравнения: в некоторых зарубежных странах подготовка членов пожарных команд и полицейских занимает 40 - 60 часов, техников по оказанию скорой помощи - 110 часов, специалистов промежуточного и продвинутого уровней - 1000 часов. Врачебный персонал EMS США после годовой интернатуры дополнительно проходит резидентуру по специальности неотложной медицины (3-4 года) [344; 402; 403].

Надо признать, что для перехода службы СМП на парамедицинский уровень необходимо провести реформу системы здравоохранения, пересмотреть организацию работы ряда служб быстрого реагирования и программы обучения учеников средних школ вузов и сузов.

4.2.1. Этапы перехода службы скорой медицинской помощи на парамедицинский уровень

С учетом климато-географических особенностей и демографических условий республики, множества факторов «за» и «против» внедрения парамедицинских бригад в службу СМП, нами разработан поэтапный переход службы СМП на парамедицинский уровень.

Служба скорой медицинской помощи организовывается в зависимости от количества населения (город, мегаполис, село), инфраструктуры (транспорт, промышленные объекты, железнодорожная станция, аэропорт и др), уровня подготовленности медперсонала и материально-технической базы.

1 этап. В городах с населением более 500 тыс.

1.1. Общепрофильная врачебная бригада; специализированная врачебная бригада; парамедицинская бригада продвинутого уровня - трехуровневая смешанная модель.

*в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, спецподразделений МВД - работник первичной помощи (Первый уровень – first responders).

В районных центрах и городах с населением более 300 тыс.

1.2. Общепрофильная врачебная бригада (бригада с уклоном интенсивной терапии); фельдшерская выездная бригада; смешанная бригада (фельдшер совместно с парамедиком продвинутого уровня подготовки - EMT-P - Emergency Medical Technician – Paramedic,) - трехуровневая смешанная модель, с преобладанием врачебных бригад.

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, спецподразделений МВД - работник первичной помощи (Первый уровень – first responders).

В районных центрах и городах с населением менее 300 тыс.

1.3. Общепрофильная бригада; фельдшерская выездная бригада и смешанная бригада (фельдшер вместе с парамедиком с продвинутого уровня подготовки - EMT-P - Emergency Medical Technician – Paramedic) - трехуровневая смешанная модель, с преобладанием фельдшерских бригад;

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС - работник первичной помощи (Первый уровень – first responders).

В районных центрах и городах с населением менее 100 тыс.

1.4. Общепрофильная бригада; фельдшерская выездная бригада и смешанная бригада (фельдшер вместе с парамедиком продвинутого уровня подготовки - EMT-P - Emergency Medical Technician – Paramedic) - четырёхуровневая смешанная модель, с преобладанием парамедицинских бригад продвинутого уровня;

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС - работник первичной помощи (Первый уровень – first responders).

В населеных пунктах менее 50 тыс. человек

1.5. Фельдшерская выездная бригада; смешанная бригада (фельдшер вместе с парамедиком продвинутого уровня подготовки - EMT-P - Emergency Medical Technician – Paramedic); парамедицинская бригада промежуточного уровня подготовки (EMT-I - Emergency Medical Technician–Intermediate) - трехуровневая смешанная модель, с преобладанием парамедицинских бригад.

2 этап. В городах с населением более 500 тыс.

2.1. Общепрофильная врачебная бригада; бригада интенсивной терапии с кардиологическим уклоном; фельдшерская бригада; смешанная бригада (фельдшер с парамедиком продвинутого уровня подготовки - EMT-P - Emergency Medical Technician – Paramedic) - трехуровневая смещанная модель

На этом этапе в крупных городах с населением более 500 тыс. допускаются парамедики санитарного транспорта (техник скорой помощи - emergency medical technicians - BLS–Basic Life Support) и акушерские бригады.

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, спецподразделений МВД - работник первичной помощи (Первый уровень – first responders).

В районных центрах и городах с населением более 300 тыс.

2.2. Общепрофильная врачебная бригада с уклоном интенсивной терапии; фельдшерская выездная бригада; смешанная бригада (фельдшер с пара – медиком с продвинутого уровня подготовки) - трехуровневая смешанная модель, с преобладанием фельдшерских бригад;

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС - работник первичной помощи (первый уровень – first responders),

В районных центрах и городах с населением менее 300 тыс.

2.3. Общепрофильная врачебная бригада; фельдшерская выездная бригада; смешанная бригада (фельдшер и парамедик с продвинутым уровнем подготовки); парамедицинская бригада (EMT- P Emergency Medical Technician – Paramedic) - четырёхуровневая смешанная модель.

б) с преобладанием парамедицинских бригад продвинутого уровня.

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС - работник первичной помощи (первый уровень – first responders)

* врач - консультант в составе диспетчерской службы.

В районных центрах и городах с населением менее 100 тыс.

2.4. Фельдшерская выездная бригада; смешенная бригада (фельдшер и парамедик с продвинутым уровнем подготовки), парамедицинская бригада (EMT-P – Em Technician – Paramedic) - трехуровневая смешенная модел, с преобладанием парамедицинских бригад;

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС - работник первичной помощи (первый уровень – first responders);

* врач - консультант по телефону в составе диспетчерской службы.

В населеных пунктах менее 50 тыс. человек

2.5 Смешанная бригада (фельдшер и парамедик с продвинутым уровнем подготовки), парамедицинская бригада (EMT-P – Emergency Medical Technician – Paramedic) - двухуровневая смешанная модель с преобладанием парамедицинских бригад;

* врач - консультант в составе диспетчерской службы.

3 этап. В городах с населением более 500 тыс.

3.1. Фельдшерская специализированная бригада; смешенная бригада (фельдшер и парамедик продвинутого уровня подготовки (EMT-P – Emergency Medical Technician – Paramedic); парамедицинская бригада продвинутого уровня подготовки (EMT-P Emergency Medical Technician – Paramedic) - трехуровневая смешанная модель;

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, спецподразделений МВД - работник первичной помощи (Первый уровень – first responders).

* врач - консультант по телефону в составе диспетчерской службы.

В районных центрах и городах с населением более 300 тыс.

3.2. Фельдшерская специализированная выездная бригада; смешанная бригада (фельдшер и парамедик с продвинутым уровнем подготовки - EMT-P Emergency Medical Technician – Paramedic) - трехуровневая смешанная модель,

с преобладанием специализированных фельдшерских бригад;

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС - работник первичной помощи (Первый уровень – first responders);

* врач – консультант по телефону в составе диспетчерской службы.

В районных центрах и городах с населением менее 300 тыс.

3.3. Фельдшерская специализированая выездная бригада; смешанная бригада (фельдшер и парамедик с продвинутым уровнем подготовки - EMT-P -Emergency Medical Technician – Paramedic);парамедицинская бригада с продвинутым уровнем подготовки (EMT-P Emergency Medical Technician – Paramedic) - трехуровневая смешенная модель, с преобладанием парамедицинских бригад;

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС - работник первичной помощи (первый уровень – first responders);

* врач - консультант по телефону в составе диспетчерской службы.

В районных центрах и городах с населением менее 100 тыс.

3.4. Фельдшерская выездная бригада; смешанная бригада (фельдшер и парамедик с продвинутым уровнем подготовки - EMT-P - Emergency Medical Technician – Paramedic); парамедицинская бригада с продвинутым уровнем подготовки (EMT-P - Emergency Medical Technician – Paramedic) - трехуровневая смешанная модель, с преобладанием парамедицинских бригад;

* в составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС - работник первичной помощи (Первый уровень – first responders).

В населениях пунктах менее 50 тыс. человек

3.5. Парамедицинская бригада с продвинутым уровнем подготовки (EMT- P – Emergency Medical Technician – Paramedic) - моноуровневая модель, с преобладанием парамедицинских бригад.

4 этап. В городах с населением более 500 тыс.

4.1. Начальный этап. В составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, спецподразделений МВД - работник первичной помощи (первый уровень – first responders), участвует в вызовах по профилю;

Парамедики с базисным уровнем подготовки для поддержания жизнеобеспечения (BLS-Basic Life Support), их количество составляет более 10% от общего число выездных бригад;

Парамедики промежуточного уровня подготовки (EMT-I - Emergency Medical Technician–Intermediate), их количество составляет не более 20% от общего число выездных бригад.

Парамедики с продвинутым уровнем подготовки (EMT-P - Emergency Medical Technician - Paramedic), их количество составляет не более 50% от общего число бригад.

Фельдшерские специализированные бригады, их количество составляет не менее 20% от общего число бригад.

* врач - консультант по телефону в составе диспетчерской службы.

В городах с населением более 300 тыс.

4.2. Начальный этап. В составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, спецподразделений МВД - работник первичной помощи (первый уровень – first responders), участвует в вызовах по профилю;

Парамедики с базисным уровнем подготовки для поддержания жизнеобеспечения (BLS-Basic Life Support), их количество составляет более 20% от общего число выездных бригад;

Парамедики промежуточного уровня подготовки (EMT-I - Emergency Medical Technician–Intermediate), их количество составляет не более 30% от общего число выездных бригад.

Парамедики с продвинутым уровнем подготовки (EMT-P - Emergency Medical Technician - Paramedic), их количество составляет не более 40% от общего число бригад.

Фельдшерские специализированные бригады, их количество составляет не менее 10% от общего число бригад.

* врач - консультант по телефону в составе диспетчерской службы.

В городах и населенных пунктах с населением более 100 тыс.

4.3.Начальный этап. В составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, спецподразделений МВД - работник первичной помощи (первый уровень – first responders), участвует в вызовах по профилю;

Парамедики с базисным уровнем подготовки для поддержания жизнеобеспечения (BLS-Basic Life Support), их количество составляет более 20% от общего число выездных бригад;

Парамедики промежуточного уровня подготовки (EMT-I - Emergency Medical Technician–Intermediate), их количество составляет не более 30% от общего число выездных бригад.

Парамедики с продвинутым уровнем подготовки (EMT-P - Emergency Medical Technician - Paramedic), их количество составляет не более 40% от общего число бригад.

Фельдшерские специализированные бригады, их количество составляет не менее 10% от общего число бригад.

* врач - консультант по телефону в составе диспетчерской службы.

В городах и населенных пунктах с населением менее 100 тыс.

4.4.Начальный этап. В составе пожарных отделений, ГАИ, спасательных групп КЧС, спецподразделений МВД - работник первичной помощи (первый уровень – first responders), участвует в вызовах по профилю;

Парамедики с базисным уровнем подготовки для поддержания жизнеобеспечения (BLS-Basic Life Support), их количество составляет более 20% от общего число выездных бригад;

Парамедики промежуточного уровня подготовки (EMT-I - Emergency Medical Technician–Intermediate), их количество составляет не более 25-30% от общего число выездных бригад.

Парамедики с продвинутым уровнем подготовки (EMT-P - Emergency Medical Technician - Paramedic), их количество составляет не более 40% от общего число бригад.

Фельдшерские специализированные бригады, их количество составляет не менее 5-10% от общего число бригад.

* врач - консультант по телефону в составе диспетчерской службы.

4.2.2. Алгоритм действий по совершенствованию службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан

Нами разработан алгоритм действий по совершенствованию службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан (таблица 4.2.2.1).

Таблица 4.2.2.1. - Алгоритм действий по совершенствованию службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан

№	Наименование мероприятий	Механизм исполнения
	1. На законодательном уровне	
1.1	Переход службы СМП на парамедицинский уровень, как вид медицинской помощи	Внесение изменений в Кодекс здравоохранения
1.2	Защита прав сотрудников службы СМП, приравнивая права сотрудников СМП к правам сотрудников МВД	Внесение изменений в соответствующие законодательные акты
1.3	Изменения в инфраструктуре служб быстрого реагирования с учетом размещения экипажа на расстоянии 15-минутной доступности (спасательные группы КЧС, ГАИ, пожарная команда - один из сотрудников парамедик)	Внесение изменений в соответствующие законы РТ
1.4	Организация догоспитального этапа скорой медицинской помощи (дневное время суток) на базе медицинских служб ведомственных учреждений (МВД, КНБ, Минюст)	Внесение изменений в устав медицинских служб ведомственных учреждений
1.5	Прохождение курсов по оказанию первой помощи сотрудниками силовых структур, работа которых сопровождается риском для жизни (спасательные группы КЧС, ГАИ, пожарная команда)	Постановление Правительства РТ
1.6	Привлечение членов дорожного движения - оказанию первой помощи при ДТП, внезапных заболеваниях и состояниях	Внесение изменений в закон «О правилах дорожного движения»
1.7	Повышение уровня медицинской просвещенности населения путем пересмотра образовательных программ (формирования здорового образа жизни)	Внесение изменений в Закон РТ « Об образовании»
1.8	Обучение преподавателей и школьников образовательных учреждений, студентов и учащихся вузов и сузов оказанию первой помощи	Внесение изменений в образовательные программы
1.9	Повышение ответственности граждан за необоснованный и ложный вызов СМП	Внесение изменений в административный кодекс
1.10	Пересмотр строительных норм и правил при строительстве центров здоровья и стационаров с учетом обслуживания населения по принципу семейной медицины и госпитального этапа СМП	Внесение изменений в закон «О строительных нормах и правилах»
	2. На уровне Правительства Республики Таджикистан	
2.1	Обеспечение социальных льгот сотрудника службы СМП, включая оплату за работу в цехах с вредными условиями труда и работу в особых географо-климатических условиях	№521 от Реализации Постановления Правительства РТ №303 от 03. 05. 2014г и 31 декабря 2002г (внесены изменения от 30 декабря 2007г №658)
2.2	Осуществление структурного преобразования службы СМП	Реализация Постановления Правительства РТ № 525 от 31.12.2002г;
2.3	Обеспечение координации деятельности службы СМП	Национальный комитет по координации деятельности службы СМП

Продолжение таблицы 4.2.2.1

2.4	Повышение оперативности служб быстрого реагирования	Постановление Правительства РТ «Об организации Координационно-диспетчерского центра чрезвычайных ситуаций»
2.5	Изменение формы финансирования, направленного на мотивацию медперсонала: - подушевое распределения финансов, оплата за пролеченный случай и за формирование здорового образа жизни (принцип фондодержания, приводящего к максимизации объема медпомощи на уровне ПМСП)	Постановление Правительства РТ
2.6	Принятые целевых программ по развитию службы СМП	Постановление Правительства РТ
2.7	Разработка перспективного плана развития служб быстрого реагирования, включая службу СМП	Постановление Правительство РТ
2.8	В рамках реализации концепции «электронного правительства» определить нормативную базу и финансирование информационно – коммуникационной системы здравоохранения	Постановление Правительства РТ «О планах реализации программы «электронного здравоохранения»
2.9 2.10	Организация в структуре центрального аппарата МЗи СЗН РТ управления электронного здравоохранения Организация работы служб экстренного реагирования в магистральных горных автомобильных дорогах	Внесение изменений в положение о МЗиСЗН РТ Постановление Правительства Республики Таджикистан
	3. На уровне меж секторального сотрудничества	
3.1	Подготовка и переподготовка квалифицированных специалистов СМП, включение в программу высших медицинских учебных заведений, обучение в интернатуре, магистратуре, ординатуре и аспирантуре. Организовать кафедру скорой медпомощи	Соответствующее соглашение Министерства экономического развития и торговли Республики Таджикистан, Министерства образования РТ и МЗиСЗН РТ
3.2.	Разработка образовательных программ подготовки парамедиков	Соглашение между Министерством образования, МЗиСЗН РТ и Минфином
3.3.	Повышение квалификации преподавателей вузов и сузов по предмету формирования здорового образа жизни на базе ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»	Соответствующее соглашение между МЗиСЗН РТ и Министерством образования
3.4	Стандартизация санитарной техники, стандартизация и метрология медицинского оборудования и изделий медицинского назначения, используемых в службе СМП	Соответствующий приказ Агентства по стандартизации, метрологии, сертификации и торговой инспекции при Правительстве Республики Таджикистан

Продолжение таблицы 4.2.2.1

3.5	Разработка инструкции по финансированию информационно- коммуникационных систем	Соответствующее распоряжение Министерства финансов РТ
	4. На уровне Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан	
4.1	Обеспечение координации деятельности экстренных медицинских служб, создание совета при МЗиСЗН РТ	Соответствующий приказ МЗиСЗН РТ
4.2	Реорганизация структуры службы СМП в крупных городах, её разделение на скорую и неотложную медицинскую помощь	Реализация приказа МЗиСЗН РТ №33 от 8.01.2010 г.
4.3	Структурное преобразование службы СМП с организацией Республиканского научно–клинического центра	Соответствующий приказ МЗиСЗН РТ
4.4	Придание должности парамедика официального статуса медицинской специальности	Внести изменения в соответствующий приказ МЗиСЗН РТ
4.5	Поэтапное внедрение парамедицинских бригад в службу СМП	Соответствующий приказ МЗ и СЗН РТ
4. 6	Осуществить структурное преобразования на этапах оказания скорой медицинской помощи (догоспитальный и госпитальный этапы)	Внесение изменений в соответствующий Приказ МЗиСЗН РТ
4.7	Пересмотр нормативных баз с учетом геоклиматических и демографических условий	Внесение изменений в соответствующий Приказ МЗ иСЗН РТ
4.8	Пересмотр отчетно-учетной документации, позволяющей определить потребность населения в скорой медицинской помощи	Внесение изменений в соответствующий Приказ МЗиСЗН РТ
4.9	Разработка клинических протоколов с учетом работы парамедицинских бригад	Внесение изменений в соответствующий Приказ МЗиСЗН РТ
4.10	Созданние неприкосновенного фонда МЗиСЗН РТ для закупки санитарной техники для СМП	Соответствующее распоряжение Министерства финансов РТ
4.11	Осуществить структурное преобразование в амбулаторно – поликлинической сети с организацией: стационаров на дому; дневных стационаров; кабинетов, отделения малоинвазивной технологии; родильных залов; развитие стационар-замещающих технологий	Соответствующие приказы МЗиСЗН РТ
4.12	Развитие сети коек 1 дня и организация отделений неотложной помощи при крупных стационарах	Соответствующие приказы МЗиСЗН РТ
4.13	Минимизация существующей фрагментации здравоохранения, включая организацию круглосуточного дежурства семейных врачей, осуществление интеграции работы врачей СМП и семейных врачей	Разработка концепции дефрагментации здравоохранения
4.14	Организация научного журнала «Скорая помощь»	Инициатива учредителя

Продолжение таблицы 4.2.2.1

4.15	Способствовать организации Ассоциации сотрудников службы СМП	Привлечение медицинской общественности
4.17	Работа со средствами массовой информации (СМИ)	Распоряжения Пресс-центра МЗиСЗН РТ
	5. На уровне региональных органов здравоохранения	
5.1	Укрепленные научно–методической базы службы СМП путем организации Института скорой медицинской помощи в г. Душанбе	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.2	Организация учебно-тренировочных центров при крупных станциях и многопрофильных стационарах по оказанию первичной медицинской помощи	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.3	Развитие инфраструктуры службы СМП и служб быстрого реагирования с учетом 15-минутной доступности скорой медицинской помощи населению	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.4	Обеспечение станции СМП, центров ЭМП и отделения СМП санитарным транспортом, медоборудованием и изделиями медицинского назначения в соответствии с потребностью населения в скорой медицинской помощи	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.5	Обеспечение максимального географического доступа населения к скорой медицинской помощи: соблюдение правил вызова СМП, соблюдение временных национальных стандартов выезда бригад СМП, разработка алгоритма очередности обслуживания вызовов. ликвидация искусственных препятствий, регуляция работы светофоров, освещение улиц, нумерации домов и т.д.	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.6	Размещение амбулатории семейных врачей в густонаселенных местах и высотных жилых зданиях	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.7	Развитие информационно-коммуникационной технологии службы СМП	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.8	Рационализация использования бригад СМП с учетом сезонности заболеваемости, плотности проживания и обращаемости населения: в крупных городах более 50% должны составлять бригады БИТ, максимальное использование действующих ЛПУ, ограничить вызов СМП в стационары и в учреждения, имеющие в структуре медицинскую службу, максимальное ограничение несвойственных СМП функций	Соответствующий приказ главного врача станции СМП

4.3. Оценка эффективности взаимодействия скорой медицинской помощи с профильными службами других ведомств

Координация деятельности центральных и местных исполнительных органов государственной власти в области здравоохранения по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций возложена на Министерство здравоохранения страны.

Отделение санитарной авиации входит в структуру Республиканского национального медицинского центра. В штате отделения санитарной авиации имеется всего 27,5 ед. из них врачебных – 2,0, средних медицинских работников - 5,5, младших медработников - 5,5 и технических работников -13,0. На балансе отделения санитарной авиации имеется всего 3 ед. автомашин: марки «Нива» - 1 ед; «УАЗ-452» - 1 ед; марки «Соболь» - 1 ед.

Ежегодно из регионов республики поступают около 140 заявок, из которых нейрохирургические заболевания и травмы составляют 24,3%, нервная патология - 11,4% и заболевания сердца – 9,3%.

В административных областных центрах также функционируют отделения санитарной авиации при областных больницах. Необходимо отметить, что в республике отсутствует единый центр координации экстренной службы. С учетом горного рельефа, наличия труднодоступных населенных мест и протяженных автомобильных горных трасс было бы идеальным иметь в структуре санитарной авиации вертолетный экипаж.

В условиях дефицита финансовых и технических ресурсов и ресурсоемкости службы СМП только комплексный подход к организации деятельности службы СМП может гарантировать значительный успех в улучшении качества работы.

Нами в диссертации выделены следующие направления взаимодействия службы скорой медицинской помощи.

1. В государственной системе здравоохранения:

- с сельскими и городскими центрами здоровья, семейными амбулаториями;
- с приемными покоями стационаров;

- санитарно-эпидемиологической станцией;
- дезинфекционной станцией.

2. Государственные медицинские учреждения, не входящие в государственную систему здравоохранения:

- медицинские службы ведомственных учреждений, в том числе исправительные и закрытые, здравпункты различных объектов.

3. Частные медицинские учреждения.

4. Немедицинские учреждения:

- спасательные группы Комитета по гражданской обороне и защиты населения при чрезвычайных ситуациях;
- местные органы власти;
- местные отделения связи;
- Государственная автомобильная инспекция;
- пожарная охрана;
- Аагентство по прогнозированию погоды;
- технические сервисные мастерские;
- связь с общественностью и СМИ.

На протяжении долгих лет остается до конца нерешенным вопрос взаимодействия службы скорой помощи с приемными покоями стационарных учреждений. На практике ведомственный барьер работает не в пользу пациентов. Для решения проблемы мы предлагаем провести организационно–структурные изменение в пользу двойной подчиненности приемных покоев в крупных городах и мегаполисах. Речь идет о включение приемных покоев в структуру управления службы СМП. Также остается нерешенной медикаментозное обеспечение экстренных больных в приемных покоях стационарных учреждений до госпитализации. Согласно действующим финансовым документам, выделение средства для нужд приемных покоев привязано к существующему коечному фонду. В условиях дефицита средств основная масса лекарственных средств выделяется для обеспечения реанимационной службы и операционных блоков, а приемный покой финансируется по остаточному принципу. Мы предлагаем для целевого

выделения лекарств и изделий медицинского назначения для приемных покоев внедрить понятие «разовая медицинская помощь», приравнивая его к 1 вызову СМП при экономических расчетах.

Речь идет об организации отделений неотложной помощи при приемных покоях, как госпитального этапа скорой медицинской помощи, где организуются койки для оказания экстренной помощи до 72 часов с последующим переводом при необходимости в реанимационное отделение.

Географический рельеф Республики Таджикистан (РТ) имеет свои особенности. Население страны, в основном, проживает в долинах и у водных источников. Это обусловливает большую неравномерность в размещении населения по территории республики.

На территории РТ расположены крупнейшие в Центральной Азии ледники, регулирующие климат, уровень воды в реках, занимающие 6% территории республики. Кроме того, на территории страны находится более 1300 озёр, 80% которых расположено на высоте более 3000 метр над уровнем моря (н.м.у). Общая площадь наиболее крупных озёр составляет 680 км^2. Озеро Каракуль (3914 м н.у.м.), расположенное на Восточном Памире, с общей площадью 380 кв. км является самым большим. Самым глубоководным озером является Сарезское (3289 м н.у. м.), глубина которого составляет 490 м, а общая площадь - 86,5 км^2.

Продолжительность селеопасного периода колеблется от 2,5 до 4 месяцев (обычно с мая до августа). Наибольшее количество оползней образуется в бассейнах рек Вахш, Кофарнихон, где на площади 28,8 тыс. кв. км имеется 808 реализованных и 202 действующих оползня.

В Таджикистане за период с 1924 по 2008 гг. зарегистрировано 18690 оползней. Нередко тела таких завалов служат естественными плотинами для образования горных озёр (Сарезское озеро, 1911 г.). Происхождение многих крупных оползней и обвалов связано с сильными землетрясениями (Хаит, 1949 г.). Наряду с этим обострилась проблема оползней, возникающих при осуществлении хозяйственной деятельности, в частности, в 1989 г. при размывании склона холма вследствие функционирования поливочного канала

произошёл оползень в селении Шарора, в результате которого погибло 279 человек.

Стихийные бедствия могут спровоцировать опасные вторичные явления - аварии, катастрофы, инциденты, связанные с пожарами, взрывами, выбросами сильнодействующих ядовитых, радиоактивных и биологически опасных веществ, внезапные обрушения зданий и сооружений, прорывы плотин, нарушения в электроэнергетических и коммуникационных системах жизнеобеспечения.

Вышесказанное свидетельствует о необходимости готовности соответствующих служб к действию в условиях возникновения природных катастроф и техногенных аварий. В этих условиях огромное значение имеет взаимодействие профильных медицинских служб.

Координация деятельности центральных и местных исполнительных органов государственной власти в области здравоохранения по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций возложена на МЗиСЗН РТ.

Практика последних лет показывает, что эффективность существующей координации чрезвычайных ситуаций недостаточная, а иногда запоздалая. На уровне МЗиСЗН РТ координация медицинской службы при ЧС возложена на отдел по чрезвычайным ситуациям. Вопросы организации медицины катастроф в республике не получили должного развития по причине дефицита финансовых средств.

В обычной практике первыми на ЧС реагируют станции и отделения скорой медицинской помощи. Основной причиной дискоординации является отсутствие единого координационного центра при ЧС.

На наш взгляд, возникла настоятельная необходимость в организации Республиканского научно-клинического центра экстренной медицинской помощи с филиалами в регионах, включающего в свой состав координационно-диспетчерскую службу, подстанции скорой медицинской помощи, диспетчерскую «03», диспетчерскую службу санитарной авиации, штаб чрезвычайных ситуаций, склад с медикаментами, находящийся в распоряжении КЧС, а также организацию координационно – диспетчерской службы.

Основными задачами организации координационно–диспетчерской службы является:

- централизация управления служб экстренной медицинской помощи (станции СМП, диспетчерская «03», диспетчерская служба санитарной авиации, штаб по чрезвычайным ситуациям, склад ЧС с медикаментами);

- уменьшение числа необоснованных вызовов;

- повышение качества предоставляемой медицинской помощи при ЧС; сокращение времени прибытия бригад;

-автоматизация и обработка всех вызовов на всех уровнях.

В Республике Таджикистан действия служб экстренного реагирования в области защиты населения и территорий от стихийных бедствий, в том числе от техногенных аварий и катастроф, а также вызванных ими чрезвычайных ситуаций, координируются Национальным Комитетом при Правительстве Республики Таджикистан. Действия Комитета по чрезвычайным ситуациям гражданской обороне при Правительстве Республики Таджикистан, уполномоченного в сфере защиты населения в условиях чрезвычайных ситуаций регулируется Законами Республики Таджикистан «О гражданской обороне»; «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31.12.2014 г., №833 "О структуре и порядке функционирования единой государственной системы Республики Таджикистан по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций"; Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 28.04.2017 г., №214 «Положение о системе обеспечения вызова экстренных служб на чрезвычайные ситуации по единому краткому оперативному номеру «112» Комитета по чрезвычайным ситуациям гражданской обороне при Правительстве Республики Таджикистан».

Действие и взаимодействие службы СМП с другими службами экстренного реагирования наряду с вышеуказанными документами регламентируется также законом Республики Таджикистан «О пожарной безопасности» от 29.12.2010 г. №646; Постановлениями Правительства Республики Таджикистан №323 от 29.06.2017 г. «О правилах дорожного движения» и №340 от 30.06.2012 г. «О

порядке организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях». Положением о МЗиСЗН РТ, утверждённом Постановлением Правительства Республики Таджикистан №148 от 03.04.2014 г., в его структуре, предусмотрен отдел по чрезвычайным ситуациям, координирующий действий сил и средств медицинской службы при ЧС.

Вопросы организации медицины катастроф в республике не получили должного развития по причине дефицита финансовых средств.

Повседневная практика показывает, что службы СМП первыми оказываются на месте чрезвычайных происшествий. Существующая система «112» среди населения пока, еще не популяризирована, население в большей степени обращается на «03» и «103».

В целях правильного размещения и разработки новых подходов к организации службы СМП нами изучены некоторые демографические показатели регионов страны.

Плотность проживания населения по республике составляет 61,8 человек на км^2. В городах, где плотность проживания составляет 500 на 1 км^2, проживают 3,5% городского населения, с плотностью более 300 чел. на 1 км^2 - 10,5%, более 100 чел. на 1 км^2 - 26,6%, более 50 чел. на 1 км^2 - 26 3%, менее 10 чел. на 1 км^2 - 14% городского населения. Особенность плотности проживания населения ГБАО заключается в том, что оно колеблется от 0,4 (Мургаб) до 8,1, в среднем 3,5 чел. на 1 км^2.

Наибольший интерес представляет город Душанбе, где плотность проживания населения составляет более 8000 человек на 1 км^2 (проживают 1,7 % от общего числа городских жителей, по состоянию на 01.01.2017 г. число жителей составило 816200 человек, с неучтенным населением - сосредоточены крупные объекты, представляющие интерес с точки зрения возникновения ЧС: железнодорожный вокзал; международный аэропорт; сеть пассажирских автопредприятий и др. Аналогичная ситуация с менее выраженным риском ЧС имеется в городах Худжанд, Куляб, Бохтар, Турсунзаде и Яванском районе.

Таким образом, взаимодействие службы СМП с другими службами экстренного реагирования нуждается в пересмотре в пользу создания единого механизма взаимодействия при ЧС, а также новых подходов в распределении ресурсов.

На наш взгляд, имеют место не раскрытые резервы в организации экстренной помощи населению, в частности, максимальное обслуживание на уровне амбулаторно-поликлинической сети, организация догоспитального этапа службы СМП в ведомственных учреждениях, организация госпитального этапа скорой медицинской помощи в стационарных учреждениях государственной системы здравоохранения, разработка экономических механизмов взаимодействия, способствующих финансовому оздоровлению службы СМП, а также снижающих нагрузку на эту службу.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты диссертационной работы 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, которых можно условно разделить на следующие периоды: дореволюционный, характеризующейся 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 открылось

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.). случившаяся в дальнейшем нестабильность общественно-политического строя привела к дезорганизации системы (1992-1994 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. Служба скорой медицинской помощи выполняет несвойственные ей функций, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию медицинской помощи на дому и транспортировке больных.

В Республике Таджикистан (2017г.) догоспитальная служба скорой медицинской помощи была представлена 66 учреждениями, в том числе 5-ю центрами ЭМП, 5-ю самостоятельными станциями и 56 отделениями СиНМП в регионах. Некоторые самостоятельные станции СМП в последние годы были переименованы в Центры ЭМП, на практике такой подход не повлиял на статус этих учреждений. В динамике за период 1926-2000 гг. количество станций и отделений СМП поэтапно увеличилось и в период 1926 -1940 гг. составляло 14 единиц, в 1950 г. – 28, в 1968 г. – 39, в 1970 г. – 57. В годы обретения государственной независимости (к началу 2000 года) в республике функционировало 62 учреждения СМП, в том числе 2 центра ЭМП, 8 самостоятельных станций СМП и 52 отделения СМП (14 подстанций и 66 пунктов СМП). Развитие сети учреждений СМП является закономерным и соответствует социально-экономическим условиям и общественному укладу.

Автопарк СМП по республике обновился только на 35,5%, около 30% санитарного транспорта находится в нерабочем состоянии, более 50% из них эксплуатируются больше установленного срока (10-20 лет). Для примера из имеющихся 43-х единиц санитарного транспорта в арсенале автопарка службы СМП г. Душанбе срок эксплуатации 22 ед. составляют более 5 лет или 51,1%, при этом 13 составляют санитарные автомобили со сроком эксплуатации 5-10 лет (61,9%), 10-15 лет (23,8%), 20-25 лет (14,3%).

Несмотря на некоторые достижения в годы обретения государственной независимости, обеспеченность населения санитарным транспортом в целом по республике не превышает 0,3 ед. на 10 тыс. населения. 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, данный показатель в 80-е годы по городу Душанбе составлял 0,96. Дефицит санитарного транспорта в настоящее время составляет более 70%, что свидетельствует о диспропорциях и региональном неравенстве в обеспечении населения СМП.

Об этом можно судить и по обеспеченности населения санитарным транспортом в отдельно взятом регионе. Например, в городе Душанбе обеспеченность санитарным транспортом в 1992 г. составляла – 0,75; в 2002 г. – 0,27; в 2009 г. – 0,28; в 2010 г. – 0,17; в 2011 г. – 0,29; в 2012 г.– 0,27; в 2013 г. – 0,23; в 2014 г. – 0,21; в 2015 г. – 0,2; в 2016 г.- 0,36 и в 2017 г. – 0,39 на 1000 населения при норме потребности 1,0.

В последнее 10 - летие для нужд станций (отделения) СМП были приобретены санитарные машины, не соответствующие стандарту. В частности, в Хатлонской области были приобретены 11 ед. мини-автомобилей марки «Hafei» (Китай) и 3 ед. марки «Дамас», в Согдийской области - 10 ед. марки «Hafei» (Китай) и 3 ед. марки «Дамас». В ГБАО – 7 ед. и РРП – 12 ед. санитарного транспорта марки «Hafei» (Китай).

За период 2009-2017 гг. обеспеченность населения стационарными телефонами на 1000 населения составляет 28 и 33 соответственно, при этом показатель имеет тенденцию к снижению, что связано с широким использованием мобильных телефонов. Согласно нормативу, для станций (отделений) СМП по республике необходимо 178 вводов (2017 г.), фактически работает 151, или 84,8%, в 2002 году функционировало 74 вводов, или 51,4%.

По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, по состоянию на 01.01.2018 г. на территории республики услуги мобильной связи населению и юридическим лицам предоставляют негосударственные (частные) компании: ЗАО «ТТ - Mobaile» с общим количеством зарегистрированных абонентов 1404366, ООО «Tcell» - 3091928, ООО «ТК- Mobaile» - 10000, ООО «Вавилон - Mobaile» - 2184051 и ООО «Таком» - 1990747, всего 8681092 абонентов. Наши расчеты показали, что обеспеченность населения мобильными телефонами из расчета на 1 жителя составляет 0,99.

В некоторых районах продолжают использовать радиосвязь, их всего по республике 17 ед. С развитием технологии связи радиосвязь уступила место мобильным телефонам. Практически все выездные бригады пользуются стационарными телефонами, а также индивидуальными, собственными мобильными телефонами. Нормативный документ об использовании мобильного телефона в службе СМП до сих пор отсутствует.

Материально-техническая база большинства учреждений СМП находилась в неудовлетворительном состоянии, от 70% до 90% основного фонда размещена в нетиповых помещениях и нуждаются в капитальном ремонте. В РРП из 13 учреждений 12 находятся в нетиповых помещениях, в Согдийской области - 16, Хатлонской области – 23, в ГБАО - 7 учреждений дислоцированы также в нетиповых зданиях и основная их масса функционирует при приемных покоях ЦРБ, занимая при этом 1 - 3 комнаты или в домике - вагоне (район им. Рудаки). В более 70% зданиях, учреждений СМП последний капитальный ремонт осуществлялся 15- 20 лет назад.

С учетом того, что такая ситуация сохраняется в течение долгих лет можно судить о неэффективности перспективного планирования службы СМП и реализации целевых программ.

В регионах прослеживается некоторое улучшение количественных показателей в ущерб качественным показателям. Например, в арсенале действующих выездных бригад имеется всего 16 наименований медицинского оборудования и изделий медицинского назначения. Обеспеченность выездных бригад аппаратами дефибрилляторами составляет 55 ед. или 19,0%, аппаратами ИВЛ - 43 ед. (14,9%), аппаратами Кокчетав – 18 ед. (6,2%), аппаратами ЭКГ – 45 (15,6), мешок «Амбу» - 107 (71,8%), медицинский ящик – 178 (61,8%), комплект для родов – 47 (16,3%) и число комплектов для инфекционных заболеваний составляет 119 ед., или 41,3% от потребности.

По Хатлонской области на 65 бригад различного профиля имелось 22 дефибриллятора (33,8%), 74 транспортных иммобилизационных шины, 22 аппарата ЭКГ - 33,8%, 38 мешков «АМБУ» (58,4%), 54 медицинских ящика (83,0%), 22 набора для родов (33,8%) и 4 комплекта для инфекционных больных (6,1%). Практически во всех бригадах отсутствуют кислородные баллоны, дыхательная аппаратура и различные отсосы. Служба СМП в некоторых районах не обеспечена дефибрилляторами (Куляб, Балджуван, Н. Хисрав, Хуросон, Дусти, Кубодиён, Муминабад, Ховалинг, Шаартуз, А. Джами). В 10 районах 26 выездных бригад не имеют аппарата ЭКГ.

В целом, по Согдийской области на 105 ед. санитарных автомобилей имеется только один дефибриллятор (0,9%), 44 ед. иммобилизирующих транспорных шин (21%), 13 шт. аппаратов ИВЛ - (12,3%), 3 ед. аппарата Кокчетав (2,8%), 3 ед. аппарата ЭКГ - (2,8%), 18 шт. мешков “Амбу”- (17,1%), 21 шт. медицинских ящиков (20%), комплектов для родов – 3 ед. (2,8%), комплектов для инфекционных заболеваний - 2 набора (1,9%). Из перечисленнлго медоборудования и изделий медназначения во всех станциях (отделениях) СМП городов и районов в наличии имеется 203 шины и 1-2 мешка “Амбу”, по 1-2 медицинских ящиков, другое медоборудование во многих районах отсутствует или имеется по 1 единице. Ввыездные бригады Согдийской

области обеспечены медоборудованием и изделиями медицинского назначения крайне недостаточно, что ставит под сомнение качество оказания догоспитальной помощи.

Обеспеченность бригад СМП РРП медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения, а именно дефибрилляторами составляет 1,5%, транспортными шинами для иммобилизации конечностей - 31,6%, наркозно - дыхательным аппаратом - 2,9%, аппаратом ЭКГ – 5,9%, мешком “ Амбу”- 17,6%, медицинским ящиком – 41,2%, комплектом для родов - 27,9%, комплектом для инфекционных заболеваний около 30%, при этом дыхательные аппараты в арсенале бригад СМП отсутствуют. Стоит отметить, что все имеющееся оборудование приобретенно в 80-е годы прошлого столетия, морально и физически устаревшее.

Из 13 станций (отделений) СМП только в г. Турсунзаде имеется 1 дефибриллятор и 2 наркозно-дыхательных аппарата. В 8 районах РРП бригады СМП были обеспечены транспортными шинами на 10 - 50% от минимальной потребности, мешком «Амбу» 12,5 – 33,3%, медицинским ящиком 10 - 66,7%, комплектами для родов и инфекционных заболеваний 10 - 33%. Последнее осложняет выполнение поставленной перед бригадами СМП задачи по обеспечению оказания качественной медицинской помощи населению на догоспитальном этапе.

В самом относительно благополучном регионе в плане обеспеченности и финансирования городе Душанбе из 102 наименований медикаментов в медицинском ящике имеется 23, или 22,5% от потребности. Нашими иследованиями доказано, что в соответствующих отраслевых приказах расхождение количества медикаментов и изделий медицинского назначения составляет около 8,7%, только 47,7% лекарств отобраны на основании доказательной медицины**.** Например, при утоплении наряду с другими препаратами указанно использование таких препаратов, как токоферол, трентал, компламин и ксантиноланикотиномид, а витамин B_{12} не предусмотрен. Также, при оказании помощи экстренным кардиологическим пациентам не предусмотрены препараты АТФ, анаприлин, нифедипин и стрептокиназа (из-за

дороговизны), последние отсутствуют в утвержденном списке медикаментов, используемых в службе СМП, однако отражены в клиническом протоколе СМП.

Результаты исследования выявили глубокую финансовую диспропорцию и неравенство в различных регионах страны. 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 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, которая с 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 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%. Напротив, в РРП отмечается отрицательная динамика показателя, которая с 77,3% снизилась до 64,2%.

В Согдийской области, кроме станции СМП в 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. Стоит отметить, что в Хатлонской области динамика укомплектованности врачебных должностей положительная.

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

В пользу улучшения количественных показателей также свидетельствует некоторое увеличение штатных должностей в большинстве районах за счет увеличение штатных должностей младшего и технического персонала.

За период 2002-2017 гг. по республике количество врачей с квалификационной категорией в 2002 г. составляло - 13,4%; 2007 г. – 32,6%; 2012 г. – 29,2%; 2017 г. – 36,3%. Для сравнения в г. Душанбе этот показатель в 2017 г. составил - 52,6%; РРП- 37,8%; Хатлонской области – 21,4%; Согдийской области – 21,0 и ГБАО – 85,7%.

Удельный вес врачей с высшей квалификационной категорией за период наблюдения колеблется от 28,0% до 31,4%; первой категорией 36,0% – 30,6; второй категорией – 36,0% – 37,5%. Наиболее высокие показатели отмечаются в г. Душанбе - 50,8% и ГБАО - 41,6%. Следует отметить, что врачи со второй квалификационной категорией в большей степени встречаются в Хатлонской области - 72,2%, РРП - 64,7% и Согдийской области - 55,5%, что свидетельствует об утечке кадров и притоке молодых специалистов в службу СМП в данных регионах.

Уровень квалификационной категории среднего персонала за период наблюдения имеет положительную динамику и увеличился с 15,9% до 27,4% (2002 г. - 15,9%, 2007 г. – 20,4%; 2012 г. – 21,5%; 2017 г. - 27,4%). Высшую квалификационную категорию имели в 2002 году 21,5%, а в 2017 г. - уже - 27,05%. Высокие показатели категорийности отмечаются в таких регионах, как г. Душанбе – 77,0% и ГБАО – 52,5%. Наиболее высокий процент имеющих вторую квалификационную категорию отмечается в Хатлонской области – 68,4%, РРП- 65,8, % и Согдийской области – 63,9%.

Возрастная структура врачебного персонала станции СМП г. Душанбе показывает, что удельный вес врачей в возрасте до 25 лет незначителен и только в 2016 - 2017 годы составляет 0,7 - 1,7%, в основном за счет медперсонала ЦЭМП “Истиклол”. В половозрастной структуре врачей превалирует возраст 26 - 35 лет (37,8%), врачи в возрасте 36 - 55 лет составляют 37,4%, в возрасте 56 - 63 лет - в среднем 21,4%. Во всех возрастных категориях возраст врачей-женщин снизился с 6,8% до 2,2%, при этом в старших возрастных группах удельный вес женщин-врачей уменьшается.

Следует отметить, что в 2002 году возрастная категория 26 - 35 лет составляла 36,6%, а в 2017 году увеличилась до 44,7%. Несколько снизилось количество врачей в возрастной группе 36 - 55 лет (с 45% до 35,8%). За наблюдаемый период (2002 - 2017 гг.) в возрастной группе 56 - 63 лет удельный вес врачей с 18,3% снизился до 16,1%. В противоположность несколько увеличился удельный вес врачей в возрастной группе старше 63 лет, с 1,5% до 2,7%. В целом, среди врачей мужчины составляют 75,1%, женщины - 24,9%. В возрастной категории 26 - 35 лет мужчины составляют 31,0%, 36 - 55 лет – 30,7%, 56 - 63 лет – 19,2% и старше 63 лет – 3,0%, при этом женщины в этих возрастных группах составляют 6,8%, 6,7% и 2,2% соответсвенно. По сравнению с 2002 годом, в возрастных категориях 26 - 55 лет в 2017 году отмечается увеличение удельного веса женщин-врачей с 10,0% до 13,5%.

В половозрастной структуре средних медицинских работников 88,5% составляют женщины и только 11,5% мужчины.

За период 2002 - 2017 годы в возрастной группе 26 - 35 лет женщины - средние медработники составляют 12,0%, 36 – 55 лет – 66,5%, 56 - 63 – 6,05 и старше 63 – 0,4%. В динамике, по сравнению с 2002 годом, в 2017 году в возрастной группе 26 - 35 удельный вес женщин увеличился от 9,9% до 19,3%, в возрастной группе 36 - 55 лет их удельный вес снизился с 77,7% до 40,0%, что связано с приемом на работу в 2016 – 2017 годы женщин из возрастной группы 25 - 35 лет.

Нами также изучено и проанализированно состояние движения кадров службы СМП г. Душанбе.

Анализ показал, что в период 2002 - 2017 гг. разница в приеме и уволнении сотрудников в целом имеет положительную динамику, что связано с открытием нового ЦЭМП при Медицинском комплексе “Истиклол”. При этом врачей на 67,7% и медсестр на 100% принято больше, чем уволено.

Изучение кадрового потенциала службы СМП г. Душанбе показало, что в последние годы удельный вес врачей, имеющих общий стаж работы 1-5 лет, несколько увеличился и составляет 31,1%. Необходимо учесть, что традиционно в службе СМП на работу принимали специалистов, имеющих квалификационную категорию или же со стажем работы не менее 5 лет. Доля специалистов со стажем работы 6-10 лет составила 18,5%, более 10 лет – 50,0%. Дальнейший анализ показал, что 40,3% специалистов в службе СМП вне зависимости от общего стажа работы в выездной бригаде работают от 1 до 5 лет, 26,0% имеют стаж работы, как выездной врач, от 6 до 10 лет.

Общий стаж средних медработников от 1 до 5 лет составил 25,0%, от 6 до 10 лет – 22,2%, при этом удельный вес средних медработников вне зависимости от общего стажа, работающих в выездных бригадах 1-5 лет, составил 56,7%, от 6 до 10 лет - 20,9% и от 11 до 15 лет – 15,5%, остальные возрастные группы не превыщают – 4,1%.

Нами установлено, что в принятом Постановлении Правительства РТ «Об утверждении Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан» №510 от 31.10.2008 г. в вопросах подготовки и переподготовки работников службы СМП имеются много не

определенностей. Отсутствует целевая научная база скорой медицинской помощи, подготовка и переподготовка осуществляются по более 14 специальностям (кардиология, ревматология, неврология, педиатрия, токсикология, анестезиология и реаниматология, инфекционные заболевания, клиническая иммунология, аллергология, хирургия, гинекология, эндокринология и др.). на базе профильных кафедр и научных центрах. Также не решены вопросы прохождения специалистами интернатуры, ординатуры и аспирантуры и вопросы повышения квалификации специалистов СМП, не имеют конкретную продуманную систему.

Следует отметить и экономическую сторону данного вопроса. В ежегодном календаре государственных образовательных учреждений (Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибн Сино, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Медицинский колледж г. Душанбе) доля участников–курсантов, проходящих УСО на основе бюджетного финансирования, составляет не более 50%.

Показатель обеспеченности 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 РРП и областях республики показатель обеспеченности врачебными кадрами неоднозначен и имеются 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 имеется 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, 05 и 1,1, соответственно.

Некоторые достижения в Хатлонской области, в основном, связаны 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 по сравнению с обеспеченностью врачами, намного лучше и по республике 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 показатель также невысок (г. Рогун 1,2-1,5, г. Турсунзаде 0,7 - 1,5, гг. Вахдат и Варзобе 0,4 - 2.6, районы Шахринав 0,4 -1,9, Рудаки 0,5 – 1,0, Файзобод 0,7 - 2,4). 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) и в Аштском районе (2,1 – 3,8). В ГБАО самый высокий показатель имеет место в г. Хорог (7,6 – 8,8), районы Мургаб (2,4 – 2,6), Шугнан (2,2 – 2.4). За исключением г. Хорог, в других городах и районах республики показатель ниже.

Результатами исследования установлено, что в соответствии с приказом МЗИ СЗН РТ «Об утверждении Перечня должностей медицинских и фармацевтических работников организаций и учреждений системы здравоохранения Республики Таджикистан», от 07.06.2017 г., №602 в номенклатуру должностей включен «врач скорой медицинской помощи». Следует отметить, что специальных программ по аспирантуре, клинической ординатуре, интернатуре и УСО не предусмотрено.

Анализ уровня квалификационных категорий показал, что удельный вес врачей, имеющих квалификацию, по республике составил 36,3% (со второй категорией - 37%), по г. Душанбе – 75,5%, РРП – 37,8%, Хатлонской области – 21,4%, Согдийской области – 21%, ГБАО – 85,7%. Хотя в г. Душанбе и ГБАО уровень квалификационной категории достаточный, однако есть врачи и со второй категорией - 19,4% и 16,7% соответственно. В регионах на фоне низкого уровня квалификационной категории доля врачей со второй категорией более высокая, в частности, по РРП составляет 64,7%, Хатлонской области - 70% 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 категорийности, который составляет 27,4% (со второй категорией 45,4%), по г. Душанбе – 77,0%, РРП - 19,7%, Хатлонской области - до 21,4%, Согдийской области – 21,3%, ГБАО – 19,7%, (со второй категорией в Хатлонской области составляет 68,4%, РРП - 65,8% и Согдийской области – 63,9%).

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%). Следует отметить, что работа специализированых 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.

Стоит отметить, что в действующих нормативных документах, регулирующих деятельность службы СМП, специализированные бригады предусмотрены в городах с населением более 500 тыс. человек (г. Душанбе). Удельный вес фельдшерских бригад по республике составляет более 45% (г. Душанбе – 0 (к 2017 г.), РРП – 32,0%, Хатлонская область – 53,8%, Согдийская область – 65,9%, ГБАО к 2017 г. - 0).

Следует отметить, что имеющаяся тенденция расширения фельдшерских бригад не связана с политикой здравоохранения, а является явлением свершившегося факта по причине нехватки врачей и санитарной техники. В настоящее время моноуровневая фельдшерская бригада функционирует 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). На наш взгляд, расширение фельдшерских бригад в будущем достигнет максимума и создаст почву для

поэтапного перехода службы СМП на более ресурсосберегающие технологии - парамедицинский уровень. Если в Республике Таджикистан расширение фельдшерских бригад происходит по причине нехватки ресурсов, то в РФ, по данним некоторых авторов, внедрение ресурсосберегающей технологии (организация системы фельдшерских бригад в деятельности службы СМП) осуществляется в целях экономии фонда оплаты труда. [34;233].

Следует отметить, что такая тенденция характерна и для других стран постсоветского пространства (Украина, Грузия, Молдова, Узбекистан). В работе зарубежных авторов [19;35;294] указано,что большинство опрошенных сотрудников СМП (90%) потверждают, что около 50% врачебных вызовов может быть выполнено фельдшерскими бригадами и они являются хорошей альтернативой, получившей распространение за рубежом парамедицинскими бригадам. По их данным в РФ удельный вес фельдшерских бригад составляет - 61%, а в Ленинградской области РФ достигает уровня 73.6%. Об этом также свидетельствует данные зарубежных авторов. Например, Авитисов П.В. и соавторы (2012) указывают, что в РФ начато формирование нового общественного института – парамедиков. В начальный период предлагается локализовать создание парамедиков функционально рамками чрезвычайных ситуаций, а организационно - в системе МЧС [6]. В Республике Грузия на базе Национального учебного центра Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты началась подготовка парамедиков. В республике Молдова в классификатор занятий включена должность парамедика.

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. Следует признать, что данный показатель очень далек от оптимального уровня.

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, в 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 обшепрофильных 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 1980 г. – 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.

По результатам исследования установлено, что показатель частоты обращаемости составляет 58,5 на 1000 населения (г. Душанбе - 85,8, РРП – 36,7, Хатлонская область – 31,0, Согдийская область – 80,8, ГБАО – 161,2). Колебание данного показателя в районах РРП высокое - от 7,6 до 82,0, а в Таджикабадском районе -218,8. Колебание показателя в Хатлонской области составляет с 8,0 (район Пяндж) до 117,0 (г. Бохтар), в Согдийской области самый высокий показатель отмечен в г. Исфара – 211,3 и низкий в районе Деваштич – 9,9, в ГБАО частота обращаемость колеблется от 22,2 (район Шугнан) до 213,1 (район Мургаб), в г. Хорог наивысший показатель по республике – 626,8, что сравнимо с показателями 80-годов по г. Душанбе – 618. Для сравнения: этот показатель в 1980г. по г. Душанбе составлял - 618,1, в 1990 г – 492,1 на 1000 населения. По сравнению с среднестатистическими данными по Российской Федерации он ниже в 6,2 раза (по данным Ивановой А.А., (2008), и оставляет 364,2, а по данным Шляфер за последние 25 лет снизился с 324,4 до 313,6 [34;324].

Установлено, что удельный вес госпитализированных лиц 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 отмечается в Хатлонской области (в районах А. Джами – 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 глубокий кризис службы СМП на местах, что требует более глубокого анализа.

Для сравнения: этот же показатель в г. Душанбе составляет 22%, что совпадает с данными А. Г. Мирошниченко и соавторов [24]. По данным Шляфер С.И.(2016) за последний 25 лет в городах РФ частота госпитализации больных, доставленных бригадами СМН, на 1000 населения увеличилась с 62,5 до 84,1, а в сельской местности - с 25,1 до 37,5 [324].

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.) показтель оказания амбулаторной помощи составлял не более 2,5%. В зарубежных научных источниках нам не удалось найти данных относительно амбулаторной помощи при непосредственном обращении больных и пострадавших в учреждения СМП по причине неактуальности.

Результаты исследования показали, что в структуре выполненных вызовов за период наблюдений несчастные случаи составили 4,5 – 3,4%, внезапные заболевания и состояния 83,6 – 91,7%, роды и патологии беременности - 4,1 – 2,5%, перевозка больных, родильниц и рожениц 7,9 – 2,4% соответственно по годам. При этом в структуре перевозок удельный вес сельского населения составляет 41,5 – 64,5%. В регионах высокий уровень удельного веса перевозок отмечается в г. Душанбе - 11,8 – 3,0%, РРП - 5,4 – 3,6%, соответственно в других регионах страны колеблется в пределах 2,9 - 1,7%.

При этом частота родов и патология беременности при пересчете на 100000 населения снизилась с 219,8 до 146,0, или в 1,5 раза. Уровень данного показателя в регионах республики неоднозначен. В г. Душанбе показатель составляет 558,4-261,8 (- 2,1 раза), РРП 168,0 – 133,2(-1,2 раза), Хатлонской области 93,8 – 110,7 (+2,8 раза), Согдийской области 242,2 - 242,6 (без динамики) и в ГБАО частота достигает максимума и составляет 792,8 – 322,7 (- 2,4 раза).

В структуре выполненных вызовов по поводу несчастных случаев за наблюдаемый период на первый план выступают травмы, которые в сумме составляют от 38,9% до 48,9%. За ними следуют случаи с отравлениями, которые занимают второе место 17,9% - 21,5% соответственно по годам, на третьем месте с 9,6 – 16,6% стоит ДТП. Дальнейшее изучение выявило, что все случаи ожогов составили 6,3 - 4,9%, электротравмы 1,8- 0,4%, обморожения 0,2 – 0,1%, другие несчастные случаи составили с 24,9 до 7,1%.

За наблюдаемый период частота ДТП на 100 тыс. населения с 25,9 снизилась до 5,5 (- 4,7 раза), другие травмы с 105,5 до 99,6 , отравления с 48,5 до 21,5 (- 2.3 раза), ожоги с 17,1 до 4,9 (- 3,4 раза), электротравмы с 4,9 до 0,4 (- 12,2 раза). В структуре всех видов отравлений первое место занимает отравление спиртными напитками - 33,9 – 50,9% (+1,5 раза), за ним следует отравление лекарствами - 26,6 – 25,8 соответственно, пищевое отравление с удельным весом с 24,0 до 14,8% занимает третье место, отравление газом составляет 8,7 – 8,9%, наркотиками в пределах 6,8 – 7,9% соответственно по годам.

Проведенный анализ структуры травм за период наблюдений показал, что травмы рук и ног занимают значительное место и варьируют от 61,2% до 56,1%, соответственно, травмы головного мозга составили 27,8% (без динамики), травмы органов брюшной полости уменьшились с 16,1% до 11,0%.

Максимально значимый удельный вес в структуре выполненных вызовов по поводу внезапных заболеваний и состояний отмечается при гипертонической болезни, которая за период 2009-2017 гг. составила 23,4 – 25,8% соответственно. Доля впервые выявленных больных с гипертонической болезнью не превышает 22%. По данным зарубежных авторов, этот показатель составляет не более 5% [30]. При правильной организации работы амбулаторно - поликлинической помощи эти вызовы могли бы быть обслужены семейными врачами.

Второе место принадлежит заболеваниям органов дыхания - 19,5% - 16,3%, инфекционные заболевание составили 12,1% – 4,45%, ишемические болезни сердца – 5,0% – 7,8%, психические заболевания – 4,0% – 7,0%, острые заболевания органов брюшной полости 4,7% – 6,0 %, роды и патологии

беременности - 4,1% – 2,1%, острые урологические заболевания – 3,9% – 4,9%, инсульты – 0,8%, онкологические заболевания - 0,5% - 0,7%. Другие заболевания составили от 21,9% – 20,2% в различные годы..

За период наблюдений частота внезапных заболеваний на 100 тыс. населения составила: гипертоническая болезнь 1047,4 – 1511,8; заболевания органов дыхания 875,5 – 856,4; инфекционные заболевания 541,8 – 260,0; ишемическая болезнь сердца 225,4 – 453,9; острые заболевания органов брюшной полости 211,6 – 348,5; психические заболевания 177,3-412,6; роды и патология беременности 185,8 – 146,0; острые урологические заболевания 174,8 – 287,0; инсульты 37,2-49,3; онкологические заболевания 23,1-40,0; другие заболевания 980,3 – 1183,7.

В структуре ишемических заболеваний сердца за период 2009-2017 гг. стенокардия составляет 7,0% – 31.4%, при этом максимальное значении зарегистрировано в 2011 г. - 47,4%, инфаркт миокарда 21,1% – 22,8%, максимальное значение имело место в 2015 г. - 27,0%. Другие ишемические болезни колеблятся от 46,4% до 82,6%, соответственно по годам. Показатель частоты выполненных вызовов выездными бригадами на 100 тыс. населения со стенокардией составил 15,8 – 142,7, инфарктом миокарда 21,1 – 28,5.

В динамике структуры выполненных вызовов практически во всех 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.

Уровень общей летальности в г. Душанбе колеблется в пределах 1,1 – 0,9%. Значительную долю, или 97,4 – 94,2% составляют умершие до приезда бригады СМП. Удельный вес умерших пациентов в присутствии бригад СМП колеблется от 2,6% до 5,5%. Доля умерших в салоне автомобиля скорой медицинской помощи варьирует от 0,2% до 0,5%.

Летальные исходы на догоспитальном этапе медицинской помощи в целом по ГБАО составляют в среднем 0,1% от общего числа выполненных вызовов. В некоторых районах летальность составляет 0,01%. (Ванч – 8 случаев, Дарвоз - 20 случаев, Рушан – 4 случая), кроме г. Хорог, где летальность равна 0,1%. В ряде некоторых районов летальные исходы не зарегистрированы (Мургаб, Ишкашим, Рошткала, Шугнан). В структуре случаев с летальным исходом в 90,8% случаев смерть наступила до приезда бригад СМП, в 5,3% случаев - в присутствие бригады СМП и только 3,2% случаев пациенты умерли в салоне автомашины.

В среднем, по Хатлонской области за 16 лет наблюдений удельный вес умерших составляет 0,2% от общего количества вызовов, при этом в 88,1% случаев смерть наступила до приезда бригады СМП в 11% - в присутствии бригад СМП и только 0,9% случаев смерть наступила в салоне автомобиля скорой медицинской помощи.

Относительно высокие показатели летальности имели место в городах Бохтар - 1,0%, Куляб – 0,6%, Нурек – 0,3%, Леваканд – 0,4%, в районах Дангара, Пяндж – 1,0%, Ховалинг, Яван, А. Джами - 0,2%, Дж. Балхи, Куляб, Муминабад и Темурмалик – 0,1%.

В вышеуказанных районах удельный вес смерти в присутствии бригады СМП колеблется от 93,3% до 100%, смерть в салоне автомашины - до 33,3%. В остальных районах летальность не регистрирована.

Проведенный нами анализ всех летальных исходов при выездах бригад СМП Согдийской области показал, что за 16 лет показатель составляет 0,5% от общего числа выполненных вызовов.

Самый высокий уровень случаев с летальным исходом отмечается в городах Истиклол - 1,5%, Бустон - 1,6 и Худжанд - 1,0%. В районах Мастча, Деваштич, Айни, Ашт удельный вес составляет 0,1%, в Шахристанском районе - 0,01%. В остальных городах и районах области удельный вес летальности сохранился на уровне 0,3 - 0,9%.

Нами проведен анализ летальных исходов, зарегистрированных бригадами СМП РРП. За период наблюдения общая летальность не превышает 0,1% (максимальная величина – 0,3%). При этом умершие до приезда бригад СМП пациенты составляют от 98,0% (2009 г.) до 83,1% (2017 г.), умершие в присутствии бригад СМП от 2,0% до 11,3% соответственно, умершие в салоне автомашин не превышают 5,6%.

В г. Вахдат удельный вес летальных исходов колеблется от 0,2 в 2009 г. до 0,1% в 2016 г. В 2011 – 2013 гг. и в 2017 г. случаи с летальным исходом не зарегистрированы, аналогично нет регистрации летальных исходов в 2009 г., 2011 – 2012 гг., 2014 г., 2015 г. в г. Рогун, а в оставшиеся годы варьирует от 0,03 до 0,4%. В центре ЭМП г. Турсунзаде удельный вес пациентов с летальным исходом за период наблюдения составляет от 0,1 до 0,7%.

В отделении СМП г. Гиссар за аналогичный период вышеуказанный показатель достигает 3,4%, в районе Варзоб до 0,3%, в Лахш 0,3 (в 2009 г. и 0,1% в 2017 г.). В Раштском районе летальные исходы в 2009 – 2010 гг. составляли - 2,8% – 2,3%, соответственно. В Сангворском в 2010 г. – 0,01%, 2011 г. – 0,05%, в Файзободском районе зарегистрировано только в 2009 г., где показатель составляет 0,01% и в районе Рудаки в 2017 г. – 0,1%. В районах Нуробод, Шахринав и Таджикобод в статистических данных летальные исходы не приведены.

Особенностью клинических аспектов службы СМП являются временные ограничения, приводящие к диагностической неопределенности, высокие показатели гипердиагностики при различных патологиях (с 25 до 50%), особенно у пациентов в состояниях угрожающих жизни. Кроме того, врачу предстоит за короткое время обеспечить проведение комплекса мероприятий по восстановлению витальных функций пациента на месте, по пути следования и в

приемном покое до передачи пациента дежурному врачу госпиталя. Успешность проводимых мероприятий зависит от имеющихся в арсенале врача необходимых безопасных, эффективных и не дорогих по цене медикаментов, и изделий медицинского назначения.

На основании закона Республики Таджикистан: «О нормативно–правовых актах» №599 от 12 марта 2009 года деятельность службы скорой медицинской помощи регулируется действующими приказами Министерства здравоохранения СССР.

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31.12.2002 г., №525 «Об утверждении организационной структуры учреждений первичной медико-санитарной помощи» станции (отделения) СМП отнесены к ПМСП, а фактически, за исключением самостоятельных учреждений, все отделения СМП являются структурным подразделением ЦРБ. Также на примере г. Душанбе нами доказана неэффективность функционирования службы СМП в составе объединённых и многопрофильных больниц.

Установлено, что в директивном документе, утвержденном постановлением Правительства Республики Таджикистан №368 от 02.08.2010 г. «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 гг.» предусмотрено создание единой службы медицины катастроф, при этом судьба службы СМП остается не определенной.

Выявлено, что ранее организованные районные отделы здравоохранения по причине неэффективности были ликвидированы. При правильном подходе указанные структуры могли бы служить связующим звеном между первичным звеном и госпитальным сектором.

Вопрос разделения службы СМП на скорую и неотложную медицинскую помощь, остался не выполненным по ряду объективных причин. Для сравнения в г. Санкт-Петербурге, где служба СМП разделена на скорую и неотложную медицинскую помощь доля вызовов бригад Городской станции скорой медицинской помощи на квартиру по причине внезапного заболевания больше доли вызовов по поводу внезапного заболевания вне квартиры - 46% и 54%, со-

ответственно. Аналогичное соотношение сохраняется для вызовов по поводу несчастных случаев 52 – 48%, соответственно.

Исходя, из вышеизложенного было бы целесообразным службу скорой медицинской помощи г. Душанбе разделить на скорую и неотложную медицинскую помощь, по принципу, в основе которого заложено состояние, угрожающее жизни пациента, с доступностью СМП в течение 15 минут при следующих критериях.

- Разделенная служба скорой медицинской помощи (с организацией самостоятельного учреждения скорой медицинской помощи), с плотностью проживания населения более 10 000 человек на 1 кв. км:
- вне квартирного вызова (экстренного) составляют более 40% от общего количества всех вызовов;
- функция неотложной помощи передается центрам здоровья;
- при центрах здоровья организуются пункты медицинской помощи на дому, стационар-замещающие технологии: дневные стационары, стационары на дому, внедрение малоинвазивной технологии, расширение амбулаторной хирургии;
- организации госпитального этапа скорой медицинской помощи;
- амбулатории семейных врачей организуются в густонаселенных местах и на первых этажах высотных жилых зданий (с организацией круглосуточного режима дежурства семейных врачей).

Установлено, что финансирование СМП остается моноканальным без альтернативных источников финансирования, а также в нем отсутствует нормативный показатель обращаемости на 1000 населения.

Выявлено, что при распределении финансов между службами здравоохранения Республики Таджикистан в процентном соотношении доля госпитальной службы составляет - 70,6%, ПМСП - 15,9%, санитарно-эпидемиологической службы - 5%, специализированных служб - 4,8%, прочие службы - 3,7%. Необходимо отметить, что данные о расходах на службу СМП не приводятся.

При внедрении подушевого финансирования в учреждениях ПМСП не учтены учреждения СМП. Также реализация ранее принятых законов

Республики Таджикистан о медицинском страховании могла бы стать альтернативным источником финансирования для службы СМП.

Нами установлено, что Постановление Правительства Республики Таджикистан «О районных коэффициентах, коэффициентах за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах» №303 от 03.05.2014 г; Закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения» №412 от 15 мая 1997 г; список производств, цехов, профессий и должностей с вредными и тяжелыми условиями труда, утвержденные постановлением Правительства Республики Таджикистан №521 от 31 декабря 2002 г. (внесены изменения и дополнения постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2007 г., №658) направленные на социальную поддержку сотрудников станции (отделения) СМП, остались не реализованными.

Результаты исследования нормативных документов показали, что в приказе Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан №560 от 03.04.2007 г. «О правилах и организации прохождения аттестации медицинских и фармацевтических кадров» предусмотрен вопрос о прохождении аттестации: на соответствие занимаемой должности через 3 года; на 2-ю категорию через 5 лет; на 1-ю категорию через 7 лет; на высшую категорию через 15 лет. Кроме того, установлено, что выдача сертификата специалиста для занятия медицинской деятельностью, которая осуществляется на основании главы 5, статьи 20 и 21 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, где специалисты должны пройти сертификацию (не менее 1 раза в 5 лет), на практике не применяется. Установлено, что в действующих документах, регулирующих деятельность СМП, отсутствует квалификационная характеристика специалиста врача скорой помощи.

Существующая форма №40 - Отчёт станции (отделения, больницы) скорой медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава Республики Таджикистан №342 от 07.12.2000 г. были дополнены качественными показателями: штаты всего персонала; число санитарного транспорта;

количество стационарных и мобильных телефонов, рации и их состояние; структура вызовов; число умерших, роды и летальность и т.д.

В изученных нормативных актах, обеспечивающих преемственность службы СМП и центров здоровья, отсутствуют приказы регламентирующие; организацию стационар замещающих технологий; медицинскую помощь на дому; стационары на дому; дневные стационары. Имеется потребность в пересмотре и расширении перечня, амбулаторных лечебно-диагностических процедур с учетом современных технологий, позволяющих перевести основную нагрузку со стационаров на центры здоровья до уровня возможного. Установлено также, что действующий приказ носит формальный характер. Организованные дневные стационары при центрах здоровья работают на общественных началах, без финансового подкрепления.

По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, в г. Душанбе только в 60,4% случаев пациенты посетили семейного врача. Данный показатель по РРП составляет - 79,6%, Согдийской области - 51,9 %, Хатлонской области – 47,8% и ГБАО - 37,6%. В целом проблему получения доступа к медицинским учреждениям по г. Душанбе имеют - 10,6%, Согдийской области - 23,4 %, Хатлонской области – 40,6%, ГБАО - 32,6% и РРП - 25,7% пациентов.

Выявлено, что в Республике Таджикистан скорая медицинская помощь состоит только из догоспитального этапа. Организация госпитального этапа скорой медицинской помощи в нормативных актах не предусмотрена.

В вопросах взаимодействия службы СМП с другими профильными учреждениями особое место занимают преемственность с центрами здоровья (амбулаторно-поликлиническая сеть), которые являются зеркальным отражением функционирования службы СМП. В Республике Таджикистан в соответствие с Законом Республики Таджикистан от 29 декабря 2010 года №676 «О семейной медицине» центры здоровья функционируют по принципу семейной медицины. Согласно исследованиям множества авторов (Армстронг М, 2008; Даирбеков О.Д. и соавторы 2007; Дарменов О.К. и соавторы 2007) с внедрением общей врачебной практики встал вопрос о реорганизации

службы скорой и неотложной помощи в службу скорой помощи. Для этого врачей общей практики (ВОП) необходимо наделить соответствующей компетенцией, должным организационно - правовым регламентом работы и др.

В указанном законе и других нормативных актах регулирующих деятельность учреждений ПМСП, не определены вопросы дальнейшего совершенствования данной службы на примере развитых стран (Соединенное Королевство), где семейные амбулатории являются самостоятельными субъектами.

Существующие центры здоровья и входящие в их структуру семейные амбулатории в основном размешены в зданиях, построенных по СНИП действовавших в бывшем СССР, что не может удовлетворить потребности центров здоровья, работающих по принципу семейной медицины. Кроме того, в строительных нормативах не предусмотрено отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи.

Установлено, что в статье 7, 49, 54, 75 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан предусмотрено оказание первой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим. Следует отметить, что указанный выше кодекс не охватывает весь спектр деятельности службы скорой медицинской помощи и требует внесения дополнений и изменений. В частности, в главе 2 требуется внесение изменений в части: обязанности должностных лиц исполнительного органа государственной власти на местах по обеспечению беспрепятственного проезда санитарного транспорта по пути следования до места назначения (полоса для спецмашин, профилактика заторов, недопущение искусственных преград у жилых домов, освещение улиц и нумерация домов); ответственность граждан за нанесение морального ущерба и увечье сотрудникам скорой помощи (с утратой здоровья) во время выполнения ими своих функциональных обязанностей; социальных льгот для сотрудников службы СМП, включая коэффициент оплаты за работу в условиях высокогорья; прав сотрудников службы СМП при получении производственных травм, заражении трансмиссивными и особо опасными инфекционными заболеваниями;

в случаях их смерти во время исполнения ими функциональных обязательств; приравнивания прав сотрудников скорой помощи правам сотрудников МВД.

Дальнейшее изучение кодекса показало, что в главе 8 статьи 59 не определены понятия: экстренная медицинская помощь, неотложная медицинская помощь, плановая медицинская помощь (медицинская эвакуация), скорая медицинская помощь, первая медицинская помощь, медицинская помощь на дому, включая паллиативную и первая помощь. В указанной статье также не определены этапы скорой медицинской помощи (госпитальный и вне медицинских учреждений или до госпитальный), разделения полномочий участников - специалистов и учреждений оказывающих медицинскую помощь. Имеются противоречия в определении названия учреждений, оказывающих скорую медицинскую помощь. В вышеуказанной статье вид помощи определен, как «скорая медицинская помощь», при этом «судьба» неотложной помощи остается неясной, а на практике продолжают функционировать отделения скорой и неотложной помощи. В главе 11 статьи 72 не предусмотрены вопросы интеграции работы специалистов скорой медицинской помощи и семейных врачей. Так же не отражены вопросы оказания скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях, когда пациент не нуждается в круглосуточном наблюдении.

Установлено также, что в Кодексе здравоохранения Республики Таджикистан предусмотрена организация оказания экстренной медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в учреждениях особого режима, имеющих в своем составе медицинскую службу. Данный подход требует обоснованного пересмотра в пользу обслуживания данной категории за счет имеющихся медицинских служб этих ведомств (в дневное время).

Было установлено, что частная медицинская деятельность в виде альтернативной службы скорой медицинской помощи с государственным регулированием отдельных или всех видов медобслуживания не получила широкого применения.

В кодексе отсутствует раздел финансирования службы СМП, а также вопросы модернизации с использованием инновационных технологий,

временные стандарты доезда СМП к месту происшествия, госпитализация пациентов согласно профилю в высокотехнологичные стационары (при их наличии), не отражен порядок сортировки и эвакуации пациентов в приемных покоях.

Дальнейшее изучение существующих нормативно-законодательных актов, регламентирующих сферу деятельности семейного врача показал, что в них не отражены вопросы оказания скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях (когда пациент не нуждается в круглосуточном наблюдении) и уровень взаимодействия семейного врача с врачами СМП.

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан придерживается модели исключительного контроля семейного врача, по вопросам перенаправления больных из первичного звена в учреждения второго и третьего порядка.

На начальном этапе реализации вышеуказанной модели все еще существует множество проблем, из-за которых пациенты обходят семейного врача и имеют прямой доступ к услугам специалистов. В связи с этим необходимо предоставление различных путей для того, чтобы помочь семейным врачам оставаться в центре отношений с пациентами, в том числе при взаимодействии с врачами СМП. Даже если учесть, что обеспеченность санитарным транспортом составляет не более 30% от потребности, количество обслуживаемых вызовов у диспансерных больных имеет динамику к росту, что показывает низкий уровень взаимодействия с бригадами СМП и развития стационар-замещающих технологий.

Вне зависимости от существующих моделей организации работы семейного врача (семейные врачи, работающие в индивидуальном порядке, групповая врачебная практика) взаимоотношение с врачами СМП остается не определенным. Только в некоторых развитых странах (Соединенное Королевство) врачи обслуживают пациентов 24 часа, за исключением состояний, угрожающих жизни пациента, в остальных случаях к больному сначала приходит семейный врач и он принимает решение о вызове скорой помощи.

Теоретически семейные врачи должны обслуживать пациентов 24 часа. На практике многие из них сейчас передают эту обязанность «замещающим службам», работающим в ночные часы или выходные дни, включая службу скорой медицинской помощи, хотя во многих случаях, даже критических, пациенты обращаются сначала к семейному врачу.

Авторы диссертации предлагают ниже следующие модели взаимодействия врача СМП с семейным врачом:

- модель оказания экстренной первичной медицинской помощи без участия семейного врача;
- модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача;
- модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных);
- смешанная модель – действия по ситуации.

Нами доказано, что приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 г. «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан», который базируется на действовавших приказах Минздрава СССР, не отвечает современным требованиям, в частности, приказ не учитывает климатогеографические и демографические условия. Кроме того, в вышеназванном приказе не предусмотрены вопросы организации и развития госпитального этапа скорой медицинской помощи.

В целом существующая нормативно – правовая база службы СМП республики, нами оценена, как не соответствующая современным требованиям. На наш взгляд в нормативных документах не регламентированы правила вызова СМП, взаимоотношения врача и пациента при непредвиденных ситуациях, не отражены вопросы социально – правовой защиты медперсонала СМП и взаимодействия с другими службами. Существующая расчётная потребность населения в выездных бригадах, не учитывает особенностей рельефа и плотности проживания населения, а статистическая отчетность направлена на количественные показатели службы СМП.

Результаты исследования в части нормативной базы, обеспечивающие взаимодействие службы СМП с профильными службами, показали, что в соответствии с постановлением Правительства Республики Таджикистан «О положении МЗиСЗН РТ» №148 от 03.04.2014 г. в структуре МЗиСЗН РТ предусмотрено отделение по чрезвычайным ситуациям и экстренной медицинской помощи. Согласно пункту 4 на МЗ СЗН РТ возложена координация действий с другими профильными учреждениями. Взаимодействие служб экстренного реагирования в Республике Таджикистан координируется Национальным комитетом при Правительстве Республики Таджикистан.

В «Правилах дорожного движения», утвержденных Постановлением Правительства Республики Таджикистан №323 от 29.06.2017 г., предусмотрено оказание медицинской помощи участникам дорожного движения при ДТП, также водители обязаны по требованию сотрудников ГАИ и медицинских работников доставить пострадавших в ДТП до лечебного учреждения при угрожающих для их жизни состояниях. Водители обязаны иметь автомобильную аптечку, перечень содержимого которой определяет МЗиСЗН РТ. Водитель – врач обязан имеет указатель о том, что за рулем находится врач, при необходимости он обязан оказать медицинскую помощь пострадавшим, это распространяется на всех участников дорожного движения, санитарный транспорт скорой медицинской помощи отнесен к спецмашинам, которые при необходимости могут игнорировать красный свет светофора. В данном нормативном акте не отражены вопросы участия сотрудников ГАИ в оказании первой медицинской помощи.

Выявлено, что на основании статьи Закона Республики Таджикистан «О правилах дорожного движения» определены порядок организации действия прибывших на помощь (ГАИ, ЧС, СМП). Существенным недостатком данной формы взаимодействия является то, что представители ведомств, прибывшие к месту катастрофы, не являются одной командой, как спасательная группа на постоянной основе. В пункте 5 Правил указано об организации медицинских пунктов на каждые 60 км магистральных дорог, с организацией телефонной точки «03». Данная форма организации имеет существенные недостатки. Во

первых, в составе команды нет представителей ГАИ, ЧС, во-вторых, организация медпунктов на магистральных дорогах протяженностью более 600 км (10 медпунктов) требует бесконечных затрат и является неэффективным мероприятием. Зарубежные авторы (Бойков А.А, 2006; Киялова Г.И и соавторы, 2010) отмечают, что широкое использование специализированных бригад порождает ряд проблем, касающихся, в частности, рационального их использования (дублирования вызовов, использования бригад не по назначению и их простоем).

Также не решены вопросы нормативно-правовых актов, регламентирующих уровень и объем медицинской помощи, обучение и сертификацию участников групп быстрого реагирования (ГАИ, ЧС), в этих условиях более эффективным мероприятием была бы организация смешанной формы сотрудничества, то есть спасательные группы используют наземный транспорт и санитарный вертолет.

В результате проводимого исследования установлено, что нормативно-правовая база, регулирующая деятельность службы СМП базируется на действующих, на территории Республики Таджикистан нормативных документах. Принятые в последние годы нормативные акты не учитывают климато-географических особенностей и демографических условий регионов республики. Также по причине невыполнения соответствующего постановления Правительства Республики Таджикистан в районных административных центрах учреждение СМП остаются в составе ЦРБ, финансирование которых осуществляется по остаточному принципу. При этом отсутствует координация деятельности госпитального и догоспитальго этапа медобслуживания. Имеются противоречия в документах, обеспечивающих качество и объем медицинской помощи на догоспитальном этапе, многие аспекты деятельности службы СМП не имеют соответствующего нормативного акта, включая подготовку и переподготовку кадров. По причине отсутствия нормы потребности населения СМП планирование службы имеет эмпирический характер, а перспективное планирование не ведется.

Исследование по заданной теме охватывает различные аспекты службы скорой помощи, а теоретическая база службы СМП сформирована ещё в прошлом столетии и не претерпела существенных изменений.

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.

Нами изучено также состояние экстренной службы в ведомственных учреждениях. Выявлено, что их взаимодействие с СМП и другими службами экстренного реагирования осуществляется совещательно.

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

Установлено, что взаимодействие службы СМП с КЧС координируется национальным комитетом по ЧС, в практике необходимо организовать единую координационно-диспетчерскую службу. 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.

Анализ распределения вызовов станции СМП г. Душанбе по часам суток показал, что в часы «пик» число поступлений вызовов составил 52,6%, в часы работы центров здоровья 29,0%, что свидетельствует о недостаточности работы амбулаторно-поликлинической сети.

Среднее время с момента поступления вызова до его передачи бригаде составило 3,6 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. В отдельных случаях по экономической целесообразности

и для сокращения времени доезда до 3-х минут (г. Норвич) парамедики используют велосипед.

Вышеуказанное свидетельствует о том, что в разных странах для достижения цели (доступа населения) используются разные варианты проезда экипажа СМП. В условиях Республики Таджикистан с сложными горными рельефами и труднодоступностью отдельных населенных пунктов целесообразно использование выючного и гужевого транспорта.

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

Из опрошенных респондентов и их родственников 76,4% при обострении хронических заболеваний предпочитают обратиться за скорой медицинской помощью, только 23,6% полагаются на семейного врача. Частое обращение хронических больных за СМП имеет экономические причины, 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 работу СМП, 73% - удовлетворительном и только 12% - неудовлетворительном. Только 10% респондентов отметили высокую квалификацию сотрудников СМП.

Одной из важных задач службы СМП остается поддержание 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 и 47% оценили качество медицинской помощи, как низкое.

На вопрос: «Могут ли фельдшерские бригады выполнять функцию линейных врачебных бригад» - 42,1% врачей и 12,5% средних медработников ответили положительно.

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

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,% 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 семейным врачом является модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных) и смешанная модель – это действия по ситуации.

Существуют позиции, выполнение которых могут снижать нагрузку на скорую помощь. Одним из таких направлений является развитие сети дневных стационаров. 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.

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.

Служба скорой медицинской помощи и санитарная авиация функционируют с децентрализованной системой управления. Научные исследования в этом направлении малоинформативные и нуждаются в детализации. Существующая сложность администрирования и дискоординация в системе управления СМП, недостаточный уровень догоспитальной медицинской помощи требует принятия организационно-структурных решений. Согласно исследованиям зарубежных авторов (Архипов С.Ф., 2004; Матер А.А., Сидоров Н.М.,2003) наряду с реорганизацией службы появились тенденции в пользу организации единой системы управления службой СМП. В РФ, как на федеральном уровне, так и в регионах, организованы научно-клинические и организационно - методические центры экстренной медицинской помощи с филиалами в регионах, включающие в своей состав: координационно-диспетчерскую службу (подстанции скорой медицинской помощи, диспетчерская «03»; диспетчерская служба санитарной авиации; штаб чрезвычайных ситуаций, склад с медикаментами, находящийся в распоряжении КЧС).

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

АСУ позволила увеличить доступность населения к экстренной медицинской помощи на 36,8% и объема выполненных вызовов - на 30,5%. При этом число вызовов, выполненных с опозданием, уменьшилось на 32%.

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

Внедрение системы географического позицирования 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. 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%.

В соответствии с приказом МЗиСЗН РТ №33 от 28.12.2010 года в городах с населением 500 тыс. человек служба СМП должна быть разделена на скорую и неотложную медицинскую помощь. Было установлено, что доля вызовов на квартиру составляет более 90,3%. 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 условий: плотность проживания населения составляет более 10 000 человек на 1 км^2: внеквартирные вызова (экстренный) 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).

В целях улучшения доступа населения к услугам СМП нами изучены некоторые факторы, влияющие на её доступность.

Самый высокий уровень плотности проживания населения на 1 км^2 отмечается в г. Душанбе, который имеет динамику роста. Если этот показатель в

2002 году составлял 5894,0, а в 2017 году достиг уровня 8162,0 человек на 1 км^2 или вырос почти в 1,5 раза. В противоположность в Мургабском районе показатель равен 0,4 жителя на 1 км^2. Это обстоятельство затрудняет разработку единого оптимального временного стандарта приезда бригады СМП к месту происшествия.

Установлено, что 15-минутная доступность из 18 районов и городов республики только в 11 составляет от 55,1% до 88,2%. Из 26 городов и районов Хатлонской области только в 12 городах и районах этот показатель составляет более 50,0%. В ГБАО также 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 Жовид, Водхул, Техарь, Язгулом, Рованд 2, 3, 4, 5 и 8 часов, соответственно). Дороги в джамоатах Жовид и Техар в январе - марте становятся труднопроходимыми, а иногда оказание СМП становится невозможным.

В районах Деваштич, Ашт и Кухистони Мастча время доступа населения к СМП более 1 часа достигает 49,4, 49,3 и 82,6%, соответственно. При этом в некоторых населенных пунктах района Кухистони Мастча, такие как Падаск, Мадрушкат, Табуши, Валигонд, Дехманора, Рог, Ланглифт, Дехавз, где проживают 69,7% населения данного района, время доступа к СМП составляет от 2 до 6 часов.

Анализ времени доступа населения РРП к СМП показал, что только в г, Вахдат, в районах Рудаки, Шахринав 81,6, 74,3 и 71,4% населения, соответственно проживают в зоне 15-минутной доступности.

В других городах и районах РРП от 7,4% до 41,5% населения, имеют возможность к 15-минутной доступности. Наряду с этим в городах и районах, кроме г. Турсунзаде, г. Гиссар, районов им. Рудаки и Шахринавском, время доступа для 19,4% населения составляет более 1 часа. В г. Вахдат в населенных пунктах Чосу и Ромит 6% населения, в Файзободском районе 11,3%, в Лахшском районе более 90% населения имеют ограниченный доступ к услугам СМП из-за некачественных автомобильных дорог.

Существующий диапазон доступа населения к СМП от 15 минут до 8 часов создает сложности при составлении единого временного стандарта по всей республике, которые необходимо учесть при разработке новых нормативов

Необходимо отметить, что из дислоцированных в административно - территориальных центрах учреждений СМП 10 учреждений 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.

При планировании финансирования службы СМП, при разработке нормативных расчетов необходимо учитывать климатические условия различных регионов страны.

С учетом климато-географических, демографических и социально-экономических условий 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 кв. км;

б) организация службы скорой медицинской помощи (с организацией самостоятельного учреждения скорой медицинской помощи) с плотностью проживания населения более 10 000 человек на 1 кв. км, 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.

Проведенный нами анализ состояния догоспитальной службы скорой медицинской помощи республики позволил выявить некоторые тенденции и недостатки в организации службы СМП:

- несовершенная, имеющая множество противоречий нормативно–правовая база, не способствующая социальной поддержке сотрудников, защите прав и их достоинства и развитию службы СМП в целом;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 г. «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан» о поэтапной реорганизации станций (отделений) скорой и неотложной скорой медицинской помощи, путем организации станции (отделения) скорой медицинской помощи», остался не реализованным;
- существующая стратегия финансирования основана только на моноканальное бюджетное обеспечение, где альтернативные источники и их механизмы реализации не рассматриваются;
- выраженный финансовый дефицит и региональная диспропорция в их распределении, включая не эффективную систему тарификации оплаты труда работников СМП;
- отсутствие национального уровня управления, единого методического центра и мониторинга качества услуг;
- отсутствие внутриотраслевой координации деятельности экстренных служб, приводящей к необоснованной нагрузке на службу СМП и выполнению ею несвойственных им функций;
- недостаточная преемственность между врачами СМП и семейными врачами;
- заметная фрагментация здравоохранения, как на уровне смежных структур учреждений ПМСП, так и внутри отрасли;

- протоколы и стандарты оказания скорой медицинской помощи составлены без учета госпитального этапа скорой медицинской помощи, а также доказательной медицины;
- в плане подготовки и переподготовки кадров, отсутствие кафедр скорой медицинской помощи (для студентов, курсантов и слушателей), магистратуры, интернатуры и аспирантуры по специальности «врач скорой медицинской помощи»;
- низкая заработная плата не привлекает опытных специалистов, идет тенденция омолаживания кадрового потенциала, влияющая на престиж службы СМП;
- сложное социально–экономическое неравенство в регионах, особенно сельской местности, приведшей к кадровой диспропорции в пользу крупных городов и областных центров;
- слабая материально-техническая база, изношенность автопарка и существующих приспособленных помещений, морально и физически устаревшее медицинское оборудование образца прошлого столетия, заметный дефицит лекарственного обеспечения и, как следствие, неудовлетворенность населения услугами СМП;
- внедрение инновационной технологии в службе СМП не получило финансовой поддержки и политической настойчивости со стороны регионарных и центральных органов управления здравоохранения;
- не эффективное функционирование станции (отделения) СМП в составе объединенных больниц и ЦРБ.

В связи с этим нами изучены социально – экономические предпосылки внедрения парамедицинских бригад в службу СМП Республики Таджикистан:
- общепризнанно, что служба СМП остается самым ресурсоемким сектором здравоохранения;
- существующая тенденция максимальной медицинской помощи на догоспитальном этапе требует бесконечного ресурсо-обеспечения (в нарушении существующих действующих нормативов в некоторых городах и областных центрах работают специализированные бригады, эффективность которых не превышает 10-15%);

- на фоне существующей тенденции к максимизации медицинской помощи населению имеют место значительные региональные кадровые и финансовые диспропорции (или же по факту служба СМП отсутствует, как таковая);
- в силу географических особенностей, демографических условий, а также по причине нехватки кадров доступность населения к получению скорой медицинской помощи ограничена, особенно в отдаленных труднодоступных местах;
- отсутствие целевых образовательных программ подготовки и переподготовки специалистов службы СМП привело к слабой профессиональной подготовке, в результате имеют место одинаковые показатели уровня оказания помощи врачебными и фельдшерскими бригадами. Например, удельный вес случаев с летальным исходом в присутствии бригад СМП в г. Душанбе и в Хороге, где в основном работают врачебные бригады, за период наблюдений составляет 0,7-5,5%, соответственно. Напротив, в Варзобском районе, где работают только фельдшерские бригады, летальность на догоспитальном этапе не превышает 0,3%;
- низкая оплата труда врачей СМП породила проблему нелегальной оплаты за медицинское обслуживание;
- результаты социологического опроса врачей СМП свидетельствуют о непрестижности профессии врача СМП и отсутствии мотивации к работе;
- обеспеченность станции (отделения) СМП врачебными кадрами не превышает – 0,42 (при оптимальной цифре – 1,9), фельдшерами – 1,39 (при оптимальной цифре не менее 4,0 на 10 000 населения);
- в противоречие постановлению Правительства Республики Таджикистан от 2002 г., №525 отделения СМП в районных центрах остаются в составе ЦРБ, как маловажное и вторичное звено здравоохранения, финансируемое по остаточному принципу, где в некоторых регионах совместительство врачей достигает 1,5 и более (при оптимальной цифре – 1,4);
- в течение последнего десятилетия в организации службы СМП не произошло особых изменений, совершенствование службы СМП всегда было сопряженно с высокими экономическими затратами;

- законодательно – правовая база службы СМП в основном была направлена на укрепление материально-технической базы службы и защиты потребителя медицинских услуг, социальный статус сотрудников СМП находится на втором плане.

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 обходится дешевле в 29,5 раз.

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, низую оплату труда сотрудников и непрестижность профессии врача СМП, множество факторов «за» и «против» внедрения парамедицинских бригад в службу СМП, нами разработан поэтапный переход службы СМП на парамедицинский уровень.

На первом этапе наряду с врачебными бригадами допускаются парамедицинские бригады и врачи-консультанты (по телефону) - двухуровневая модель с преобладанием парамедиков, с правом передачи больного врачебной бригаде СМП в необходимых случаях.

На втором этапе создаются фельдшерские специализированные бригады и параллельно парамедицинские с врачами - консультантами (по телефону), двухуровневая модель с преобладанием парамедиков, с правом передачи больного фельдшерской бригаде СМП в необходимых случаях.

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

Следует отметить, что при переходе службы СМП на парамедицинский уровень важное место отводится структуре подчинённости экапажа парамедиков. Например, в различных штатах США служба скорой помощи организована по-разному: подразделение пожарной службы, в котором пожарные имеют медицинскую квалификацию – 38%; отдельная служба – 23%; частная компания – 13%; в подчинении больницы – 7%; в подчинении пожарной службы – 4%; частная компания под общественным надзором – 2%; другие – 13,0% [371; 396].

Для поэтапного достижения вышеуказанных целей разработан алгоритм действий по совершенствованию службы скорой медицинской помощи, где разделены функции и задачи органов власти различных уровней. Автор диссертации считает, что в условиях Республики Таджикистан при переходе службы на парамедицинский уровень более приемлем вариант централизации управления службой. Зарубежный автор Елохина В.В. (2016), считает, что какую бы модель СМП ни получила в дальнейшем, её развитие следует формировать в соответствии с современной стратегией государственной политики в области здравоохранения [64].

Для перехода службы СМП на парамедицинский уровень в качестве первого шага при помощи международной неправительственной гуманитарной организации «Medical Teams International» на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи был организован учебно-тренировочный центр по оказанию первичной экстренной помощи. Кроме того в ходе проектирования Медицинского комплекса на 650 коек и поликлиники на 800 посещений в смену в её структуре был запланирован подобный учебный центр, который начал свою работу в 2017 году.

Программа учебного плана состоит из 30 часов, где теоретические занятия составляют - 15%. При этом обучение для сотрудников СМП бесплатное. Следует признать, что для переподготовки врача и среднего медработника этого недостаточно, однако при расширении программы и открытии при крупных станциях и центрах ЭМП дополнительных учебных центров она может стать альтернативой для существующих смежных программ государственных образовательных учреждений в сфере здравоохранения.

В этих центрах проведено более 50 тренингов по оказанию ЭМП, в которых приняли участие свыше 1577 слушателей (медработники, сотрудники ГАИ, пожарной службы, сотрудники КЧС и силовых структур).

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, рассвета, 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 догоспиталной 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 позицирование 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 функциональныхтей обязаностей (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 подразделении 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, горьюче-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 литературы

Список использованных источников

1. Абашин, Н.Н. Оценка эффективности вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.33 / Абашин Н.Н. – М, 1999. – 24 с.
2. Абдурахимов, Б.И. Состояние организации и пути совершенствования службы скорой медицинской помощи г. Душанбе в современных социально-экономических условиях: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.33/ Абдурахимов Б.И. – Душанбе., 2007. – 22 с.
3. Абдурахимов, Б.И. Состояние организации и пути совершенствования службы скорой медицинской помощи г. Душанбе в современных социально-экономических условиях: дис. канд. мед. наук: 14.00.33 / Абдурахимов Б.И. - Душанбе, 2007. – 150 с.
4. Абильдина Н.А. Управление материально-техническими ресурсами организации здравоохранения в условиях крупного города: автореф. дис… д-ра мед. наук: 14..02.03 / Абильдина Н.А. – Алматы., – 2010. – 45 с.
5. Абубакиров, Н.А. Дальнейшее совершенствование службы скорой медицинской помощи в системе оказания экстренной медицинской помощь на догоспитальном этапе в г. Уфе / Н.А.Абубакиров,С.Н. Хунафин // Скорая медицинская помощь. - 2004. - Т. 5, № 2. - С. 63-64.
6. Авитисов, П.В. Социальные и политические проблемы формирования в России института парамедиков / П.В. Авитисов. А.И. Лобанов \\ Научные и образовательные проблемы гражданской защиты. – 2012.-№ 3. – С. 70-71.
7. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Транспорт и служба связи. - Душанбе, 2017. – 23 с.
8. Армстронг, М. Практика управления человеческими ресурсами – 8-е изд. // Перевод с англ. под ред. С.К. Мордовина – СПб.: Питер. – 2008. –832 с.
9. Артюхов, И.П. Экономический анализ медицинских учреждений «Феникс»/ И.П. Артюхов, Т.**Д.** Морозова, Е.А. Юрьева. - Ростов–на- Дону, 2006. -211 с.
10. Архивные материалы администрации станции скорой медицинской помощи г. Худжанд на 12 листах.
11. Архивные материалы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе на 84 листах.
12. Архивные материалы облздравотдела Хатлонской области, 1993 г., на 28 листах.
13. Архивный Институт истории партии при ЦК КП Таджикистана ф1.оп.1, ед.хр.1075.
14. Архипов, С.Ф. Отечественное здравоохранение на рубеже веков / С. Ф. Архипов; под ред. С.Ф. Богненко. – Санкт-Петербург, 2004. – 255 с.

15. Атарбаева, М.Д. К вопросу организации преемственности медицинской помощи населению/ М.Д. Атарбаева, Г.К. Каусова, Атарбаева В.Ш. // Вестник КазНМУ. - 2017. - №2 .- С.491- 493.
16. Ахмедов, А. Здравоохранение Таджикистана на современном этапе и основные направления его совершенствования / А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, Ф.И. Одинаев. – Душанбе, 2002. – 203 с.
17. Ахмедов, А.А. Материалы коллегии Минздрава Республики Таджикистан. Доклад министра здравоохранения Республики Таджикистан «Об итогах деятельности отрасли за 1993 г. и задачах на 1994 г.» / А. Ахмедов. – Душанбе,1993. - 25 с.
18. Ахмедов, А.А. Руководство по управлению учреждениями первичной медико-санитарной помощи / А.А. Ахмедов, Мирзоева З.А. - Душанбе, 2003. – 239 с.
19. Багненко, С. Ф. Анализ характеристики станции и отделений скорой медицинской помощи в Ленинградской области / С. Ф. Багненко, А.А. Лобжанидзе, Н.В. Разумный // Скорая медицинская помощь, - 2014. - №4. – С. 4-10.
20. Багненко, С. Ф. Расчет и использование показателя времени доезда выездной бригады скорой медицинской помощи до места вызова / С. Ф. Багненко, И. П. Миннуллин, Н. В. Разумный // Скорая медицинская помощь. -2014. -№3. – С. 14-17.
21. Багненко, С. Ф. Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития: Методические рекомендации / С. Ф. Багненко, А. Г. Мирошниченко, В. В. Стожаров: ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе», ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова» Министерства здравоохранения России. - СПб., 2012. - 72 с.
22. Багненко, С.Ф. Основные проблемы организации экстренной медицинской помощи на современном этапе / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Архипов // Скорая медицинская помощь. - 2002. - Т. 3, -N 2. - С. 8-10.
23. Багненко, С.Ф. Скорая медицинская помощь. Национальное руководство / С.Ф. Багненко. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2015, - 886 с.
24. Бадаунова, А.К. Обращаемость по станции скорой медицинской помощи г. Алматы. [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://kaznmu.kz/ press / 2013/09/25/.
25. Бадиров, Ш.Ш. Организация скорой медицинской помощи в городах и сельской местности / Ш.Ш. Бадиров // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2013. - № 2. - С. 86.

26. Барсукова, И. М. Результаты изучения мнения пациентов о качестве и доступности скорой медицинской помощи / И. М. Барсукова, Е. Н. Пенюгина, О. Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. - 2015. -№4. – С. 4-11.
27. Барсукова, И. М. Вопросы выбора способов оплаты скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации / И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. - 2014. - №4 –С. 10-18.
28. Барсукова, И.М Перспектива создания системы менеджмента качества в службе скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова // Журнал им Н.В Склифосовского. Неотложная медицинская помощь. -2015, №2. - С. 42-46.
29. Бегичева, С.В. Модель оптимального размещения станций и филиалов скорой медицинской помощи / С.В. Бегичева // интернет-журнал «Науковедение» - 2016, -Т. 8, №6 . Режим доступа: http://naukovedenie.ru/vol8-6.php.
30. Бекина, Г.В. Исследование преемственности между станциями скорой медицинской помощи и поликлиниками в оказании терапевтической помощи на дому: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.33 / Г.В. Бекина. - М., 1991. – 25 с.
31. Белокриницкий, В.И. История службы скорой медицинской помощи в России / В.И. Белокриницкий // Врач скорой помощи. – 2010. - №12. -С.7.
32. Берснев, В.П. Организация медицинской помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой на догоспитальном и госпитальном этапах в г. Санкт-Петербурге и вопросы стандартизации / В.П. Берснев, О.В. Могучая, Е.Е. Субботин // Скорая медицинская помощь. - 2002. - №3. -С.18-22.
33. Богницкая, Т.Н. О развитии организационных форм неотложной медицинской помощи // Сов. Медицина. - 1990. - №5. - С. 63-66.
34. Бойков А.А. Научное обоснование совершенствования работы службы скорой медицинской помощи в крупном городе на догостпитальном этапе: автореф. дис. …д-ра мед. наук: 14.00.33/Бойков А.А. – 2006. -44 с.
35. Бойков, А.А. Научное обоснование совершенствования работы службы скорой медицинской помощи в крупном городе на догоспитальном этапе: дис….д-ра мед. наук: 14.00.33 / А.А. Бойков. - СПб., 2006.- 370 с.
36. Бойков, А.А. Современная социально-гигиеническая характеристика пострадавших в локальных чрезвычайных ситуациях и организация скорой медицинской помощи при них в крупном городе: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / А.А. Бойков. - СПб, 2000. - 18 с.
37. Болотникова, Н.И. Эффективность работы специализированных бригад при оказании догоспитальной медицинской помощи / Н.И. Болотникова, И.Ю. Болотников // Медицинские науки. Гигиена и организация здравоохранения. - 2015. - № 4 (36). - С. 87-94.
38. Бондаренко, Н.В. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / Н.В. Бондаренко, ред. Шейман И.М., Шишкин С.В. - М.: ИД ВШЭ, 2012. – 262 с.

39. Бояринова, Е. А. О некоторых нерешенных вопросах организации службы неотложной помощи / Е.А. Бояринова // Сов. Медицина. - 1990. - №5. - С. 44-46.
40. Будни столицы №3 (836) / Еженедельный выпуск Вильнюсского самоуправления «Будни столицы» №312 от 17-23 января 2013 г. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.obzor.lt / images / newspapers/836/n03-3.pdf.
41. Буравцов, В. И. Организация медицинской помощи раненым / В. И Буравцов, Ш. Л. Меараго // Скорая медицинская помощь. - 2012. - № 4. - С.67-71.
42. Бухтиярова, Э.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование обращаемости и пути оптимизации оказания скорой медицинской помощи населению крупного промышленного центра: дис. … канд. мед. наук: 14.00.33 / Бухтиярова Э.В. – Новокузнецк, 2006. – 174 с.
43. В Украине ликвидировали профессию «фельдшер скорой помощи» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://dpchas.com.ua/zhizn/v-ukraine-likvidirovali-professiyu-feldsher-skoroy-pomoshchi.
44. Валесян, А.А. Перспективы использования механизма частно-государственного партнерства (ЧГП) в развитии здравоохранения России: автореф. дис. … канд. мед. наук:14.00.33 / Валесян А.А. –Москва, 2009. – 22 с.
45. Вахрамеева, Е.В. Организация оказания помощи неврологическим больным в больнице скорой медицинской помощи / Е.В. Вахрамеева, О.П. Голева, Е.В. Семенова // VQJ Всероссийский съезд анестезиологов-реаниматологов. - М., 2003. – С. 259-260.
46. Вёрткин, А.Л. Зарубежные модели оказания скорой медицинской помощи [Электронный ресурс] – Модели оказания скорой медицинской помощи,-2009. Режим доступа: http://www. esus.ru/php/ content. php/id=5711.
47. Вопросы медицины и биологии Прибалтики // Тезисы докладов X1 Прибалтийский конференции по истории науки и техники / (редакционная коллегия: В. Калинин .П. Боговский, Б. Шмардин, Э. Сийрде, А. Сирап, Я. Эйларт, К. Мартинсон). – Тарту., 1977. – С. 6-8.
48. Воск, А. Скорая медицинская помощь в США (краткий обзор) / А. Воск // Вестник хирургии им. Грекова. - 1991. - Т. 146, № 1. - С. 128-132.
49. Вусатый, С. Из истории службы скорой и неотложной медицинской помощи / С. Вусатый // Здравоохранение Российской Федерации. - 1993. - № 2. - С. 30-31.
50. Габибулаев, Ф.А. Научное обоснование системы организации и повышения качества оказания скорой медицинской помощи взрослому населению: автореф… канд... мед. наук: 14.02.03 / Габибулаев Ф.А. – Москва, 2012. – 24 с.
51. Габибулаев, Ф.А. Частота и структура обращаемости населения за скорой и неотложной помощью/ Ф.А. Габибулаев // Здравоохранение Российской Федерации. - 2012. - №1. - С.39-41.

52. Гаджиева, Л.Ш. Особенности обращаемости за скорой медицинской помощи при травмах и отравлениях населения Москвы / Л.Ш. Гаджиева // Здравоохранения РФ. - 2002. - №8. - С.30-32.
53. Галиева, Г. Б. Организация скорой медицинской помощи и тенденции ее динамики в Казахстане/ Г.Б. Галиева // Молодой ученый. – 2013. - №7. - С. 98-100.
54. Гоибов. А.Г. Перспективы и принципы планирования и финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан / А.Г. Гоибов // Здравоохранения Таджикистана. – Душанбе, 2004.- № 1-2. – С. 7.
55. Государственная программа развития информационно-коммуникационной технологии, утвержденная Постановлением Правительства Республики Таджикистан №468 от 3 декабря 2004г. – Душанбе, 2004. - http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=5894.
56. Государственный инвестиционный проект по развитию и восстановлению службы скорой медицинской помощи на период 2002-2007 гг; кредитное соглашение между Правительством Республики Таджикистан и Исламским Банком Развития LD № 222 от 29.01. 2001г. - Душанбе, 2001. – 178 с.
57. Государственный инвестиционный проект по развитию и восстановлению службы скорой медицинской помощи на 2002-2007г, кредитное соглашение между Правительством Республики Таджикистан и Саудовским Фондом Развития №4/440 от 28.12.2005г, Душанбе, 2005. – 103 с.
58. Государственный стандарт России от 18.09.2006 г. №52567-2006. https://internet-law.ru/gosts/gost/2349/
59. Даирбеков, О.Д. Роль структурного реформирования здравоохранения в совершенствовании ПМСП населению / О.Д. Даирбеков, С.А. Калкабаева // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астана, 2007. – С. 150-151.
60. Дарменов, О.К. Инновации в организации экстренной медицинской помощи на амбулаторном этапе / О.К. Дарменов, Ш.К. Базарбекова // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. - Астана, 2007 . – С. 151-157.
61. Дерновой, А.Г. Здравоохранение Казахстана - вчера, сегодня, завтра / А.Г. Дерновой // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астана, 2007. - С. 3-9.
62. Доктор Зигрид Хунка. Исламская культура в Европе (персидский перевод Муртазы Рухбони). – Тегеран, 2012. – 648 с.
63. Дубицкий, А.Ф. Где течет Ишим / А.Ф. Дубицкий. –Алматы, 1965. – 325 с.
64. Елохин, В.В. Научное обоснование совершенствования деятельности больницы скорой медицинской помощи в современных условиях (на примере Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Калининграда): дис. … канд. мед. наук: 14.02.03 / Елохин В. В. - Санкт-Петербург, 2016. – 211 с.

65. Ермолов, А.С. Современное состояние научных исследований по проблеме скорой медицинской помощи/ Ермолов А.С., Абакулов М.М., Богницкая Т.Н // Скорая медпомощь. -2004. - №4. - с.4-11.
66. Журавлев, М.С. Электронное здравоохранение: становление и развитие / М.С. Журавлев // Право. Журнал Высшей школы экономики. – 2016. - № 2. -С. 235–241.
67. Заблудовский, П.Е. Возникновение медицины в человеческом обществе / П.Е. Заблудовский. - М.: Медгиз, 1955. - 23 с.
68. Заблудовский, П.Е. История медицины / П.Е. Заблудовский, Г.Р. Крючок. М.К. Кузьмин. М.М. Левит. – Москва,1981. – С. 19.
69. Закон Республики Армении: «О медицинской помощи, обслуживания населения» от 04.04.1996, Р-47. – Ереван, 1996.- 12 с.
70. Закон Республики Таджикистан "О гражданской обороне" (в редакции Закона Республики Таджикистан №2229 от 05.-3.2007г, от 27.11.2014г №1147). – Душанбе,2014.
71. Закон Республики Таджикистан «О пожарной безопасности», от 29.12.2010 г № 646. –Душанбе, 2010.
72. Закон Республики Таджикистан: "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера"№173 от 30.04.2004 г. – Душанбе,2004.
73. Закон Республики Таджикистан: “О внесении изменения в Закон Республики Таджикистан «О медицинской страховании в Республике Таджикистан» (ведомость Маджлиси оли Республики Таджикистан,2008 г.,№6, ст.466;2010., №12,ч.1, ст.836, 2014 г..№3 ст.155.). – Душанбе,2004.
74. Закон Республики Таджикистан: “О семейной медицине” №330 от 01.07.2011 г. – Душанбе, 2011.-
75. Закон Республики Таджикистан: «О медицинском страховании в Республике Таджикистан», от 02.01.2018 г.; № 1490. – Душанбе,2018. – 1 с.
76. Закон Республики Таджикистан: «О нормативно – правовых актах» №599 от 12 марта 2009 года. – Душанбе,2009. – 25 с.
77. Закон Республики Таджикистан: «О статусе столице Республике Таджикистан». №311 от 13.12.1996 г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа:http://www.dushanbe.tj/ru/rules2/.
78. Закон Республики Таджикистан: «Об охране здоровья населения» от 15 мая 1997 года, № 412. – Душанбе,1997.
79. Закон Украины: «О Национальной полиции», № 580-V11 от 02.07.2015 г. –Киев, 2015. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http: //search. ligazakon.ua/ l_doc2.nsf/ link1/ T150580.html.

80. Закон Украины: "Об экстренной медицинской помощи" (от 05.07.2012 № 5081-VI).– Киев, 2012 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http:// base. spinform.ru/ show_ doc.fwx?rgn=54114.
81. Здоровье населения и здравоохранения в Республике Таджикистан в 2003 году / Республиканский Центр статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. – Душанбе, 2004 г.
82. Здравоохранение/Статистика - 2008 – РБ – здравоохранения / [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://studfiles. net/preview/ 1470403/page:14/.
83. Ибраева, А.Ш. Оценка оперативности работы скорой медицинской помощи. [Электронный ресурс]/А.Ш. Ибраева, Г.К. Каусова. Режим доступа: https://kaznmu.kz/press/2013/09/25/.
84. Иванова, А.А. Роль организационных технологий в совершенствовании скорой медицинской помощи городскому населению крайнего севера: дис…. канд. мед. наук. 14.00.33/ Иванова А.А. - Хабаровск, 2008. - 161 с.
85. Инструкция о порядке организации деятельности службы скорой медицинской помощи, утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь №110 от 12.10.2009 г. – Минск, 2009. – 10 с. http://pravo. newsby. org/ belarus/ postanov7/ pst201.htm.
86. Исаханов, П.М. Методические подходы определении потребности населения Москвы в СМП / П.М. Исаханов // Советская медицина. - 1982. - № 3. - С.72-73.
87. Историческая справка р-227 от 15.04.1982 г. Кулябского отдела госархива по Хатлонской области на 3 листах.
88. Историческая справка. Городская станция скорой медицинской помощи г. Астана. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://103-astana.kz/o-meditsinskoy-organizatsii/istoricheskaya-spravka/.
89. Казанцев, А.А. Телемедицинские системы мобильной электрокардиографии: автореф. дис. … канд. тех. наук: 05.11.17 / Казанцев А.П. - 2009, - С.19.
90. Калининская, А. А. Объем и характер работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации и пути ее реорганизации / А.А. Калининская, С.И. Шляфер, А.К. Дзугаев // Здравоохранение Российской Федерации. - 2005. - №4. – С.38-42.
91. Карпеев, А.А. Оперативно-диспетчерская система скорой медицинской помощи/ А.А. Карпеев, Л.А. Мыльникова // Здравоохранение. - 2001. - № 2. - С. 12-16.
92. Каусова, Г.К. К вопросу оптимизации работы службы скорой медицинской помощи в г. Алматы / Г.К. Каусова // Главный врач. – 2013. - №1(3). - С. 42-45.
93. Кириченко, М.А. Двухэтапная система экстренной медицинской помощи: положительные и отрицательные тенденции развития / М.А. Кириченко, В.А. Фиалко, А.В. Бушуев // Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. - №3. – С.15-17.

94. Китай запустил крупнейшую спутниковую систему навигации [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://3dnews.ru/952974.
95. Киялова, А.В. Анализ повторных вызовов как индикатор качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе / А.В. Киялова, Г.И. Ниязова, Б.Т. Каупбаева // Материалы Центрально-Азиатской конференции "Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг". – Астана, 2010. - С 149-151.
96. Клинический менеджмент / Под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. – М.: Медицина, 2006. – 304 с.
97. Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан: Постановление Маджлиси Милли, Маджлиси Оли Республики Таджикистан №374 от 18.05.2017 г. - Душанбе, 2017. - 167с.
98. Кодекс Республики Казахстан: «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 г. – Астана, 2009.[Электроннчй ресурс]. Режим доступа: http://base. Spinform. ru / show _doc. fwx?rgn =29204.
99. Козырев, Э.В. История и этапы развития службы скорой медицинской помощи в г. Минск / Э.В. Козырев, В.Е. Титишин, А.В. Ильин. – Минск, 2009, - 273 с.
100. Комилов, Ф.К. Некоторые данные из прошлого Ташкентской станции скорой медицинской помощи / Ф.К. Комилов, А.Б. Бакиев // Скорая неотложная медицинская помощь: сб.тр./Ташкент, 1969. - Вып 1. - С. 5-6.
101. Коновалова, В.М. Организационная структура скорой помощи в зарубежных странах / В.М. Коновалова, М.О. Квасова, Т.С. Довмалова, О.С. Булычева // Международный студенческий научный вестник - 2015. - № 2-2. [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://www.eduherald. ru/ru/article/view? id=13054.
102. Конституция Республики Таджикистан: Принята 6 ноября 1994 года и внесены изменения и дополнения 26 сентября 1999 года, 22 июня 2003 года и 22 мая 2016 года.. – Душанбе, 2016. - 135 с.
103. Конституция Российской Федерации 12.12.1993 г., - Москва, 1993. .[Электроннчй ресурс]. - Режим доступа:http:// www.consultant.ru/ document/cons_ doc_LAW_ 28399/.
104. Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013 - 2020 годы, приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан №498 от 03.09.2013. – Астана. – 102 с.
105. Концепция реформирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан: [утверждена Постановлением Правительства Республики Таджикистан №94 от 04.03.2002 г.].– Душанбе, 2002. - 62 с.
106. Корнеенкова, А.А. Информационное обеспечение управления лечебными учреждениями в условиях реформирования здравоохранения: дис. … д-ра мед. наук: 14.00.33/ Корнеенкова А. А. - Санкт-Петербург, 2005. - 19.с.

107. Коробенкова, М.А. Проблемы реализации формальных норм в практиках работы выездных бригад скорой медицинской помощи / М.А. Коробенкова // Журнал врач скорой помощи. – 2010. - № 11. – С. 6-10.
108. Коротков, Ю.А. Информационные технологии в системе скорой медицинской помощи / Ю.А. Коротков, М.П. Артамошина, В.В. Зайцева // Социальные аспекты здоровья населения №5(21) . [Электронный ресурс]. - Режим доступа: ttp://vestnik.mednet.ru/ content/view/ 359/30/lang,ru/.
109. Кузнецов, В.В. Пути повышения эффективности неотложной медицинской помощи пациентам хирургического профиля на догоспитальном этапе: дис. … канд.мед.наук:14.00.27/ В. В. Кузнецов - Владивосток, 2007. - С. 40.
110. Кульжанов, М. Системы здравоохранения: время перемен. Казахстан, Обзор системы здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2007. – Т. 9, №7. – С. 207.
111. Курбанов, К.М. Путь повышения эффективной деятельности службы скорой медицинской помощи ГБУ «Дагестанский центр медицины / К.М. Курбанов, Г.К. Тагирова, С.К. Наврузова, С.К. Курбанова // Материалы IV международной конференции «Оргздрав – 2016. Эффективное управление медицинской организацией» (27-27 –мая 2016 г. Москва).
112. Курбанов, М.А. Управление качеством скорой медицинской помощи / М.А. Курбанов, Д.Л. Мушников, Б.А. Поляков // Журнал научных статьей здоровья и образование в XX1 веке. -2015. – Т. 17, №4. - С. 206-213.
113. Лисицын, Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект / Ю П Лисицын // Экономика здравоохранения. - 2008. - №2. - С.5-9.
114. Лысенко, К.И. Юридические аспекты оказания помощи на догоспитальном этапе / К.И. Лысенко, Л.И. Дежурный, А.Ю. Закурдаева // Врач скорой помощи. – 2010. - №8. – С. 26.
115. Максимова, М.В. Формирование обоснованного обращения за СМП / М.В. Максимова, К.А. Юрьева // Советское здравоохранение. -1986. — № 4. - С. 42-44.
116. Маслова, Н.Н. Роль диспетчера “03” в оказании медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения / Н.Н. Маслова М.А., Милосерлов, Л.Н. Павлиенкова // Медицинский альманах.- 2013. - №6 (30). - С.24.
117. Матер, Адам Абдалла Медико-социальный анализ и совершенствование скорой медицинской помощи в условиях крупного города: дис. … канд. мед. наук: 14.00.33/А.А. Матер. – СПб, 2006. – 120 с.
118. Материалы II-ой Всероссийского съезда врачей скорой помощи, октябрь-ноябрь 2007 г. – Москва,2007.
119. Материалы коллегии МЗиСЗН РТ № №9/11 от 29.09.2017 «О состоянии службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан». – 34 с.

120. Материалы коллегии МЗРТ «О состоянии службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан» от 28.03.2009,№5-1. – 49 с.
121. Материалы коллегии Управления здравоохранения г. Душанбе №14 от 17.12.2005 г. – Душанбе,2005. – 16 с.
122. Материалы научно–практической конференции, посвященной 85-летию службы скорой медицинской помощи Республики Кыргызстан. - Бишкек, 2009.
123. Материалы первой всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи, 31 октября 2005 г., г. Москва // Врач скорой помощи. – 2006. - №4. - С..21.
124. Мирошниченко, А. Г. Основные показатели работы скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга / А. Г. Мирошниченко, И. М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. – 2014. -№3. –С. 4-8.
125. Мирошниченко, А. Г. Показатели оперативности работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации / А. Г. Мирошниченко, И. М. Барсукова, О. Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. - 2013. - № 4. – С. 22-26.
126. Мирошниченко, А.Г. Анализ развития нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе / А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннулин, Р.Р. Алимов // Фундаментальные исследования. – 2013. - №7 (часть 2). – С. 344-349.
127. Мирошниченко, А.Г. Скорая медицинская помощь в свете Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года /А.Г. Мирошниченко, В.В. Сложаров, И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь – 2013. - №2. – С.4-10.
128. Мирошниченко, А.С. Настоящее и будущее специализированных бригад скорой медицинской помощи / А.С. Мирошниченко И.М., Барсукова, О.Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. – 2014. –Т. 15, №1. – С.4-11.
129. Мубораков, А. Методические рекомендации при разработке единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2025 гг. - Астана, 2017. - 44с.
130. Мустафин, М.С. Заболевание сердечно-сосудистой системы на этапе скорой медицинской помощи / М.С. Мустафин // Вестник КазНМУ. – 2014. - №1. - С. 58.
131. Мыльникова, Л. А. Скорая медицинская помощь в Российской Федерации: состояние, проблемы, пути решения / Л. А. Мыльникова // Скорая медицинская помощь. – 2002. –Т.3, №3. - С. 4-7.
132. Мыльникова, Л.А. Развитие экстренной медицинской помощи в Российской Федерации / Л.А. Мыльникова // Скорая медицинская помощь. – 2001. - №3. – С. 3-4.

133. Мясников, А.О. Научная оценка организации преемственности в работе станции скорой медицинской помощи с лечебно-профилактическими учреждениями на догоспитальном этапах в условиях реформирование здравоохранения: автореф. дис…. канд.мед.наук:14.02.03/ Мясников А..О. - 2009. – 24 с.
134. Нагнибеда, А.Н. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе / А.Н. Нагнибеда, Л.П. Павлова. Справочник. - 3-е изд., испр. и доп. / под ред. Э.К. Аймалазяна. - СПб: Спец. лит, 2002. - 112 с.
135. Нагнибеда, А.Н. Пути совершенствования организации догоспитальной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях / А.Н. Нагнибеда // Здравоохранение РФ. - 2001. - №10.-С.22-24.
136. Настоящее и будущее технологичной медицины // Материалы Всероссийской научно-практической конференции — Ленинск-Кузнецкий, - 2002. -233 с.
137. Недогода, С.В. Возможности достижения целевого артериального давления у больных артериальной гипертензией с использованием фиксированной комбинации эналаприла малеата с гипотиазидом / С.В. Недогода, Т.А. Чаляби, У.А. Брель // Кардиоваск. тер. и проф. – 2008. - №7 (6). - С. 18–24.
138. Неотложная скорая медицинская помощь / Руководство для врача/под ред. Проф. В.В. Никонова.- Харьков., 1997. – 532 с.
139. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь / Под ред. Е.И. Чазова. - М.: Медицина, 1989. - 229 с.
140. Никитина, Е.И. Основные направления повышение эффективности функционирования службы скорой медицинской помощи / Е.И. Никитина // Вестник Челябинского государственного университета. – 2013. - №3(294), Вып. 8. - С.66-68.
141. Никитина, М.И. Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции по теоретическим основам проектирования и разработке распределенных информационных систем (ПРИС - 2010). Красноярск, 2010. - С. 196-206.
142. Нихоношин, А.И. Научное обоснование в реорганизации службы скорой медицинской помощи в муниципальном образовании (По материалам Саткинского района Челябинской области): дис. … канд. мед. наук: 14.00.33 / Нихоношин А.И. - Екатеринбург, 2006. - 132 с.
143. Нихоношин, А.И. Организационные технологии модернизации службы СМП в муниципальном образовании / А.И. Нихоношин // Врач скорой помощи. - 2006. - № 4, - С.59-60.
144. Нурашева, С.К. Научное обоснование внедрения и оценка инновационных управленческих технологий при оказании экстренной медицинской помощи на

догоспитальном этапе: дис. … д-ра мед. наук: 14.00.33 / Нурашева С.К. – Астана, 2011. – 161 с.

145. «О внесении изменений в основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и отдельные законодательные акты Российской Федерации [принят Государственной Думой 13 ноября 2009 года и одобрен Советом Федерации 18 ноября 2009 года. [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://kremlin.ru/ acts /bank / 30188

146. Овчаров, В.К. Количественная оценка влияния амбулаторно-поликлинической службы на уровень смертности / В.К. Овчаров, Е.П. Какорина, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - №5. - С.6-10.

147. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: учебное пособие / Под ред. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 560 с.

148. Организация службы скорой медицинской помощи / под ред.А.А. Бойкова и А.З. Ханина / - СПб ГУЗ, тип. «Шик», 2006. – 198 с.

149. Орлов, О.И. Стратегическое управление телемедицинским проектом. (Серия «Практическая телемедицина» под общ. ред. Академика А.И. Григорьева, выпуск 2) – М: Фирма «Слово», 2002. - 56 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https: //evercare.ru /telemeditsina-dlya-skoroi-pomoshchi.

150. Осипов, А.Н. К вопросу о создании оптимальной организационной модели службы СМП на примере станции г. Челябинска / А.Н Осипов, Е.В. Ершова, А.Ю. Тележкин // Скорая медицинская помощь. - 2004.-№2, - С.20-25.

151. Основы законодательство Украины о здравоохранении №2801 от 19.11.1992 г. (по состояние 28.12.2007 г.). - Киев, 2007. – 38 с.

152. Основы организации скорой медицинской помощи (догоспитальный этап) /Под ред.Б.Д. Комарова. - М., 1979. - С. 38 - 58.

153. Павлович, Т.П. Организация скорой (неотложной) медицинской помощи населению / Методические рекомендации // Т.П. Павлович, Н.Н. Пилипцевич, А. К. Цыбин. – Минск, БГМУ. – 2011. - 29 с.

154. Пантелеева, Т.А. Основы организации скорой медицинской помощи / Т.А. Пантелеева // - СПб. СПб МАПО, 2001. – 31 с.

155. Парамедики - специалисты, обладающие навыками оказания экстренной медицинской помощи до госпитализации [электронный ресурс] / Режим доступа: https://sputnik-georgia.ru /georgia /20171218 /238604991/vpervye-v-gruzii - podgotovyatparamedikov.html.

156. Петрова, И.А. Экономическая эффективность внедрения новых ресурсосберегающих технологий в деятельности станций скорой помощи и их взаимодействие с проблемами оценки качества оказываемых услуг на

догоспитальном этапе / И.А. Петрова // Медицина в Кузбассе. - 2004. - Спецвып. - № 8. - С. 28-30.

157. План реализации «Стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 – 2020 годы: приказ Минздрава Республики Таджикистан № 494 от 21.08.2010 г. – Душанбе, 2010. –43 с.

158. Полякова. М.В. О результатах социологического опроса фельдшеров скорой медицинской помощи / М.В. Полякова, В.В. Ягодкин, М.И. Прокопьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2012, №5. - С. 37-38.

159. Послание Президента Республики Таджикистан Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 26.12.2018 г. Душанбе, 2018. [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www. president.tj /ru/ node/19089.

160. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28.04.2017г, №214 «Положение о системе обеспечения вызова экстренных на чрезвычайные ситуации по единому краткому оперативному номеру «112» Комитета по чрезвычайным ситуациям гражданской обороне при Правительстве Республики Таджикистан». – Душанбе,2017. -1с.

161. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31.12.2002 г., №525 «Об утверждении организационной структуры учреждений первичной медико-санитарной помощи». – Душанбе,2002. – 2. с.

162. Постановление Кабинета Министров Украины № 1115 от 21 ноября 2012. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base. spinform. ru/ spisdoc _direct.fwx?countryid=al&page=413.

163. Постановление Кабинета Министров Украины от 05.11.2007 г. №1290 «Об утверждении государственной программы создания единой системы предоставление экстренной медицинской помощи на период до 2010 г.». Опубликовано: Офіційний вісник України — 2007 р., № 84, стор. 12, стаття 3109, код акта 41423/2007. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https: //zakon. rada. gov.ua /rada/show/ru/1290-2007-%D0% BF/ card4.

164. Постановление Министерства здравоохранения и социального развития России от 31.05.2006 г. №435 «Об установлении тождества наименования учреждения «станция скорой и неотложной медицинской помощи». – Москва, 2006. [Электронный ресурс]. - Режим доступа:https://www.eg-online.ru/article/107945/.

165. Постановление Правительства Республика Казахстан «Правила оказания скорой медицинской помощи и медицинской помощи в форме санитарной авиации», № 1463 от 05.12.2011– Астана, 2011.

166. Постановление Правительства Республики Молдовы «Об утверждении государственной программы развития службы скорой медицинской помощи на 2006-2010 гг.», № 564 от 22 мая 2006 г» - Кишинёв, 2006.- 10 с.

167. Постановление Правительства Республики Таджикистан №368 от 02.08.2010г. «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 гг.». – Душанбе, 2010.-174 с.
168. Постановление Правительства Республики Таджикистан « О правилах дорожного движения». №323 от29.06.2017 г. – Душанбе, 2017.
169. Постановление Правительства Республики Таджикистан «О положении Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан», №148 от 03. 04. 2014 г.
170. Постановление Правительства Республики Таджикистан «О регулировании предоставления медико-санитарной помощи населению пилотных районов Республики Таджикистан в 2007 году» №199 от 14.04.2007 г. – Душанбе, 2007. 67 с.
171. Постановление Правительства Республики Таджикистан «О регулировании предоставления медико-санитарной помощи населению пилотных районов Республики Таджикистан в 2012 году» от 03 декабря 2011г.,№20. – Душанбе,2011. –58 с.
172. Постановление Правительства Республики Таджикистан «О регулировании предоставления медико-санитарной помощи населению пилотных районов Республики Таджикистан в 2012 году» от 03 декабря 2011г №579.- Душанбе, 2011.– 59 с.
173. Постановление Правительства Республики Таджикистан «О регулировании предоставления медико-санитарной помощи населению пилотных районов Республики Таджикистан в 2013 году от 12 февраля 2010 г. №52.- Душанбе,2010. – 61 с.
174. Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении отделений и отделов здравоохранения Исполнительных органов государственной власти городов и районов» от 02.12.2009г №665. – Душанбе,2009. -1 с.
175. Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждение стратегия финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 годы», № 171 от 10 мая 2005 года. – Душанбе, 2005. 42 с.
176. Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Базовой программы оказания медико-санитарной помощи гражданам Республики Таджикистан и Порядок оказания медико–санитарной помощи гражданам учреждениями государственной системы здравоохранения за счет физических и юридических лиц» №237 от 02 .07. 2005 г. – Душанбе, 2005. - 16 с.
177. Постановление Правительства Республики Таджикистан «Порядок аккредитации учреждений, организаций и предприятий в сфере здравоохранения Республики Таджикистан от 9 сентября 2014г, № 600.-16 с.

178. Постановление Правительства Республики Таджикистан №340 от 30.06.2012г « О порядок организации оказание медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:// www. adlia. tj/ show _doc.fwx?Rgn=117271.
179. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 03.04.2007 г., №167 «Стратегия сокращения бедности в Республике Таджикистан на 2007-2009 годы», Душанбе, 2007. – 44 с.
180. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 3 июня 2006 года №229 «Об утверждении Положения служб гражданской обороны".- Душанбе, 2006.[Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=129163.
181. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30.08.2011г, № 434 «Об установлении оперативного краткого номера связи «111» Комитета по чрезвычайным ситуациям гражданской обороне при Правительстве Республики Таджикистан».http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=129162.
182. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2014 года, №833 "О структуре и порядке функционирования Единой государственной системы Республики Таджикистан по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций". – Душанбе,2006.
183. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 5 июля 1999 года №280 «Об утверждении соглашения о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Киргизской Республики и Российской Федерации, стороны предоставят гражданам, равные права на получение бесплатной скорой и неотложной медицинской помощи в этих государствах наравне с гражданами, где оказывается помощь». - Душанбе, 1999.
184. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 7 сентября 2006 года, №407 «Концепция Республики Таджикистан по реструктуризации госпитальной службы на период 2006-2010 годы». Душанбе, 2006. -29 с.
185. Постановление Правительства Республики Таджикистан «О регулировании предоставления медико-санитарной помощи населению пилотных районов Республики Таджикистан в 2018 году от 25 февраля 2017 г. №90. – Душанбе,2017.- 48 с.
186. Постановление Правительства РТ «Об утверждении Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан» №510 от 31.10.2008 г. – Душанбе, 2008. –17 с.
187. Постановление Правительства РФ №546 от 01.09.2005 г. «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранными гражданами на территории Российской Федерации». – Москва, 2005. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:http://base.garant.ru/70329696/.

188. Постановление Правительства РФ №811 от 02.10.2009 г. «О программе государственной гарантии оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 год».[Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.garant.ru/12170287/.

189. Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» от 25 января 2018 г., № ПП-3494. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: phttp: //www. lex.uz /docs /3524643.

190. Постановление Совета Министров Республики Беларусь №142 от 01.02.2010 г. Об оказании платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения.- Минск, 2010.

191. Постановление Совета Министров Республики Беларусь "О создании Центра медицинских технологий, информатики и экономики здравоохранения Министерства здравоохранения" от 28 февраля 1992 № 109 [Электронный ресурс]. – Режим доступа :.http://pravo .levo nevsky.org/bazaby/ org507/sbor21/ texw 0295. Htm

192. Постановление Совета Министров СССР от 05.07.1968 г. №517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https: // www. webapteka.ru/ phdocs/doc5898.html.

193. Постановление Совета Министров СССР от 05.11.1961г. № 987 «Об улучшении обслуживания населения скорой и неотложной медицинской помощи».[Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://lawru.info/dok/1961/12/23/n1192079.htm.

194. Постановление Совета Министров СССР от 19.08.1982 г. №773 «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения/ [Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации]. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http: //docs. cntd.ru /document/901986856.

195. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандартов организации оказания скорой медицинской помощи и медицинской помощи в форме санитарной авиации в Республике Казахстан» от 26 июня 2013 года № 365, [Электронный ресурс]/ Режим доступа : http://www.enbek.gov.kz/ru/ node/316489.

196. Приказ ГКБ СМП №34 от 06.05.1997 «О передаче основных средств ГКБ СМП на баланс Городской поликлиники №9. – Душанбе, 1997.- 1 с.

197. Приказ директора Медицинского комплекса «Истиклол» «О начале деятельности образовательного последипломного центра при ГУ « Медицинский комплекс «Истиклол» №92 от 19.12.2017 г. - Душанбе, 2017. – 2 с

198. Приказ МЗиСЗН РТ «Об утверждении клинических протоколов по оказанию скорой медицинской помощи» № 53 от 05.02.2014 г.-Душанбе, 2014. – 180 с.
199. Приказ МЗиСЗН РТ «Об утверждении медицинской первичной документаций учреждений система здравоохранения Республики Таджикистан», № 840 от 03.10.2015 г.- Душанбе, 2015.
200. Приказ МЗ Республики Беларусь "О совершенствовании организации скорой и неотложной медицинской помощи" №164 от 31.08.1992 г. – Минск,1992. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://pravo .levonevsky. org/ bazaby/org337/basic/ text0782. htm.
201. Приказ МЗ Республики Беларусь от 20.02.1998 г. №51 «Об утверждение норм оснащении учреждений здравоохранения Республики Беларусь санитарным автотранспортом и режима его работы». – Минск,1998.-7 с.[Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://pravo.levonevsky. org/bazaby09/ sbor71/text71186.htm.
202. Приказ МЗ Республики Казахстан от 05.08.1993 г. №326 «Нормы оснащения скорой и неотложной медицинской помощи санитарным автотранспортом». – Алматы,1993. – 3 с.
203. Приказ МЗ РФ от 20.06. 2013 г., № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.garant. ru/ 70438200/.
204. Приказ МЗ СССР №300 от 25.03.1976 г. «О нормах оснащения учреждений здравоохранения санитарным транспортом и о режиме работы санитарного автотранспорта. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https: //www. glavbukh.ru/npd/edoc/99_901895370.
205. Приказ МЗ СССР от 01.06.1972 г. №452 «О дальнейшем совершенствовании работы скорой медицинской помощи». - Москва, 1972 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:// www. libussr.ru/doc_ussr/usr_7818.htm.
206. Приказ МЗ СССР от 06.08.1968 г. №608 «О мерах по дальнейшему развитию совершенствования и упорядочению скорой медицинской помощи» [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www. libussr.ru/ doc_ ussr/ usr_7818.htm.
207. Приказ МЗ СССР от 24.09.1982 г. №950 «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения»[Электронный ресурс]| Режим доступа: http://lawru.info/dok/ 1961/ 12/23/ n1192 079 .htm.
208. Приказ Минздрава России от 26.03.99 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской

Федерации»[Электронный ресурс]. – Режим доступа: https:// normativ. kontur.ru/ document? Mod uleId =1& doc umentId=307996.

209. Приказ Минздрава СССР «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению», № 1490 от 29.12.1984 г. – Москва, 1984. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:// www.libussr.ru /doc_ussr /usr_ 10488. htm.

210. Приказ Минздрава СССР «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению», № 404 от 20.05.1988 г. – Москва, 1988. – 34 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www. Libussr .ru/doc_ussr/usr_10488.htm

211. Приказ Минздрава СССР «Об утверждении форм первичной документации станций (отделений) скрой медицинской помощи» № 1030 от 04.10. 1980 г.- Москва, 1980. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.libussr.ru/ doc_ ussr/usr_10488.htm.

212. Приказ Минздрава СССР «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» № 1000 от 23.10.1978 г.- Москва, 1978. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.libussr.ru/ doc_ussr/usr_10488.htm.

213. Приказ Минздрава СССР от 23.121961г. № 570 «Об улучшении обслуживания населения скорой и неотложной медицинской помощи» Правовая Россия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://lawru. info/ dok/1961/12/23/n1192079.htm.

214. Приказ Минздрава Таджикской ССР ««О мерах по дальнейшему развитию усовершенствования скорой медицинской помощи населению от14.04.1985г (№383). - Душанбе,1985. – 38 с.

215. Приказ Минздрава Таджикской ССР «Об использовании ведомственной радиосвязи в системе здравоохранения» от 24.02.1987, №201. – Душанбе, 1987. – 7 с.

216. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 10.08.2011 № 897н.[Электронный ресурс]. – Режим

доступа: http://www. Consul tant.ru/document/cons_doc LAW_111285/ 53e594fa9959 a6f3cc 9102187b879fca43100fa8/.

217. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 07.06.2017 г., №602 « Об утверждении Перечня должностей медицинских и фармацевтических работников организаций и учреждений системы здравоохранения Республики Таджикистан». – Душанбе,2017. – 5 с.

218. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.12.2005 г. № 752 (ред. От 31.03.2008 г.) «Об оснащении санитарного транспорта». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ppt. ru/docs/ prikaz/minzdravsotsrazvitiya/n-752-104990.

219. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан «Об утверждении списка основных лекарственных средств Республики Таджикистан» №183 от 16.03.2016, Душанбе, 2016. –67 с.

220. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан «О проведении рабочих консультаций по улучшению преемственности лечебных учреждений и станций скорой помощи г. Душанбе», регламентирующих взаимодействия СМП и стационары, включая республиканского назначения»», №748 от 02.11.2009 г. – Душанбе,2009. -2 с.

221. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан «О перечне обязательных медикаментов и изделия медицинского назначения, используемых в ящике экстренной помощи лечебного учреждения» от 18.07.2014 г №523. – Душанбе, 2014.- 3 с.

222. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан №560 от 03. 04. 2007 г. «О правилах и организации прохождении аттестации медицинских и фармацевтических кадров». – Душанбе, 2007.- 7 с.

223. Приказ Министерства здравоохранения Киргизской Республики «О внесении изменений и дополнений в Приказ Министерства здравоохранения Киргизской Республики №23 от 12.01.2012 года «О создании учреждения Центра

электронного здравоохранения при Министерства здравоохранения Киргизской Республики».- Бишкек, 2012. – 4 с.

224. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь « О создании Центра медицинской технологий, информатики и экономики» от 4.06.2007 г. № 470.[Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:// www.belcmt. by/ru/ Common.

225. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан «О мерах по совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению Республики Казахстан», №297 от 08.06.2006 г. –Астана, 2006.

226. Приказ Министерства здравоохранения республики Казахстан №32 от 20.01.2009 г. «Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения РК» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https: //tengrinews.kz/zakon/pravitelstvo_ respubliki_ kazahstan_ premer_ ministr_ rk/ zdravoohranenie/id-V090005545_/.

227. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «О передаче с баланса автобазы Министерства здравоохранения Республики Таджикистан на баланс спецавтобазы санитарного транспорта Управление здравоохранения Хукумата г. Душанбе 19 единиц техники», № 13 от 26 января 1996 года. – Душанбе, 1996. – 1 с.

228. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «О совершенствовании работы службы СМП в Республике Таджикистан» № 33 от 28 января 2010 г.- Душанбе,2010. - 61с.

229. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины» №584 от 31.10.2005 г. – Душанбе, 2005. –12 с.

230. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №546 от 24.09.2008г « Об утверждении номенклатуры должностей с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Республики Таджикистан». – Душанбе, 2008.- 6 с.

231. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 23 октября 2004 г. №345 «Об утверждении типовых правил и положений,

регулирующих деятельность госпитальных учреждений» (типовое положение о больнице скорой медицинской помощи.- Душанбе, 2004.- 6 с.

232. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 29.08.2003 г. №370 «Об утверждении типовых положений о городском центре здоровья, районном центре здоровья, сельском центре здоровья и доме здоровья». – Душанбе, 2003. –7 с.

233. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.1999 г. №625н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю анестезиология и реаниматология. – Москва, 2018. – 10 с..

234. Приказ Министерства здравоохранения РФ "Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения" от 09.04.98 г. №110, - Москва, 1998. -12 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:// docs.cntd.ru/document /901711667.

235. Приказ МЗиСР РФ от 01. 11. 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи». –Москва, 2004.

236. Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» №65 от 30.01.2012 г., - Москва, 2012. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.garant.ru/ products/ipo/prime/doc/70338200/.

237. Приказ Министерства здравоохранения СССР «О повышении уровня практической подготовки врачей – терапевтов-участковых, цеховых врачебных участков и врачей скорой и неотложной медицинской помощи по электрокардиографии» 20.07.1983г (№595). [Электронный ресурс].– Режим доступа: http: // www. libussr.ru /doc_ ussr/ usr_10488.htm.

238. Приказ Министерства здравоохранения Украины №370 от 01.06.2009 г. «О единой системе предоставления экстренной медицинской помощи». – Киев, 2009. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:https://zakon. rada.gov.ua/ laws/ show/z0863-09.

239. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 29 марта 2017 № 346 «О совершенствовании подготовки по оказанию до медицинской помощи лиц, не

имеющих медицинского образования».[Электронный ресурс]. - Режим доступа: https: //ru. wikipedia.org/wiki.

240. Приказ Министерства социального развития России «Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» № 364 от 28 апреля 2011 г. –Москва, 2011,-19 с.[Электронный ресурс]. – Режим доступа:https://www.rosminzdrav.ru /docu ments/ % 207200-prikaz-inzdravsotsrazvitiya-rossii-364-ot-28-aprelya-2011-g.

241. Приказ Министерства труда, социальной защиты и семьи Молдовы №22 от 03.03.2014 «Об утверждении Классификатора занятий Республики Молдова». [Электронный ресурс]. - Режим доступа:https://golos.ua/i/584671.

242. Приказ Министерства экономического развития и торговли Украины от 26.10.2017 № 1542 "Про утверждение Изменения №6 в национальном классификаторе Украины ДК 003:2010».- Киев, 2017. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:// search. Ligaza kon .ua/l_doc2.nsf/link1/ME171161.html.

243. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 753 от 19 ноября 2009г «Об утверждении правил подготовки лиц без медицинского образования по оказанию доврачебной медицинской помощи». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://online. zakon. kz/ document/?doc_id=30530626.

244. Приказ Управления здравоохранения г. Душанбе « Об организации при ГКБ СМП учебно-тренировочного центра по оказанию первичной медицинской помощи» №60 от 24.04.2008 г, Душанбе, 2008.- 2 с.

245. Приказ Управления здравоохранения города Душанбе №51 «О передаче основных средств» от 06.05. 1997.-2с.

246. Приложение 1, 2 к приказу Министерства здравоохранения СССР №1278 от 16.12.1987 г. – 5 с.

247. Приложение №1 к Постановлению Президента Республики Узбекистан №1114 от 21.05.2009 г. «Нормативы оснащения системы оказания скорой медицинской помощи специализированным автотранспортом». – Ташкент, 2009. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www. minzdrav.uz/ documentation/detail.php?ID=11106.

248. Программы электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2016-2020 годы», Постановление Правительства Киргизской Республики от 18 марта 2016 года №134. - Бишкек,2018. -11 с.

249. Пучкова, К.В. История скорой помощи в России / К.В. Пучкова. – Москва: Медлит, 2008. – 60 с.

250. Пысла, М.С. Реформа службы скорой медицинской помощи, опыт Республики Молдовы / М.С. Пысла // Журнал «Медицина катастроф». - 2011. - №4 (76). – С. 27- 34.

251. Распоряжение Министерства финансов Республики Таджикистан от 12.06.2018 №40 «О классификаторе доходов и расходов с единым планом». – Душанбе, 2018. – 23 с.

252. Распоряжение Президента Республики Таджикистан “О сокращении штатных единиц государственных служащих” от 11.07.2012г №1301. Постановление Правительства Республики Таджикистан “ О реализации распоряжения Президента Республики Таджикистан “ О сокращении штатных единиц государственных служащих” от 11.07.2012г № 1301” от 19.07.2012г №365. – Душанбе, 2012. – 1 с.

253. Реформа в действии: Скорая без врачей [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://medprosvita.com.ua/reforma-v-deystvii-skoraya-bez-vrachey/.

254. Решение коллегии МЗ РТ, №41-1 «Об организации специализированной автобазы санитарного транспорта при Управлении здравоохранения Хукумата г. Душанбе» от 8 декабря 1995 г. – Душанбе,1995. - 5 с.

255. Решение медицинского совета Городской клинической больницы скорой медицинской помощи «О поэтапном внедрении автоматизированной системы управления» от 08.08.2007г №8. – Душанбе,2007. - 3 с.

256. Решение Председателя города Душанбе «Об ускоренном развитии народного хозяйства города Душанбе на 2015г», №312-1 от 11.06. 2015.- Душанбе, 2015. – 16 с.

257. Решение Хукумата г. Душанбе, №112 от 15 декабря 1995г «Об организации специализированной автобазы санитарного транспорта Управления здравоохранения». - Душанбе, 1995. - 2 с.

258. Рудич, А.В. История развития реаниматологии / А.В. Рудич, Ю.А, Савченкова, Э.С. Эфендиева // Всероссийская научно-практическая интернет-конференция студентов и молодых ученых с международным участием «YSRP-2014». [Электронный ресурс]. Режим доступа: https:// med con fer. com/node/4238.

259. Руководство для врачей скорой медицинской помощи / В. А. Михайлович, А. Г. Мирошниченко. - СПб: Невский диалект, 2001. Изд. 3. - 704 с.

260. Руководство для врачей скорой медицинской помощи / В.А. Михайлович, А.Г. Мирошниченко, 4-е издание, СПб. Невский диалект, М.: Лаборатория базовых знаний, 2005. -703 с.

261. Руководство для врачей скорой медицинской помощи, 4-ое издание / В.А. Михайлович, А.Г. Мирошниченко. - Санкт-Петербург, 2007 г. – С. 26-27.

262. Рябова, Т. Опыт реализации автоматизированной системы управления станцией скорой и неотложной помощи г. Казани / Т. Рябова // Компьютер. технологии в медицине. – 1997. - №2. - С. 34-35.

263. Савельев, А.И. Проблемы применения законодательства о персональных данных в эпоху «Больших данных» (Big Data) / А.И. Савельев // Право. Журнал Высшей школы экономики. - 2015. -№ 1. -С. 43–67.

264. Салеев. В.Б. Особенности организации экстренной и неотложной медицинской помощи больным пожилого возраста Азии / В.Б. Салеев, // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002. - №1. – С. 23-24.

265. Сатенова. Г.А. Инновационные технологии в службе станции скорой медицинской помощи г. Актобе / Г.А. Сатенова, Ж.К. Сатенов, Д.П. Неталиева // Экспериментальные и клинические исследования. - 2014, - №4 (44). - С. 31-33.

266. Сахно. И.И. Взаимодействие министерств и ведомств РФ при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций/ И.И. Сахно // Медицина катастроф. -1999. - №3(27). - С 13-14.

267. Сборник работ конференции по организации и подаче скорой медицинской помощи, посвященной 30-летию Ленинградской скорой помощи. - Л .: Изд. Ленинградской скорой медицинской помощи. - 1949. - С. 12-14.

268. Сборник штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения / Под редакцией Буренкова С.Ф. – Москва: Медицина, 1986. - С. 366-368.

269. Сидоров Н.М. К вопросу оценка эффективности работы службы скорой медицинской помощи / Н.М. Сидоров // Скорая медицинская помощь. - 2003. - Т.4. № 3. - С. 49 - 50.

270. Ситникова А.А. Кадры Ташкентской станции скорой медицинской помощи / А.А. Ситникова, И.И. Живко // Сборник трудов «Скорая и неотложная медицинская помощь», выпуск 1, Ташкент: Медицина, 1969. - С. 15-20.

271. Скорая помощь в Японии: проблемы и решения [Электронный ресурс]/ Режим доступа: http://www.nippon.com/ru/features/h00118/.

272. Скрипкин. С.А. Совершенствование скорой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном этапе (на примере Красноярского края): дис. … канд. мед. наук: 14.02.03/ Скрипкин С.А.. – Красноярск. – 2011. -116 с.

273. Службе скорой медицинской помощи г. Минска 100 лет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://news.tut. by/health/ 200482. html? crnd=5674.

274. Собрание законодательства Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан». - 2010. - №20. - С.148.

275. Солодовник, А.Г. Анализ преемственности в работе городской станции СМП и участковой поликлинической службы с больными нестабильной стенокардией / А.Г. Солодовник, Л.К. Исаков // Медицина в Кузбассе. - 2004. - Спецвып. № 8. - С. 36 – 38.

276. Среднесрочная программа развития здравоохранения г. Душанбе на 2011-2015 гг., утверждена решением Председателя города Душанбе №157 от 04.03.2011 г. Душанбе, 2011. -19 с.

277. Стародубов, В.И. Анализ деятельности служб скорой и неотложной медицинской помощи г. Самара / В.И. Стародубов и соавторы // Экономика здравоохранения». - 2003. - № 9 - С. 23 - 25.

278. Стародубов, В.И. О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения / В.И. Стародубов, Р. А. Хальфин, Е. П. Какорина // Здравоохранение. -2005. -№2., - С. 15-23.

279. Стожаров, В. В. «СКОРАЯ» НА ПОРОГЕ ОМС / В. В. Стожаров, А. Г. Мирошниченко, И. М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. -2012. - №4. – С. 3-5.

280. Стратегический план рационализации медицинских учреждений Республики Таджикистан за период 2011-2020 годы, утвержден Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 01.04.2011, №169: Научное издание ООО « Макинг». - Душанбе, 2011. -174 с.

281. Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года, утверждена Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 5 ноября 2002 года (№436). [Электронный ресурс].-Режим доступа: http://www.adlia.tj/show_doc. fwx?rgn=5280& conttype=5&login=yes.

282. Сухин, В.В. Особенности обращаемости населения крупного города в службу скорой медицинской помощи и научное обоснование ее деятельности в современных условиях: дис. … д-ра мед. наук: 14.00.33/ Сухин В.В. - СПб., 2004. - 140 с.

283. Таджиев, Я.Т. Здравоохранение Таджикистана / Я.Т. Таджиев. - - Душанбе:Ирфон, -1974. -С. 6.

284. Тайны Латвии “ Скорая помощь” в Риге [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://secretlatvia. com/index. php/atra_ palidziiba/.

285. Тайц, Б. Служба скорой помощи в Санкт – Петербурге / Б.Тайц // Врач. - 1999. - №5. - с. 37-38.

286. Тараканова, Л.И. Анализ оказания скорой медицинской помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе / Л.И. Тараканова // Скорая медицинская помощь. - 2002. - Т. 3, № 2. - С. 49.

287. Тараканова, Л.И. Совершенствование системы оказания и оценки эффективности работы скорой медицинской помощи на малонаселенных территориях северо-запада России: дис. … д-ра мед. наук: 14.00.33 / Тараканова Л.И. - Москва, 2007. - 269 с.

288. Токарев, Ю.М. Применение SWOT-анализа для оценки качества медицинской помощи: автореф. … канд. социол. наук / Токарев Ю.М. – Волгоград, 2010. – 16 с.

289. Тукало, Н.И. Служба скорой медицинской помощи Минской области / Н.И. Тукало, В.И. Завацкий // Материалы областной научно-практической конференции медицинских работников «История здравоохранения области». – Минск, 1998.

290. Тульчинский, Т.Г. Новое общественное здравоохранение введение в современную науку / Т.Г. Тульчинский, Е.А. Варавикова; Преисл. И.Н. Денисова, М.И. Ромера (пер. с анг. Броня Бен-Яаков), - Иерусалим Beseder.1999. -XIX,-1027 с.

291. Указ Президента Республики Узбекистан № VII 2107 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 г».. [электронный ресурс]. - Режим доступа: http://lex.uz/docs/221139.

292. Фарсиянц, А.В. Модернизация системы управления бригадами скорой медицинской помощи и агломерации городов кавказских минеральных вод / А.В. Фарсиянц // Главный врач. – 2018.- №4 (63). – С.17-20.

293. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».- Москва, 2011. http:// base. garant. ru/ 12191967/.

294. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской федерации». – Москва, 2010. – 14 с.

295. Фиалко, В.А. Модернизация службы скорой медицинской помощи РФ: Спорные вопросы (обзор). [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.fesmu.ru/elib/search.aspx?author. .

296. Фиалко, В.А. Тактическая медицина / В.А. Фиалко. – Екатеринбург: Премиум Пресс, 2008. -279 с.

297. Филимонов, А.А. Анализ медицинской и экономической эффективности работы лечебно- профилактических учреждении областного центра / А.А.

Филимонов, Т.В. Чернова, А.Б. Блохин // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 5-6. - С. 13-17.

298. Хаджибаев, А.М. Особенности организации службы экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан / А.М. Хаджибаев, Ю.Р. Маликов, М.У. Хусанов // Скорая медицинская помощь. – 2004. -№2, - С. 15-18.

299. Хальфин, Р. А. Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ / Р.А. Хальфин // Здравоохранение. - 2003. - №10. - С. 19-26.

300. Ханин, А.З. Работа фельдшерских бригад СМП в мегаполисе / А.З. Ханин // Скорая медицинская помощь. - 2000. - №1. - С.56-58.

301. ЦГА Тадж. ССР, оп. 1, (Приказ Министерства здравоохранения Таджикской ССР от 22.07.70 г. №645)

302. ЦГА Тадж. ССР, Ф.1, оп.1, ед.хр.272, л. 5, Положение об управлении Туркестанского края, Ташкент, 1903, стр.13.

303. ЦГА Тадж. ССР, Ф.172, ОП.2, д.2, л.110.

304. ЦГА Тадж. ССР, Ф.279, ОП.7, д.12, л.24.

305. ЦГА Тадж. ССР, Ф.465, ОП.3, д.19, л.493.

306. ЦГА Тадж. ССР, Ф.9, ОП.3, ед. хр. 119, л.148.

307. ЦГА.Тадж. ССР.ф. 10.оп.1.ед.хр.54-х М.139-140

308. Цели ООН: Достижения целей развития тысячелетия в Республике Таджикистан. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http:// medt.tj/ documents/strategic/celi_razvitiya/ru/02-02-02-ru.pdf.

309. Цыбулькин, Э.К. Угрожающие состояния у детей: экстренная врачебная помощь / Э.К. Цыбулькин. – СПб, 1994. -139 с.

310. Цымбал, Д.Е. Вопросы оптимизации качества скорой медицинской помощи детям / Д.Е. Цымбал, Н.Ю. Свинарев // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2009. - №1. – С. 57-61.

311. Чагин, В.И. Проблемы организации скорой и неотложной помощи жителям крупного города / В.И. Чагин // Главный врач. -1997. - №5.- С.26-31.

312. Шейман, И.М. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей / И.М. Шейман, В.И. Шевский, А.Р. Ахметзянов, И.В. Зарочинцева // Здравоохранение. - 2013. - №6. - С. 42-59.
313. Шенгелия, М. С. История медицины Грузии / М.С. Шенгелия. – М: Медицина, 1967. - 204 с.
314. Шестаков, Г.С. Некоторые проблемы организации экстренной медицинской помощи в Российской Федерации / Г.С. Шестаков, А.С. Арсанукаева // Экономика здравоохранения. – 2008. - №7. - С.11-15.
315. Шестаков, Г.С. Применение новых технологий для определения оптимально необходимого числа бригад станции скорой медицинской помощи и дифференцированной оплаты труда медицинским работникам / Г.С. Шестаков, К.С. Есанян // Менеджер здравоохранения. – 2017. - №4. – С. 38-43.
316. Шестаков, Г.С. Современное состояние нормативно-правового регулирования деятельности станций и отделении скорой медицинской помощи / Г. С. Шестаков, И.Х. Байсултанов, Р.Р. Карагулян // Здравоохранение. - 2016. - №1. – С.52-58.
317. Шестаков, Г. С. К вопросу о реформировании службы скорой медицинской помощи больших городов в современных условиях/ Г. С. Шестаков //Скорая медицинская. помощь. - 2001. - Т. 2, №4. -С. 21-26
318. Шестаков, Г.С. Совершенствование системы информационного обеспечения и оптимизация деятельности станций (отделений) скорой медицинской помощи: дис. … д-ра мед. наук:14.00.33 / Шестаков Г. С. - 2003, - С. 41-42.
319. Шестаков, Г. С. Современное состояние организации и оценки деятельности станции и отделений скорой медицинской помощи / Г. С. Шестаков // Менеджер здравоохранения. - 2007. -№2.-С.30-31.
320. Шестаков, Г. С. Современное состояние организации оценки деятельности станции и отделений скорой медицинской помощи / Г. С. Шестаков // Менеджер здравоохранения. – 2007. - №2. – С.30-34..
321. Шиндлер, Д. Международный комитет Красного Креста и права человека [Электронный ресурс]. / Дитрих Шиндлер – [М.]:Международ. ком. Крас. Креста, 1998. – 14 с. Режим доступа: http://www. ukrinform. ua/rus/ news/ kitayskiy _krasniy_ krest_ peredal _pomoshch_pereselentsam _bolee_ chem_ na_3_mln_1694979.
322. Шкляренко, М.П. Опыт внедрения системы передачи ЭКГ «Телекард» в Полтавской области // Материалы II Всеукраинского сателлитного симпозиума. - Донецк, 2009.
323. Шляфер, С.И. Организация работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации, результаты приема годовых статистических отчетов за

2008 год / С.И. Шляфер // Социальные аспекты здоровья населения.- 2009, №3 (11). - С. 1- 6.

324. Шляфер, С.И. Работа скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Анализ ведения отчетной документации/ С.И. Шляфер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2016.24 (2).- с.89-94.

325. Шматов, А.В. Зональный принцип построения СМП / А.В. Шматов, Э.Н. Червочкин, Ю.М. Никитушев // Советское здравоохранение. -2003. - №5. - С.11-15.

326. Штайнигер, У. Неотложные состояния у детей: Пер. с нем./ У. Штайнигер, К.Э. Мюлендаль. - Минск: Медтраст, 1996. - 280 с.

327. Штыкова, Н.Н. Сущность и проблемы реализации электронной медицины (на примере Владимирской области) / Н.Н. Штыкова // Медицинское право. - 2014. - № 5. С. 22–27.

328. Шуматов, В.Б. Профилактика и борьба с внезапной сердечной смертью на догоспитальном этапе: новые достижения и перспективы / В.Б. Шуматов // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2007. - №1. - С. 79-80.

329. Шумкин, А.А. Определение потребности населения в анестезиолого – реанимационных видах скорой медицинской помощи / А.А. Шумкин, Г. И. Чеченин // Образовательные ресурсы и технологии. -2016.- №2 (14).- С. 269.

330. Шумкин А.А. Анализ и оценка работы бригад СМП при обслуживании вызовов с поводом «травма опасная для жизни на производстве в общественном месте и в быту [Электронный ресурс] / А.А. Шумкин, Г. И. Чеченин, Р.М. Гайнулин // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - №5. - Режим доступа: https: //www. science-education.ru/ru/article/view?id=7036

331. Щепин, В. О. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России / В. О. Щепин, Е. А. Тишук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2006. - №2. – С.3-11.

332. Щепин, В.О. Профилактика в условиях реформирования Российского здравоохранения / В.О. Щепин, О.Е. Петручук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - №2. - С.29 – 33.

333. Щепин, О.П. Пути решения проблем здравоохранения / О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2004. -№1. - С.3-6.

334. Щепин, О.П. Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи в Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1999. - №3.- С.7-10.

335. Эгамов, Ф.К. Предварительные результаты исследования влияния финансовых реформ здравоохранения на некоторые показатели деятельности учреждений ПМСП в пилотных районах Таджикистана / Ф.К Эгамов, С.Р. Миралиев. З.Ю. Бобоходжаева // Вестник Авиценны. – Душанбе, 2010. - №3. - С. 109-110.
336. Экстренная медицинская помощь за рубежом [Электронный ресурс]. Российская газета RGRU. Режим доступа: http://www.rg.ru /2013/01/28/ skoraya.html.
337. Энциклопедия украиноведения в 10 томах. Главный редактор Владимир Кубийович. – Париж; Нью-Йорк: Молодая жизнь, 1954-1989, 4016с.
338. Янкин, Ю.М. Основные направления развития скорой медицинской помощи // Медицина в Кузбассе. - 2004. - Спецвып. № 8. - С. 46 - 48.
339. Яровенко, В.Ф., Камилов Ф.К. Некоторые данные из истории скорой медицинской помощи в городе Ташкенте: «Вопросы организации здравоохранения и истории медицины Узбекистана // Материалы конференции, посвященной 40-летию. Узбекистана». -Ташкент, 1968.
340. Adnet, F., Lapostolle F. International EMS Systems: France / F. Adnet, F. Lapostolle // Resuscitation. - 2004. - Vol. 63. - P. 7-9.
341. Amblard J. Preparation a Taction pour une reponse aux crises par une integration coherente des moyens: l'atelier de gestion d'un afflux massif de blesses a Bethleem, en juin 1999 / J. Amblard, M. Fleury, N.Ruolt // Med. Tropic. - 2002. - Vol.62, №4.-P.401-406.
342. Ambulance Services, England: 2002-2003, Bullein 13, Department of Health, 2003.
343. Areengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization / W.Brian [et.al.] // AnnIntarnMed. – 2009. – Vol. 3. – P. 178-187.
344. A conceptual model of emergency department crowing / B.R. Asplin [et.al.]// Ann. Emerg. Med. - 2003. - Vol. 42, N 2. - P. 181-184.
345. Barnes R. British Orthopedic Association: fifty years, editorial and annotations / R.Barnes // J. Bone Joint Surg. - 1998. - Vol. 50. - P. 691-698.
346. Beache S. non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study/S.Beache, C.Guell // Academic Emergency Medicine. – 2015. – Vol.33. –P/ 47-51.
347. Birk H.O., Henriksen L.O. Prehospital interventions: on-scene-time and ambulance-technicians' experience / O. H. Birk, L.O. Henriksen // Prehosp. Disaster Med. - 2002. - Vol.17, № 3. -P.167-169.

348. Bitran, R. After Chile's healthreform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates / R. Bitran, L. Escoba, and P. Gassibe // Health Affairs. – 2010, № 29. -C. 2161–2170.

349. Black J.J.M.,. International EMS Systems: United Kingdom / J.J.M. Black, G.D. Davies // Resuscitation. - 2005. - Vol. 64. - P. 21-29.

350. Bodenheimer, T. Lessons from the trenches—a high-functioning primary care clinic / T. Bodenheimer // The New England Journal of Medicine. – 2011, №365 (1) - P.5–8.

351. Borgenhammer, E. Organisation, Etik, Kvalitet [Looking After Life: Organization, Ethics, Quality]/ E. Borgenhammer, Varda Liv. - Stockholm: SNS Forlag, 1993.

352. Bowen, P.G. European Emergency Services / P.G. Bowen, W.A. Pizzano // Yilth. Soc. Serv. - 2000. - Vol. 84, № 4391. - P 1332-1333.

353. Boyd, C.R The conceptual development of EMS systems in United States / Boyd C.R. // Emergency medical services. Part I, January/Febrary - 1982.P2.

354. Brismar, B. Emergency, disaster and defense medicine: the Swedish model / B. Brismar, V. Totten, B.M. Perrson // Ann. Emerg. Med. - 1996. - Vol. 27, N 2. - P. 250-253.

355. Bugnion Fran3ois. The red cross and red crescent emblems / Fran3ois Bugnion: Geneva, 1995. – 16 p.

356. Busse, E. Chief medical officer / E. Busse, H.P. Moecke // Anaestesist. - 1994. - Vol. 43. - P. 759-771.

357. Cady, G.D. 2000 200-citysurvey. Operational & clinical EM Strends in large, urban areas / G.Cady, D. Lindberg // Journal of Emergency Medical Services – 2001. – Vol. 26, №2. – P. 24-33.

358. Carlisle, D.Whitehouse, P. Duquenoy (eds.). Berlin, Springer, 2013. XII, 396 p.

359. Clawson, J.J. Medical Miranda: improved emergency medical dispatch information from police of cars / J.J.Clawson, B.Sinclair // Prehospital Disaster Med. - 1999. -Vol. 14. P. 93-96.

360. Cruz J. Head injury management in United Statas / J. Cruz // Crit. Care Med. – 1996. – Vol. 24. – P. 898;

361. Dawood M. Safe staffing in emergency departments / M. Dawood // Emergency Medicine Journal. – 2005. -Vol. 11. – P. 831-832.

362. Dickinson W. Practice Facilitation to Improve Diabetes Care in Primary Care: A Report From the EPIC Randomized Clinical Trial / W. Dickinson, Perry // ANNALS OF FAMILY MEDICINE.- 2014. №1. Vol. 12.

363. Division of Medical Science. National Academy of Sciences-National Research Council: accidental death and disability: the neglected disease of modern society, Washington, DS: US Government Printing Office, 1996.

364. Doherty S. Automated versus manual audit in the emergency department Type / S. Doherty, L. Davis, P. Leschke, A. Valpiani // International Journal of Health Care Quality Assurance. – 2008. – Vol. 21, Iss. 7. – P. 1121-1231.

365. Donabedian A. Explaration in Quality Assessment and monitoring 1. Medical Care-Evalution. 2. Medicine -Philosophy. 3. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring / A. Donabedian // Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.- 1980-1985. - 900 p.

366. Ebrahim S, Kinra S, Bowen L, Andersen L, Ben Shlomo Y, Lyngdo T. The eff ect of rural to urban migration on obesity and diabetes in India: a cross sectional study / S. Ebrahim, S. Kinra, L. Bowen // PLoS Med.- 2010; №7.-P.105-116.

367. Effectiveness of Organizational Interventions to Reduce Emergency Department Utilization: A Systemetic Review. G. Mateo, C. Violan-Fors, P. Carrillo-Santisteve [et al.] || PloS One. – 2012. – Vol. 7 (5). – 903 p.

368. Emergency medical pre-hospital care worker. International basic level text. First edition. – 2004. Northwest medical teams international. P.O. Box 10. - P.8, Portland, Oregon.

369. Emergency medical pre-hospital care worker.International basic level text.First edition. – 2004. Northwest medical teams international. P.O. Box 10. –p. 7, Portland, Oregon.

370. Emergency Triage, Manchester Triage Group. In: Jones K.M., editor. BMJ Publishing Group, 1997, ISBN: 0-7279 - 1126-0.

371. Emergency_medical_responder_levels_by_U.S._state://en.wikipedia.org/wiki/; Certified first responder. [Электронныйресурс] – Режим доступа: http://en.Wikipedia.org/wiki/ certified_ first_ resp on- der.

372. Ezenkwele, U.A. A randomized study of electronic mail versus telephone follow-up after emergency department visit/Eenkwele U.A, F.D. Sites, F.S. Shofer, E.N. Pritchett, J.E. Hollander //JE merg Med. -2003.-Vol; 24(2).- P. 125-130.

373. Francks, P. Stroke death and unemployment in USA/ P. Francks, C. Adamson, C.J. Bulpitt // J. Epidemiology Commune. Health. – 1991. – V. 45.- P. 16-18.

374. Freudenberg, N. Getting Serious about the Prevention of Chronic Diseases / N. Freudenberg, K.Olden // Preventing Chronic Disease. - 2011. -№ 8.

375. Gaffney P. An analysis of calls referred to the emergency 999 service by NHS Direct / P. Gaffhe [et.al.] // Emerg. Med. J. -2001. -Vol.18, N4. -P. 302-304.

376. Hamilton, J. An Internet-based bar code tracking system: coordination of confusion at mass casualty incidents / J. Hamilton // Disaster Manag. Response. - 2003. — Vol.1, № 1.-P.25-28.

377. Haynes, B.E. rural emergency medical technician with selected advanced skills / B.E Haynes, J. Pritting // Prehosp. Emerg.Care. — 1999. — Vol. 3, № 4. — P. 343–34.

378. Hessian T.B. Delphi type methodology to develop consensus on the future design of EMS systems in the United Kingtom / T.B. Hessian, D.B. Barnett // Emerg. Med. J. - 2002. - Vol. 19, N 2. - P. 155-159.

379. Hsia Y. Factors associated with closures of emergency departments in the United States Renee / Y.Hsia, L. Kellerman // Emerg Med J. – 2011. – Vol. 305 (19). – P. 1978-1985.

380. Hutchinson John F. Champions of charity: War a. the rise of the Red Cross /John F. Hutchinson Boulder (Colo.): Westview press, 1996. – XXII, 448 p.

381. Iserson, K. V. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types / K. V. Iserson, J. C. Moskop // Ann. Emerg. Med. —2007. — Vol. 49(3). — P. 275–281.

382. Langhelle, A., Lossius H.M., Silfvast T., Bjornsson H.M., Lippert F.K., Erisson A., Soreide E. International EMS Systems: the Nordic countries / A. Langhelle [et.al.] // Resuscitation. - 2004. - Vol. 61. - P. 9-21.

383. Lockey, D.J. Emergency physicians: additional providers of emergency anesthesia? / D.J. Lockey, J.J.M. Black // Anesthesia-2002.-Vol. 57.-P. 629-631.

384. Lu, C. Public fi nancing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis / C. Lu, M.T. Schneider, P. Gubbins, K. Leach-Kemon, D. Jamison, CJ. Murray // Lancet. – 2010.- Vol, 375. – P. 1375–1387.

385. Madsen, P. Norvegian air ambulance (NLA); the NLA HEMS concept-challenging conditions call for constrictive thinking / P. Madsen, S.A. Puntervoll, E. Soriede // Scand. J. Trauma Emerg. Med. -2000.-Vol.7.-P.5-12.

386. Manole, M. Some observations on the optimization of pre-hospital emergency medical services from the city of Iasi, Romania / M.Manole, O.Duma, M. Custura, A.Manole // Rev Med ChirSoc Med nat Iasi. – 2013, - Vol. -177 (3). – P. 758-763.

387. Marks, P.J. Emergency (999) calls to the ambulance service that do not result in the patient being transported to hospital: an epidemiological study / P.J. Marks [et.al.] // Emerg. Med. J. - 2002. - Vol. 19, N 5. - P. 449-452.

388. Marsh, A. Mobile technology for global health. Stud Health Technol Inform. 2003. [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.ncbi.nlm. nih. gov/ pub med /15061525.

389. Mayers, R. и Armistead B. Chronic disease, prevention policy, and the future of public health and primary care / R.Mayers, B. Armistead // Med Health Care and Philos, 2013. -№16(4).-P 691-697.

390. Mayes, R. Focus of Public Health: Is Prevention Still a Political Lightweight? / Rick Mayes, R.Oliver Thomas // Journal of Health Politics, Policy and Law, Duke University Press, 2012. № 2. Vol. 37.

391. McMillen, I.C. Developmental origins of adult health and disease: The role of periconceptional and foetal nutrition / I.C.McMillen, S.M. MacLaughlin, B.S. Muhlhausler, S.Gentili, J.L Duffi eld, J.L. Morrison // Basic Clin Pharmacol Toxicol 2008; 102, c.82–89.

392. Mechem, C.C. Emergency medical planning for the 2000 Republican National Convention / C.C. Mechem, S.Hare, R.Hvisdas, D.M. Berg, R. Halper, A. ColaL // Prehosp. Emerg.Care. - 2002. - Vol.5, № 4. - P.344-352.

393. Minniti, D. Humanization in the emergency department of an Italian hospital: new features and patient satisfaction / D. Minniti [et al.] // Academic Emergency Medicine. – 2013. Vol. 30 (6). – P. 487-491.
394. Moecke, H. Emergency medicine in Germany / H. Moecke // Ann. Emerg. Med. - 1998. - Vol. 31, N 1. - P. 111-115.
395. Muecke, S. Informing clinical policy decision-making practices in ambulance services / Muecke S., Curac N., Binks D. // Int J Evid Based Healthc. 2013 Dec; 11 (4): 299-304. doi: 10.1111/1744-1609.12039.
396. Nursing in the United States [Электронныйресурс]. Режим доступа : http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_in_the_United_States.
397. Page J. O. Emergency medical services. — 2nd ed. — Boston, National Fire Protection Assn, 1978.
398. Peek, C. J. Lexicon for behavioral health and primary care integration: Concepts and definitions developed by expert consensus (AHRQ Publication No. 13-IP001-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.
399. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study / R. Balaban [et al.] // J Gen Intern med. – 2008. – Vol. 23. – P. 1228-1233.
400. Resources for optimal care of the injured patient: anupdate. Task force of the Committee on Trauma, American College of Surgeon // Bulietin American College of Surgeon, 2004, Vol.75 (9). - P. 20-29.
401. Rocha, K.B. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective / B.K. Rocha [et al.] // European Journal of Public Health. – 2011. – Vol. 108 №3. – P. 143-158.
402. Sayre, M.R. Fild trial of endotracheal intubation by basic EMTs \ M.R.Sayre, J.C. Sakles, A.F. Mistler // Ann. Emerg. Med.—1998. — Vol. 31, № 2. — P. 228–233.
403. Sayre, M.R. Measuring survival rates from sudden cardiac arrest: the elusive definition // M.R. Sayre [et.al] // Resuscitation. - 2004. - Vol. 620, N 1. - P. 25-34.
404. Sefrin P. History of emergency medicine in Germany / P. Sefrin, J.W. Weidringes // J. of Clinical Anesthesia. - 1991. - Vol. 3, N 3. - P. 245-248.
405. Suhrcke, Marc. Экономические аспекты хронических заболеваний и их ведения // Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиций системы здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения, 2011.
406. Text book of Pediatric Emergency Medicine. 5thed. / G. Fleisher, S. Ludwig, F. Henretig – Lippincott&Wilkins, 2007. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://en.wikipedia.org/wiki/Emt-b.
407. Thakore, S. A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff the resuscitation room / S. Thakore, W. Morrison // Emerg. Med. J. - 2001. -Vol. 18, N 4. - P. 293-296.

408. Tipa, R. Importance of basic life support training for first and second year medical students – a personal statement / R.Tipa, Bob irn ac G. // J. Med. Life. – 2010. – Vol. 15, №3 (4). – P. 465-467.
409. Trivedy, C. Unscheeduled return visits (URV) in adults to the emergency department (ED): a rapid evidence assessment policy review / C.Travedy, M.W. Cooke // Emergency Medicine Journal. – 2015. – Vol. 32 (4). – P. 324-329.
410. Walle B. Information Systems for Emergency management Hiltz / B. Walle, M. Turoff. – New York: Sharpe, 2009. – 214 p.
411. Zakr, M. Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution / M. Sakr, J. Wardrope // J. Accid. Emerg. Med. - 2000. -Vol. 17.-P. 314-319.

Список публикации соискателя ученой степени

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 последипломного образования в сфере здравоохранения, 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. 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 Ш-научно-практической конференции ТИППМК «Новое в диагностике и лечений 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, посвященная 20 - летию независимости РТ. – Душанбе, 2011. –С.241-248.

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: Сифат, 2011. – 336 с.

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).

Приложение 1

А Н К Е Т А
социологического опроса сотрудников службы СМП о работе скорой медицинской помощи

Пол (муж, жен)

Профессия (средний медперсонал)

Стаж работы в СМП ___ лет

1. Как Вы оцениваете нагрузку на линейные бригады?
- высокий уровень;
- оптимальный уровень (указать кол-во выездов) _____;
- средний уровень;
- низкий уровень;
- Ваш вариант ответа _____.

2. Как Вы оцениваете техническую обеспеченность станции СМП?
- высокая;
- средняя;
- низкая;
- Ваш вариант ответа _____.

3. Как Вы оцениваете обеспеченность медикаментами?
- высокая;
- средняя;
- низкая;
- Ваш вариант ответа _____.

4.Какого качество медицинской помощи на догоспитальном этапе; на Ваш взгляд?
- высокое;
- средее;
- низкое;
- Ваш вариант ответа _____.

5. Возможно ли, исполнение части вызовов, выполняемых врачебными бригадами, силами фельдшерских бригад?
- возможно;
- невозможно;
- Ваш вариант ответа _____.

6. Как Вы оцениваете степень соответствия причин вызова бригад и диагнозов, поставленных при осмотре?
- высокий;
- средний уровень;
- низкий;
- затрудняюсь ответить.

7. Как Вы оцениваете оперативность и техническую готовность приемных покоев при доставке пациентов?
- высокая;
- средняя уровень;
- низкая;
- Ваш вариант ответа _____.

8. Какой Вы считаете Вашу профессию?
- престижной;
- не престижной (причина)_____;
- низкая заработная плата;
- неуважение со стороны населения;
- неуважение со стороны коллег;
- тяжелый труд;
- Ваш вариант ответа _____.

9. На Ваш взгляд в чем причина безрезультатных вызовов? _____.

10. Какой мотив удерживает сотрудника СМП?
- важность профессии для общества;
- неумение заниматься другим делом;
- Ваш вариант ответа _____.

11.При появлении более удачной работы Вы оставили бы профессию сотрудника СМП?
- да;
- нет.

12. Что Вы думаете по поводу платных услуг СМП?
- полная оплата;
- частичная оплата;
- бесплатная;
- Ваш вариант ответа _____.

13. Что Вы думаете по поводу уменьшения безрезультатных вызовов?
- улучшение организации приема вызовов;
- прием на работу диспетчеров со стажем не менее 5 лет;
- установка определителя номера телефонов;
- организации консультации диспетчерской;
- санпросвет: работа среди населения о правилах вызова СМП;
- обеспечение населения правилами первой медицинской само- и взаимопомощи;
- жесткие административные меры за ложные вызовы;
- введение платы за вызов бригады СМП;
- сокращение времени прибытия бригады;
- улучшение работы учреждения;
- Ваш вариант ответа_____.

14. Что Вы предлагаете по поводу улучшения службы скорой медицинской помощи?
- повышение заработной платы;
- снижение нагрузки бригад;
- расширение количества бригад;
- оснащение бригад современным медоборудованием, средствами связи;
- повышение социальной защиты сотрудников СМП;
- улучшение координации с МЧС, санитарной авиацией;
- внедрение новых технологий и средств связи (АСУ, спутниковая навигация);
- расширение бригад БИТ;
- расширение линейных бригад.

Приложение 2

Анкета
социологического опроса семейных врачей об интеграции их работы с врачами СМП

1. Стаж работы, как семейного врача
- до 5 лет;
- 6-10 лет;
- 11 лет и более.

2. Как вы оцениваете уровень интеграции работы семейного врача и врача СМП?
- высокий;
- средний;
- низкий;
- отсутствует;
- другие варианты_____.

3. На Ваш взгляд, в чём заключается интеграция работы семейного врача и врача СМП?
- в обмене информацией;
- совместное обслуживание больных;
- другие варианты_____.

4. На Ваш взгляд, какие причины препятствуют интеграции работы семейного врача и врача СМП?
- фрагментация здравоохранения;
- недостаточный уровень организации диспансеризации;
- недостаточный уровень организации службы СМП;
другие варианты_____.

5.Как можно улучшить интеграцию работы семейного врача и врача СМП?
- организация круглосуточного дежурства семейных врачей;
- улучшение диспансеризации потенциальных больных потребителей услуги СМП;
- расширение дневных стационаров;
- улучшение информационных технологий;
- другие варианты_____.

Приложение 3

Анкета
социологического опроса врачей СМП об интеграции их работы
с семейными врачами

1. Стаж работы, как врач СМП
- до 5 лет;
- 6-10 лет;
- 11 лет и более.

2. Как вы оцениваете уровень интеграции работы врача СМП и семейного врача
- высокий;
- средний;
- низкий;
- отсутствует;
- другие варианты_____.

3.В чём заключается, на Ваш взгляд, интеграция работы врача СМП и семейного врача?
- в обмене информацией;
- совместное обслуживание больных;
- другие варианты_____.

4. На Ваш взгляд, какие причины препятствуют интеграции работы врача СМП и семейного врача?
- фрагментация здравоохранения;
- недостаточный уровень организации диспансеризации;
- недостаточный уровень организации службы СМП;
другие варианты_____.

5.Как можно улучшить интеграцию работы врача СМП и семейного врача?
- организация круглосуточного дежурства семейных врачей;
- улучшение диспансеризации потенциальных больных, употребляющих услуги СМП;
- расширение дневных стационаров;
- улучшение информационных технологий;
- другие варианты_____.

Приложение 4

А Н К Е Т А
социологического опроса респондентов (пациентов) для определения степени удовлетворенности службой скорой медицинской помощи

1. Возраст:
- до 19 лет, включительно;
- 20-29 лет;
- 30-39 лет;
- 40-49 лет;
- 50-59 лет;
- 60-69 лет;
- 70 и старше.

2. Пол:
- мужской
- женский

3. Социальное положение:
- рабочий;
- служащий;
- учащийся (студент);
- работник коммерческой структуры;
- лицо, занятое случайными заработками;
- пенсионер (инв. ВОВ);
- неработающий;
- прочие.

4. Образование:
- высшее;
- неполное высшее;
- среднее;
- неполное среднее;
- начальное;
- без образования.

5. Место жительства:
- город;
- село.

6. Как часто в течение последнего года Вы обращаетесь за скорой медицинской помощью?
- один раз в год;
- 2 раза в год;
- более 2 раз в год;
- вообще не обращался;
- сужу о работе СМП со слов близких, знакомых.

7. При обострении хронического заболевания к кому Вы предпочитаете обращаться?
- на станцию СМП;
- участковому врачу (семейному врачу).

8. Какие сложности Вы испытываете при вызове СМП?
- частое опоздание скорой помощи;
- грубость персонала;
- плохая телефонная связь;
- никаких сложностей нет;

- Ваш вариант ответа_____.
9. Как Вы оцениваете отношение диспетчеров?
- высокое удовлетворение;
- удовлетворительное;
- не удовлетворительное.
10. За сколько минут Вы дозвонились до диспетчера 03?
- до 2-х минут;
- до 5 минут;
- до 10 минут;
- более 10 минут.

11. Что Вы думаете об оперативности работы СМП? Ожидали скорую помощь:
- до 15 минут;
- от 15 до 30 минут;
- от 30 до 60 минут;
- более часа.

12. Удовлетворены ли Вы работой медицинского персонала скорой помощи?
- удовлетворен полностью: - авторитет врача СМП;
- высокая квалификация;
- внимательность и чуткость;
- умение успокоить пациента;
- удовлетворен частично;
- неудовлетворен (а);
- Ваш вариант ответа_____.

13. Что Вы думаете об этике и деонтологии сотрудников СМП?
- приятный внешний вид;
- неопрятный;
- Ваш вариант ответа _____.

14. Как Вы относитесь к оказанию платных услуг СМП?
- полная оплата;
- частичная оплата;
- бесплатная.

15. Как Вы оцениваете профессию врача скорой помощи?
- престижная;
- важная;
- не престижная;
- сложная профессия;
- Ваш вариант ответа _____.

16. Как Вы оцениваете уровень оказания помощи в приемных покоях?
- удовлетворительное;
- не удовлетворительное; (в чём выражается) _____;
- Ваш вариант ответа _____.
17. В чем Вы видите проблему СМП?
_____.

18. Что Вы предлагаете по поводу улучшения работы СМП?
-улучшение обеспечения бригад медикаментами, инструментарием, медоборудованием;
- повышение оперативности в работе СМП;
- повышение квалификации медицинского персонала СМП;
- улучшение этики и деонтологии;
- более внимательное отношение к больным и их родственникам;
- Ваш вариант ответа _____.

Приложение 5

Оснащение ЦЭМП г. Душанбе санитарным транспортом за период 2009 – 2017 гг.

Год	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Количество санитарного транспорта, в том числе:	21	22	28	28	26	25	24	41	43
в рабочем состоянии	17	11	19	19	17	16	16	33	32
в нерабочем состоянии	4	11	9	9	9	9	8	8	11
%	19,0	50,0	32,1	32,1	34,6	36,0	33,3	19,5	25,6
Средний выход санитарного транспорта на линию	9,4	9,1	9,2	9,8	10,1	10.0	13,2	18,1	24,2
Удельный вес выхода на линию	52,9	81,8	47,3	52,6	58,8	62,5	81,2	54,5	75,0

Приложение 6

Укомплектованность штатных должностей станции СМП г. Душанбе за период 2002-2017 гг.

Показатель	**2002**	**2007**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Всего штатных должностей	344,25	223,25	228,25	228,25	209,25	209,25	532,50	532,0
Занято	299,0	216,25	210,75	210,75	171,0	173,50	381,5	479,25
Укомплектованность	86,9	96,9	92,3	92,3	81,7	82,9	71,6	90,1
Физическое лицо	126	125	193	197	171	178	389	408
Врачебное	95,25	73,0	75,0	75,0	70,25	70,25	151	151,0
Занято	92,0	67,0	75,0	75,0	64,0	67,50	107,50	140,25
Укомплектованность	96,6	91,8	100,0	100,0	91,1	96,1	71,2	92,9
Физическое лицо	46	49	77	79	64	63	119	112
Коэффициент совместительства	2	1,4	1,0	0,9	1,0	1,1	0,9	1,2
Обеспеченность на 10 000 населения	**3,1**	**2,8**	**3,5**	**3,6**	**4,1**	**3,5**	**4,5**	**3,9**
Средний медперсонал	109,50	82,25	82,25	82,25	68.0	68.0	163	163,0
Занято	81,0	81,25	81,75	82,25	68,0	68,0	140,0	159,75
Укомплектованность	74,0	98,8	99,4	100,0	100,0	100,0	85,9	98,0
Физическое лицо	33	46	78	78	68	73	148	135
Коэффициент совместительства	2,5	1,8	1,0	1,1	1,0	0,9	0,9	1,2
Обеспеченность на 10 000 населения	**0,5**	**0,7**	**1,0**	**1,0**	**0,9**	**0,9**	**1,8**	**1,6**
Младший медперсонал	139,0	68,0	71,0	71,0	71,0	71,0	218,50	142,25
Занято	126,0	68,0	54,0	53,5	39,0	38,0	134,0	103,25
Укомплектованность	90,6	100,0	76,1	75,4	54,9	53,5	61,3	72,6
Физическое лицо	47	30	38	40	39	42	124	89
Коэффициент совместительства	2,7	2,3	1,4	1,3	1,0	0,9	1,1	1,2

Приложение 7

Структура выездных бригад станции СМП г. Душанбе за период 2002-2017 гг.

Показатель	**2002**	**2007**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Всего бригад СМП	21	22	28	28	28	32	46	56
Обеспеченность на 10000 населения	0,03	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04	0,06	0,07
Врачебные - общепрофильные	10	11	14	14	14	16	28	28
%	47,6	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	60,8	50,0
Обеспеченность на 10000 населения	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03
Педиатрические	2	2	2	2	2	2	4	4
%	9,5	9,1	7,1	7,1	7,1	6,3	8,7	7,1
Обеспеченность на 10000 населения	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Фельдшерские	1	1	1	1	1	-	-	-
%	4,7	4,5	3,6	3,6	3,6	-	-	-
Обеспеченность на 10000 населения	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-
Специализированные, в том числе:	8	8	11	11	11	14	14	24
%	38,1	36,4	39,3	39,3	39,3	43,8	30,4	42,9
Обеспеченность на 10000 населения	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,03
Кардиологические	2	2	2	2	2	2	2	4
%	25	25,0	18,2	18,2	18,2	14,3	14,3	16,7
Обеспеченность на 10000 населения	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Неврологические	-	-	1	1	1	-	--	-
%	-	-	9,1	9,1	9,1	-	-	-
Обеспеченность на 10000 населения								
Интенсивной терапии	3	1	1	1	1	1	1	1
%	37,5	12,5	9,1	9,1	9,1	7,1	7,1	4,2
Обеспеченность на 10000 населения	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Психиатрические	1	-	1	1	1	1	1	2
%	12,5	-	9,1	9,1	9,1	7,1	7,1	8,3
Другие	2	5	6	6	6	10	10	17
%	25	62,5	54,5	54,5	54,5	71,4	71,4	70,8
Соотношение линейных и спецбригад	1,25:1	1,4:1	1,3:1	1,3:1	1,3:1	1,1:1	2,0:1	1,2:1
Соотношение линейных и фельдшерских бригад	10:1	11:1	14:1	14:1	14:1	-	-	-

Приложение 8

Показатель загруженности выездных бригад СМП г.Душанбе за период 2009-2017 гг.

Показатель	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Профиль бригад и их загруженность	21	22	28	28	28	32	46	56
1. Враченые - общепрофильные	10	11	14	14	16	16	25	28
1.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	6989	10973	4305	5389	6132	7656	5127	8264
Среднегодовая загруженность	698,9	997,5	307,5	384,9	383,3	478,5	205,1	295,1
1.3. Среднесуточная загруженность	1,9	2,7	0,8	1,1	1,1	1,3	0,6	0,8
2.Педиатрические	2	2	2	2	2	2	4	4
2.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	5768	9893	1746	4320	3241	6453	3122	6924
2.2. Среднегодовая загруженность	2884	4946,5	873,0	2160	1620,5	3226,5	780,5	1735
2.3. Среднесуточная загруженность	7,9	13,6	2,4	5,9	4,4	8,8	2,1	4,8
3.Фельдшерские	1	1	1	1	-	-	-	-
3.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	850	997	364	382	-	-	-	
3.2. Среднегодовая загруженность	850	997	364	382	-	-	-	
3.3. Среднесуточная загруженность	2,3	2,7	1,0	1,0				
4.Специализированные, в том числе:	8	8	11	11	14	14	21	24
4.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	15007	16529	40907	37764	40326	37962	47383	62450
4.2. Среднегодовая загруженность	1875,9	2066,1	3718,8	3433	2880,4	2711,6	2256,3	2602
4.3. Среднесуточная загруженность	5,1	5,7	10,2	9,4	7,9	7,4	6,2	7,1
4.1. Кардиологические	2	2	2	2	2	2	4	4
4.1.1 Число лиц, которым оказана медпомощь	5535	9586	7973	8678	11716	11718	10352	8514
4.1.2. Среднегодовая загруженность	2767,5	4793	3986,5	4339	5858	5859	2588	2128,5
4.1.3. Среднесуточная загруженность	7,6	13,1	10,9	11,9	16,0	16,1	7,1	5,8
5.Неврологические	-	-	1	1	-	--	-	-
5.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	-	-	177	212	-	-	-	
5.2. Среднегодовая загруженность	-	-	177	212		-	-	
5.3. Среднесуточная загруженность	-	-	0,5	0,6		-	-	
6. Интенсивной терапии	3	1	1	1	1	1	-	1
6.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	8597	4586	8378	6080	6470	9505	-	4271,0
6.2. Среднегодовая загруженность	2865,7	4586,0	8378,0	6080,0	6470,0	9505,0	2865,7	4271
6.3. Среднесуточная загруженность	7,9	12,6	23,0	16,7	17,7	26,0	7,9	11,7
7.Психиатрические	1	-	1	1	1	1	1	2
7.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь			151	694	746	1221	1525	1056
7.2. Среднегодовая загруженность			151	694	746	1221	1527	528,0
7.3. Среднесуточная загруженность			0,4	1,9	2,0	3,3	4,2	1,5
8. Другие	2	5	6	6	10	10	16	17
8.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	9580	3767	24228	22100	21394	15520	36473	48609
8.2. Среднегодовая загруженность	4790	753,4	4038,0	3683,3	2139,4	1552,0	2279,6	2859,3
8.3. Среднесуточная загруженность	13,1	2,1	11,1	10,1	5,9	4,3	6,2	7,9

Приложение 9

Показатель частоты обращаемости населения г. Душанбе за скорой медицинской помощью за период 2002-2017 гг.

Год	Среднегодовая численность населения (тыс. чел)	Число обращений за СМП	Обращаемость населения на 100 тыс.человек	Обращаемость населения на 1000 человек	Обеспеченность населения СМП в %0	Среднее число обращений на 1 жителя
2002	604,0	28614	4737,4	47,4	46,1	0,04
2003	639,4	33967	5312,3	53,1	51,3	0,1
2004	631,7	35120	5389,0	53,9	55,2	0,1
2005	646,4	33243	5142,8	51,4	50,8	0,1
2006	660,9	33775	5620,7	56,2	54,2	0,1
2007	674,2	38392	5694,5	56,9	59,0	0,1
2008	692,0	40975	5921,2	59,2	61,2	0,1
2009	711,2	35970	5057,6	50,6	47,5	0,1
2010	731,1	42112	5760,1	57,6	54,1	0,1
2011	748,0	42790	5720,6	57,2	53,7	0,1
2012	764,3	47322	6191,5	61,9	59,7	0,1
2013	775,8	47855	6593,4	65,9	60,9	0,1
2014	788,7	49701	6301,6	63,0	62,3	0,1
2015	802,7	52071	6487,0	64,9	64,5	0,1
2016	816,2	55632	6816,0	68,2	67,7	0,1
2917	823,8	70714	8583,9	85,8	84,3	0,1

Приложение 10

Структура вызовов, выполненных выездными бригадами станции СМП г. Душанбе за период 2002-2017 гг.

Показатель	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
1.Число лиц, которым оказана медпомощь при выездах, в том числе:	28614	38392	47322	49701	52071	55632	70714
на 100 000 населения	4737,4	5694,5	6191,5	6301,6	6487,0	6816,0	8583,9
1.1 Оказание помощи по поводу несчастных случаев	1729	1917	2882	2282	2654	3206	3004
процент %	6,0	5,0	6,1	4,6	5,1	5,8	4,2
на 100 000 населения	286,3	284,3	377,1	289,3	330,6	392,8	364,7
1.2. Оказание помощи по поводу внезапных заболеваний и состояний	21354	34900	42873	45939	47413	50003	64128
процент %	74,6	90,9	90,6	92,4	91,1	89,9	90,7
на 100 000 населения	3535,4	5176,5	5609,4	5824,6	5906,7	6126,3	7784,4
1.3 Оказание помощи по поводу родов и патологии беременности	3373	889	1047	1124	1573	1774	2157
процент %	11,8	2,3	2,2	2,3	3,0	3,2	3,0
на 100 000 населения	558,4	131,9	137,0	142,5	196,0	217,3	261,8
1.3 Перевозка больных, рожениц и родильниц	2158	686	520	356	431	649	1425
процент %	7,5	1,8	1,1	0,7	0,8	1,2	2,0
на 100 000 населения	357,3	101,8	68,0	45,1	53,7	79,5	173,0

Приложение 11

Структура выполненных вызовов выездными бригадами СМП г. Душанбе по поводу различных несчастных случаев за период 2009-2017 гг.

Год	ДТП	Другие травмы	Электротравма	Ожоги	Отморожение	Отравления	Другие	Повешенье
2009	13,4	20,9	0,1	1,6	0,1	27,4	36,4	0,01
2010	20,9	40,5	0,5	2,5	0,5	33,6	1,3	0,2
2011	21,2	55,7	0,3	1,6	0,3	15,8	5	0,01
2012	24,3	47,3	0,1	2,4	0,1	24,4	1,3	0,1
2013	10,6	42,4	0,4	2,4	0,5	35,6	7,8	0,2
2014	21,3	21,2	0,3	6	0,1	44	6,9	0,1
2015	9,5	45,3	0,5	1,2	0,1	35,5	7,2	0,7
2016	12,3	34,9	1,5	3,8	0,2	39	8	0,2
2017	12,4	52,1	0,2	4,3	0,2	26,4	4,2	0,1

Приложение 12

Показатель частоты выполненных вызовов выездными бригадами СМП г. Душанбе по поводу несчастных случаев за период 2009-2017 гг. (на 100000 населения)

год	Среднегодовая численность населения	ДТП	Травмы бытовые, производственные)	Электротравма	Ожоги	Отморожение	Отравления	Другие	Повешенье
2009	711,2	56,0	87,5	0,4	6,6	0,3	114,7	153,3	0,3
2010	731,1	61,8	119,5	1,5	7,5	1,4	99,3	3,8	0,5
2011	748,0	67,9	178,3	0,9	5,2	0,8	51,1	16,0	0,1
2012	764,3	91,5	178,3	0,5	9,2	0,4	92,0	4,8	0,4
2013	775,8	28,2	113,2	1,0	6,4	1,3	95,0	20,9	0,6
2014	788,7	61,7	61,4	0,9	17,4	0,4	127,4	19,7	0,5
2015	802,7	31,4	149,6	1,7	4,1	0,2	117,3	23,9	2,2
2016	816,2	48,4	137,1	6,0	15,1	0,7	153,0	31,6	0,9
2017	823,8	45,3	190,1	0,8	15,8	0,7	96,5	14,9	0,5

Приложение 13

Структура выполненных вызовов выездными бригадами СМП г. Душанбе по поводу различных внезапных заболеваний за период 2009-2017гг.

Год	ИБС	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания брюшной полости	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
2009	3,2	35,9	1,1	5,2	3,5	2,5	15,4	0,3	1,5	31,3
2010	1,9	42,4	0,5	8,9	5	3,8	3,8	0,4	11	22,2
2011	7	43	0,8	11,8	8,9	8,1	1,4	0,8	8,9	9,3
2012	7,1	31,8	1	14,4	11,1	5,2	2,3	1,4	18,9	6,8
2013	7,1	25,1	1,6	14,4	11,4	7,3	4,2	1,6	8,7	18,5
2014	7,1	24,7	1,5	16	16,9	9,5	5,3	2,6	13,8	2,6
2015	6,9	24,6	2,3	15,3	14,5	6,9	4,9	0,9	14,8	8,9
2016	6,2	23,2	2,2	15,9	15,9	6,5	3,6	1,1	15,8	9,6
2017	3,1	27,1	1,5	16,4	12,1	6,9	3,5	1,1	13,2	15,1

Приложение 14

Показатель частоты выполненных вызовов выездными бригадами по поводу внезапных заболеваний и состояний за период 2009-2017 гг.
(на 100 000 населения)

Год	ИБС, всего	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания брюшной полости	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
2009	143,3	1583	48,2	230,3	155,5	111,6	679,8	14,8	65,9	1381
2010	100,7	2224	27,5	468,7	259,7	198,9	198,9	21,9	577,2	1164
2011	361,6	2219	42,9	608,8	457,5	416,3	72,7	38,8	460,6	479,4
2012	396,6	1784	58,9	808,2	623,7	291,1	129,7	77,2	1058	381,5
2013	405	1428	90,5	818,9	646,7	417,4	241,2	93,5	494,5	1055
2014	414,0	1440	89,0	932,7	982,8	555,5	307,3	148,7	805,5	148,6
2015	405,3	1451	136,8	902,3	859,2	409,1	287,7	54,7	876,6	523,3
2016	377,8	1421	134,5	972,3	975,6	397,8	222,5	66,3	968,0	590,5
2017	254,2	2111	134,6	1309	975,1	536,1	304,1	86,1	1032	1041

Приложение 15

Оснащение учреждения скорой медицинской помощи Хатлонской области санитарным транспортом за период 2009- 2017гг.

Показатель / Год	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017
Количество санитарного транспорта, в том числе:	60	75	81	56	116	87	102	95
в рабочем состоянии	45	57	47	44	87	52	80	74
в нерабочем состоянии	15	18	34	12	29	35	22	21
%	25	24	42,0	21,4	25	40,2	21,6	22,1

Приложение 16

Обеспеченность и норматив потребности населения и станций (отделений) СМП Хатлонской области санитарным транспортом за период 2009-2017 гг. (на 10 000 населения)

Наименование города / района	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	***	*****
Хатлонская обл.	0,2	0,2	0,2	0,2	0.3	0,2	0,2	0,2	0,3	316,1	28,7
г. Бохтар	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	10,8	4,4
г. Куляб	1,1	1,1	0,9	0,9	1,0	1,0	0,8	1,0	0,5	20,6	21,2
г.Нурек	1,0	0,8	0,8	0,8	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	5,8	21,6
г. Левакант	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,5	0,4	0,4	4,6	0,8
Кулябский р-н	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	10,2	28,6
Балджуван	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	-
Н, Хисрав	-	0,3	-	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	3,4	22,2
Кушониён	-	0,1	0,1	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	23.3	
Вахш	-	0,1	0,1	-	-	-	0.2	0.2	0,1	18,8	21.6
Восе	0,1	-	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	20,5	29,7
Хуросон	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2		0,2	10,9	0.0
Дангара	-	0,1	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	14,7	60,7
Дусти	0,2	-	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	10,9	41,7
Кубодиён	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	17,6	5,5
Дж. Балхи	0,3	0,3	-	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	18,2	0,2
Джайхун	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	-	-	0,2	0,5	13,1	19,8
Хамадони	-	0,2	-	-	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	14,4	33,4
Муминобод	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,3	8,9	25,0
Пархар	0,1	0,1	-	-	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	16,1	11,3
Пяндж	-	0,2	-	-	0,2	0,2	-	0,2	0,2	11,2	0,0
Темурмалик	0,3	0,2	0,5	0,2	0,2	0,5	0,5	0,8	0,6	6,7	17,8
Ховалинг	0,2	0,2	1,2	-	0,2	-	0,2	0,4	0,5	5,5	28,5
А.Джоми	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	-	0,1	0,1	16,4	25,9
Шаартуз	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	12,2	55,5
Ш.Шохин	0,2	0,2	0,4	0,2	0.4	0.2	0,4	0,5	0.2	5,3	18,8
Яван	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	-	-	0,4	0,3	21,4	0,0

*** - норма потребности, **** - в нерабочем состоянии (%)

Приложение 17

Утвержденные штатные должности всего персонала станций (отделений) СМП Хатлонской области за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	**2002**	**2007**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Хатлонская обл.	1417,5	1161,75	1117,5	1131,25	1103,75	1085.5	1081.75	1049,25
г. Бохтар	178,0	159,0	159,0	159,0	159,0	161,0	159,0	159,0
г. Куляб	106,0	100,0	93,5	94,5	98,75	98,75	98,25	178,0
г.Нурек	47,5	29,75	33,25	33,25	31,25	33,25	33,25	33,25
г.Левакант	58,0	58,0	58,0	58,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Балджуван	25,0	12,5	16,5	18,0	19,0	16,5	16,5	37,5
Н, Хисрав	-	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	4,5	3,0
Кушониён	-	11,5	17,0	17,0	15,0	17,0	17,0	15,0
Вахш	52,5	57,0	15,5	15,5	57,0	12,0	57,0	12,0
Восе	127,5	118,0	128,0	128,0	128,0	128,0	128,0	128,0
Хуросон	22,5	45,5	45,5	45,5	15,0	35,0	24,5	38,0
Дангара	41,5	14,5	14,5	14,5	24,0	30,5	31,0	31,5
Дусти	33,0	85,0	35,0	36,0	36,0	36,0	36,0	52,0
Кубодиён	34,5	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0
Дж. Балхи	44,0	35,0	19,5	20,5	20,5	20,5	20,5	20,5
Джайхун	92,0	74,0	56,0	58,5	58,5	31,0	58,5	53,5
Хамадони	24,5	47,0	37,0	36,0	36,0	36,0	36,0	41,0
Муминобод	136,5	80,0	59,5	59,5	41,0	72,25	43,0	
Пархар	17,0	29,0	29,0	25,0	24,0	25,0	25,0	25,0
Пяндж	24,5	22,5	19,0	19,0	19,0	17,0	25,0	37,0
Темурмалик	34,0	16,0	22,5	22,5	22,0	25,0	22,5	22,5
Ховалинг	49,5	26,0	46,5	46,5	33,0	25,0	25,0	35,5
А.Джоми	8,0	11,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5
Шаартуз	36,5	41,0	40,5	40,5	41,5	41,5	41,5	28,5
Ш.Шохин	13,0	21,0	21,0	20,5	20,5	20,0	20,0	28,0
Яван	25,5	21,0	56,0	56,0	39,5	48,5	47,5	47,5

Приложение 18

Обеспеченность станций (отделений) СМП Хатлонской области врачебными кадрами за период 2002-2017 гг. (на 10 000 населения)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Хатлонская обл.	1,2	1,2	1,8	2,0	2,7	1,9	2,2	2,1
г. Бохтар	1,1	0,7	1,4	1,5	1,7	1,8	1,7	1,7
г. Куляб	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2
г.Нурек	-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
г. Левакант	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
р-н Куляб	-	0,1	0,1	-	-	0,1	0,1	0,1
Балджуван	-	-	-	-	-	-	-	-
Н. Хисрав	-	-	-	-	0,3	0,3	0,3	-
Кушониён	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Вахш	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3
Восе	0.1	0.1	0,1	0,2	0.1	0,2	0.1	0,1
Хуросон	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Дангара	0,2	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Дусти	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Кубодиён	-	0,1	0,1	0.2	0,1	0,1	0.1	0.1
Дж.Балхи	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	-	0,3	0,3
Джайхун		0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Хамадони	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Муминобод	-	-	0,2	0,2	0,1	0,1	-	-
Пархар	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Пяндж	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Темурмалик	0,2	0,5	0,2	0,2	-	0,2	0,2	0,3
Ховалинг	-	-	-	-	-	0,2	-	-
А.Джоми	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Шаартуз	0.1		0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
Ш.Шохин	-	-	0,2	0,2	1,2	0,2	1,1	1,1
Яван	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

Приложение 19

Обеспеченность станций (отделений) СМП Хатлонской области средним медперсоналом за период 2002-2017 гг. (на 10 000 населения)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Хатлонская обл.	7,7	7,1	9,1	9,6	10,2	12,0	11,7	12,3
г. Бохтар	2,5	1,9	3,0	2,3	2,5	2,6	3,0	2,8
г. Куляб	4,1	3,4	3,5	3,4	3,5	3,1	2,8	1,7
г.Нурек	2,6	1,6	3,4	2,2	1,8	1,6	1,4	1,4
г.Левакант	1,7	1,5	1,4	1,1	0,8	0,7	0,7	1,3
Р-н Куляб	-	0,8	0,7	-	-	0,7	0,7	1,4
Балджуван	-	-	-	1,2	1,5	1,1	1,1	1,0
Н.Хисрав			0,3	0,3	0,3	1,1	0,8	0,8
Кушониён	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Вахш	1,1	1,0	0,5	0,5	0,5	0,9	0,4	1,9
Восе	0,1	0,1	0,6	0,7	0,3	0,8	0,8	1,1
Хуросон	1,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,9	0,9
Дангара	1,0	0,5	0,5	0,7	0,6	0,7	0,8	1,4
Дусти	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Кубодиён	0,6	0,5	0.3	0,2	0,4	0.4	0,4	0,6
Дж.Балхи	1,0	0,7	0,8	0,6	0,5	0,6	1,1	1,3
Джайхун	0,9	0,8	0,9	1,2	1,2	1,2	1,2	2,1
Хамадони	0,9	0,8	1,1	1,1	1,0	2,0	1,2	1,5
Муминобод	0,6	0,5	0,5	1,2	1,4	1,2	1,6	1,3
Пархар	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6	0,4	1,2	1,7
Пяндж	0,6	0,9	1,4	1,4	1,4	1,7	2,1	1,7
Темурмалик	1,4	1,1	1,3	1,3	1,7	1,4	1,4	0,9
Ховалинг		0,4	1,6	1,5	1,5	1,1	1,8	1,8
А.Джоми	0,1	0,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0
Шаартуз	0,1	0,2	0,5	0,5	0,2	0,5	0,7	0,7
Ш.Шохин	1,6	0,9	1,9	1,8	1,6	1,8	1,9	1,7
Яван	0,5	0,8	0,6	1,0	1,0	1,0	1,2	1,1

Приложение 20

Структура выездных бригад станций (отделений) СМП Хатлонской области за период 2002-2017 гг.

Год	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего врачебных бригад	45	75	82	65	61	65	55	65
1.Враченые -общепрофильные	16	20	47	45	31	30	33	30
%	35,6	26,7	57,3	69,2	50,8	46,2	60,0	46,2
2.Педиатрические	1	2	1	1	5	5	2	-
%	2,2	2,7	1,2	1,5	8,2	7,7	3,6	
3.Фельдшерские	28	52	33	18	24	29	19	35
%	62,2	69,3	40,2	27,7	39,3	44,6	34,5	53,8
4.Специализированные (кардиологическая)	-	1	1	1	1	1	1	-
%		1,3	1,2	1,5	1,6	1,5	1,8	

Приложение 21

Обеспеченность населения Хатлонской области выездными бригадами СМП за период 2002-2017 гг. (на 10000 населения)

Год	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего бригад	45	75	82	65	61	65	55	65
на 10000 населения	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
1.Враченые - общепрофильные	16	20	47	45	31	30	33	30
на 10000 населения	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
2.Педиатрические	1	2	1	1	5	5	2	-
на 10000 населения	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002	0,002	0,001	
3.Фельдшерские	28	52	33	18	24	29	19	35
на 10000 населения	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
4.Спецбригады	-	1	1	1	1	1	1	-
на 10000 населения	-	0,0004	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	-

Приложение 22

Показатели загруженности бригад СМП Хатлонской области за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	Среднегодовая загруженность бригад СМП				Среднесуточная загруженность бригад СМП			
	Общепрофильные врачебные	Педиатрические	Фельдшерские	Специализированные	Общепрофильные врачебные	Педиатрические	Фельдшерские	Специализированные
Хатлонская обл.	1415	770,0	1185	1860	3.9	2.1	3.5	5,1
г. Бохтар	3138	-	1947	-	10,6	-	5,3	-
г.Куляб	1372	1698	3742	1238	3,5	4,7	10,3	3,4
г.Нурек	925,9	-	1833	-	2,5	-	5,0	-
г.Левакант	1442	-	1418	-	4,0	-	3,5	-
Р-н Куляб	1250,7	-	716,0	-	3,4	-	2,0	-
Балджуван	-	-	1017	-	-	-	2,8	-
Н. Хисрав	313,1	122,5	341,0	-	0,8	0,4	0,9	-
Кушониён	266,8	-	405,0	-	0,7	-	1,1	-
Вахш	5357	1055	2867	-	14,7	2,9	7,9	-
Восе	437,4		518,4		1.2		1,4	-
Хуросон	442.3	-	603,2	-	1,2	-	1,7	-
Дангара	1774,1	-	1374,2	-	4,9	-	3,8	-
Дусти	359,2	-	223,8	-	1,0	-	0,6	-
Кубодиён	623,7	-	624,3	-	1,7	-	1,7	-
Дж. Балхи	2253	119.1	603.7	-	6,2	0,3	1.7	-
Джайхун	1100	-	165,1	-	3,0	-	1,0	-
Хамадони	898.5	-	1041	-	2,5	-	2,9	-
Муминобод	965,6	-	841,9	-	2,6	-	2,3	-
Пархар	1249	286,0	1248	-	3,4	0,8	3,4	-
Пяндж	74,3	-	472,1	-	0,2	-	1,3	-
Темурмалик	863,4	-	1826	-	2,4	-	5,0	-
Ховалинг	1179	-	586,9	-	3,2	-	1,6	-
А.Джоми	1004	-	1524	-	2,7	-	4,2	-
Шаартуз	716,4	-	39,0	-	2,0	-	0,1	-
Ш.Шохин	2786	-	2643	-	7,6	-	7.2	-
Яван	209,8	-	1659	-	0,6	-	4,5	-

Приложение 23

Показатель частоты обращаемости населения Хатлонской области за скорой медицинской помощью за период 2002-2017 гг. (на 100 тыс. населения)

Наименование района, города	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
Хатлонская обл.	3733,6	2997,2	2792,3	2837,9	2946,1	3331,7	3434,1
г. Бохтар	16546	14094	8589,6	8076,8	7744,8	9375,8	8719,3
г. Куляб	10882	1794,2	19168	7206,2	5990,2	5462,1	4630,2
г.Нурек	12795	5736,6	6382,4	6036,3	6890,8	8199,7	7531,5
г.Левакант	15074	7623,6	5201,9	17697	6692,3	3281,0	2858,1
Куляб	--	2001,3	1245,3	1110,1	1235,7	1034,0	1751,2
Балджуван	-	-	-	3106,6	3071,7	5552,8	2752,6
Н.Хисрав	-	454,5	574,1	882,4	2128,9	2378,8	1502,7
Кушониён	317,6	170,9	143,9	329,7	370,4	306,5	252,3
Вахш	10325	7011,4	6997,0	4442,3	5280,7	6615,5	6422,7
Восе	269,7	323,4	374,3	1751,9	922,0	158,9	1173,7
Хуросон	4131,2	1394,6	818,0	836,4	2675,2	3109,3	2208,6
Дангара	2610,1	1641,9	963,8	1719,3	2281,3	2417,0	5065,7
Дусти	255,7	2356,6	640,1	562,9	427,1	249,3	315,3
Кубодиён	1219,7	675,6	195,0	315,0	313,3	314,2	274,3
Дж.Балхи	5934,2	3606,4	2874,0	2610,3	1561,3	2145,5	2214,1
Джайхун	566,8	2222,2	1230,8	1814,8	2351,0	5499,6	2886,5
Хамадони	1685,1	1643,5	1491,9	1571,9	2963,7	1273,8	1651,7
Муминобод	2901,3	2568,3	1985,3	2602,6	2290,7	2552,3	2948,8
Пархар	1073	362,4	3717,7	4936,8	5851,0	13539	10802
Пяндж	767,4	700,9	346,8	711,2	929,8	910,9	787,6
Темурмалик	17253	4367	4942	5365	4915	5143	11662
Ховалинг	-	952,1	3118,9	2762,7	3055,5	2793,9	3261,6
А.Джоми	400,3	1311,5	2045,6	2098,7	2521,3	1526,2	1565,9
Шаартуз	8,0	914,5	1540,4	3037,7	1612,4	1072,2	2894,3
Ш.Шохин	7220,7	4938,5	10443	12622	20117	16847	14669
Яван	6268,0	5166,8	663,7	1014,7	1754,3	1384,3	1427,1

Приложение 24

Показатель обеспеченности населения Хатлонской области скорой медицинской помощью за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	Обращаемость населения на 100 тысяч человек	Обращаемость населения на 1000 человек	Обеспеченность населения СМП в %	Среднее число обращений на 1 жителя
Хатлонская обл.	3100,6	31,0	29,8	0,01
г. Бохтар	11701,3	117,0	117,0	0,1
г. Куляб	7529,1	75,3	75,3	0,1
г.Нурек	7832,2	78,3	78,0	0,1
г.Левакант	9973,4	99,7	85,2	0,1
Р-н Куляб	1590,0	15,9	15,1	0,001
Балджуван	3504,4	35,0	35,8	0,01
Н.Хисрав	1008,8	10,1	9,9	0,01
Кушониён	336,0	3,4	3,2	0,01
Вахш	7448,9	74,5	75,4	0,1
Восе	926,5	52,1	50,7	0,01
Хуросон	1679,7	16,8	16,8	0,01
Дангара	2304,0	23,0	21.3	0,01
Дусти	1151,7	11,5	4,3	0,01
Кубодиён	446,9	4,5	4,3	0,01
Дж.Балхи	3159	31,6	31,2	0,01
Джайхун	1684,0	16,8	16,2	0,01
Хамадони	1494,2	14,9	14,4	0,01
Муминобод	2489,5	24,9	24,1	0,01
Пархар	3141,7	31,4	29,9	0,01
Пяндж	795,4	8,0	7,7	0,02
Темурмалик	7529,1	75,3	73,4	0,1
Ховалинг	2242,5	22,4	22,1	0,01
А.Джоми	1480,9	14,8	14,5	0,01
Шаартуз	1715,5	17,2	16,0	0,01
Ш.Шохин	16814,3	94,6	80,0	0,2
Яван	6398,4	36,0	37,7	0,1

Приложение 25

Структура вызовов, выполненных выездными бригадами станций (отделений) СМП Хатлонской области за период 2002-2017 гг.

Показатель/год	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
1.Число лиц, которым оказана медпомощь при выездах	85611	75068	79070	84329	89790	104097	108565
в том числе: 1.1 оказание помощи по поводу несчастных случаев	1292	966	3114	4030	5405	3622	4670
%	1,5	1,3	3,9	4,8	6,0	3,5	4,3
1.2. оказание помощи по поводу внезапных заболеваний и состояний	79851	65608	70533	73336	77358	91953	97292
%	93,3	87,4	89,2	87,0	86,2	88,3	89,6
1.3 оказание помощи по поводу родов и патологии беременности	2151	2736	3259	3789	4121	4109	3499
%	2,5	3,6	4,1	4,5	4,6	3,9	3,2
1.3 перевозка больных, рожениц и родильниц	2317	5758	2164	3174	2906	4413	3104
%	2,7	7,7	2,7	3,8	3,2	4,2	2,3

Приложение 26

Удельный вес медицинской помощи при выездах СМП Хатлонской области по поводу нечастных случаев за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Хатлонская обл.	1,5	1,3	3,9	3,3	4,8	6,0	3,5	4,3
г. Бохтар	1,4	1,7	3,7	3,4	3,1	3,2	3,3	2,2
г. Куляб	0,4	0,9	0,5	0,9	5,6	1,5	1,2	17,2
г.Нурек	2,3	3,0	2,8	1,6	4,1	1,6	2,3	2,6
г.Левакант	0,2	0,0	0,7	0,9	0,5	0,6	0,2	2,5
Р-н Куляб	-	0,9	8,9	7,0	7,2	7,0	16,1	4,6
Балджуван	-	-	-	-	39,7	37,2	36,6	-
Н.Хисрав	-	2,4	7,0	8,1	4,7	0,3	0,8	1,8
Кушониён	1,5	3,8	6,9	1,5	3,9	3,5	3,6	22,8
Вахш	0,1	0,4	0,6	0,8	3,4	2,4	1,4	1,4
Восе	2,9	3,3	8,6	11,8	14,2	82,5	25,1	14,6
Хуросон	0,7	4,4	26,1	23,4	10,6	15,4	8,5	28,0
Дангара	17,7	5,7	1,8	3,8	2,4	3,7	1,5	5,7
Дусти	1,5	-	6,6	12,1	12,5	13,7	6,3	4,7
Кубодиён	14,9	1,4	-	-	-	-	-	1,2
Дж.Балхи	-	1,4	2,1	1,5	1,5	0,9	1,2	0,9
Джайхун	15,3	0,8	5,2	2,4	2,8	1,7	2,1	2,1
Хамадони	2,1	0,7	0,5	0,9	2,7	4,9	5,0	4,9
Муминобод	0,2	2,3	0,6	1,1	1,0	4,1	3,0	1,5
Пархар	4,2	9,1	5,3	4,2	3,6	1,1	2,7	4,6
Пяндж	0,8	4,9	4,9	40,8	27,5	6,3	7,8	-
Темурмалик	0,7	1,9	-	-	--	-	-	0,4
Ховалинг	-	-	2,0	1,9	1,8	3,3	2,5	2,0
А.Джоми	2,0	5,2	5,7	6,8	7,9	10,8	6,9	9,2
Шаартуз	14,3	3,5	10,3	0,3	-	-	1,9	-
Ш.Шохин	-	-	1,0	1,0	1,5	3,2	3,2	1,5
Яван	0,6	-	11,6	9,6	9,4	7,6	5,2	

Приложение 27

Удельный вес вызовов по поводу внезапных заболеваний и состояний за период 2002- 2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Хатлонская обл.	93,3	87,4	89,2	89,2	87,0	86,2	88,3	89,6
г. Бохтар	96,0	91,1	93,0	93,7	93,7	94,3	92,9	94,1
г. Куляб	97,9	77,1	98,9	97,9	91,5	91,8	84,5	80,2
Г.Нурек	75,5	76,6	88,4	88,5	86,7	94,7	91,5	90,1
г.Левакант	97,2	99,5	99,3	95,4	98,8	98,0	93,7	94,3
Р-н Куляб	-	77,1	87,0	71,4	87,5	81,3	76,9	73,3
Балджуван	-	-	-	-	57,7	61,7	61,0	100
Н.Хисрав	73,9	92,5	99,2	96,9	75,2	73,9	44,0	48,0
Кушониён	96,6	92,2	93,1	96,9	95,6	94,1	87,4	83,3
Вахш	97,7	97.9	97,6	96,6	92,5	94,7	91,3	95,0
Восе	77,2	27,4	57,1	57,2	85,7	16,9	71,2	85,0
Хуросон	94,0	93,4	72,1	73,6	85,6	81,6	88,4	67,1
Дангара	52,8	84	94,6	92,8	93,7	86,7	94,8	91,7
Дусти	98,5	96,9	92,9	87,6	87,0	86,3	88,8	94,7
Кубодиён	81,3	57,1	99,3	100	100	100	100	98,6
Дж Балхи	100	85,8	91,8	82,7	85,0	93,7	90,8	96,8
Джайхун	77,2	78,6	67,1	87,0	86,6	88,1	79,3	87,7
Хамадони	69,3	80,3	79,2	81,5	53,7	78,5	86,6	83,9
Муминобод	98,0	81,4	91,4	95,5	91,1	91,1	94,5	97,3
Пархар	85,3	61,9	90,8	92,7	90,1	92,4	93,8	94,9
Пяндж	99,2	18,6	81,4	59,2	71,3	90,7	91,6	97,7
Темурмалик	94,3	92,7	94,8	94,8	89,1	92,1	93,7	86,3
Ховалинг		40,5	88,6	90,3	86,7	83,5	94,3	95,3
А.Джоми	83,9	74,3	82.7	80,7	79,5	78,3	79,7	85,3
Шаартуз	85,7	84,8	79,9	90,4	89,7	83,9	97,1	86,6
Ш.Шохин	90,4	94,8	78,6	93,5	80,6	83,0	89,7	81,8
Яван	97,1	95,6	85,7	83,1	87,8	90,5	88,4	93,1

Приложение 28

Удельный вес вызовов по поводу родов и патологии беременности за период 2002- 2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Хатлонская обл.	2,5	3,6	4,1	5,1	4,5	4,6	3,9	3,2
г. Бохтар	1,4	1,8	1,8	1,4	1,5	1,1	2,9	1,9
г. Куляб	1,3	13,5	0,6	0,9	2,8	6,7	14,3	2,0
Г.Нурек	5,5	7,0	4,9	5,5	3,5	2,8	3,9	3,6
г.Левакант	0,6	0,4	-	3,7	0,4	1,0	3,3	1,7
Р-н Куляб	-	13,5	0,9	6,9	5,3	6,0	4,1	11,9
Балджуван	-	-	-	-	0,5	0,5	0,6	-
Н.Хисрав	-	48,0	7,5	6,8	-	-	-	0,7
Кушиниён	1,9	1,2	-	1,7	0,3	2,4	4,4	0,9
Вахш	2,0	0,4	1,8	2,6	4,1	3,1	3,8	1,9
Восе	4,0	19,1	34,4	30,6	0,1	0,7	2,2	0,2
Хуросон	4,3	1,0	1,8	2,0	1,4	1,9	1,6	2,2
Дангара	4,5	5,1	3,6	3,4	3,8	3,4	3,7	2,3
Дусти	-	-	0,5	0,3	0,5	3,0	-	0,6
Кубодиён	9,1	14,9	0,7	-	-	-	-	0,2
Дж.Балхи	-	2,5	1,8	4,7	0,2	0,8	0,8	1,2
Джайхун	2,6	4,6	10,7	3,9	5,1	3,2	5,4	5,1
Хамадони	24,1	16,3	20,3	16,0	37,7	16,4	7,9	5,8
Муминобод	1,8	14,6	4,8	2,9	6,3	2,7	1,1	0,6
Пархар	5,5	28,9	2,0	1,6	3,1	3,5	1,7	0,9
Пяндж	-	16,3	2,6	-	-	0,5	0,6	1,2
Темурмалик	2,7	3,2	5,2	5,2	5,8	7,9	6,3	7,4
Ховалинг	-	50,3	6,3	7,7	3,4	13,2	3,0	2,5
А.Джоми	14,1	8,1	4,9	3,6	3,5	3,2	2,5	2,8
Шаартуз	-	1,3	9,8	9,3	5,9	9,2	-	8,2
Ш.Шохин	6,7	2,6	11,0	5,6	9,4	9,1	3,8	8,2
Яван	1,3	0,8	2,7	5,2	2,8	2,0	3,3	3,6

Приложение 29

Удельный вес вызовов, выполненных выездными бригадами СМП Хатлонской области за период 2002-2017 гг.
(перевозка больных, рожениц и родильниц (в %)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Хатлонская обл.	2,7	7,7	2,7	2,3	3,8	3,2	4,2	2,3
г. Бохтар	1,2	5,4	1,7	1,5	1,5	1,6	1,4	0,9
г.Куляб	0,4	8,4	-	0,3	-	-	-	0,5
г.Нурек	16,8	13,3	3,9	4,4	5,7	0,9	2,4	3,7
г.Левакант	19,9	0,6	-	-	3,3	3,7	28,3	1,4
Р-н Куляб	-	8,4	3,2	14,7	-	5,7	2,9	10,2
Балджуван	-	-	-	-	2,0	0,7	1,8	-
Н.Хисрав	-	5,6			1,3			0,5
Кушониён	-	2,9	-	-	0,3	-	4,7	-
Вахш	0,2	1,3	-			2,2	2,5	1,7
Восе	15,9	50,2	-	0,4			1,5	0,3
Хуросон	1,0	1,2	-	1,0	2,3	1,1	1,6	2,6
Дангара	25	5,1	-	-	0,1	6,2	-	0,3
Дусти	-	3,1	-	-	-	-	1,0	
Кубодиён	2,9	40	-	-	-	-	-	-
Дж.Балхи		10,3	4,2	11,2	13,2	4,5	7,2	1,1
Джайхун	4,9	16,0	17,0	6,7	5,5	7,1	13,3	5,0
Хамадони	4,5	2,7	-	1,6	5,9	0,1	0,4	5,4
Муминобод		1,7	3,3	0,5	1,5	2,1	1,3	0,5
Пархар	5,1	-	1,9	1,5	3,1	2,9	1,7	0,8
Пяндж		60,2	11,0	-	1,2	2,5	-	1,0
Темурмалик	2,4	2,2	-	-	5,1	-	-	5,9
Ховалинг		9,2	3,1	-	8,0	-	0,2	0,3
А.Джоми		12,4	6,7	8,9	9,1	7,7	10,9	2,7
Шаартуз	-	10,5	-	-	4,4	6,9	0,9	5,2
Ш.Шохин	2,4	2,6	9,3	-	8,6	4,7	3,3	8,9
Яван	0,9	3,4	-	2,1	-	-	3,0	3,3

Приложение 30

Структура медицинской помощи при выездах бригад СМП Хатлонской области по поводу различных несчастных случаев за период 2009-2017 гг.
(в %)

Наименование города / района	**ДТП**	**Травмы**	**Электротравма**	**Ожоги**	**Отморожение**	**Отравления**	**Другие**	**Повешенье**
Хатлонская обл.	150	39,7	1,9	5,7	1,8	18,4	16,5	1.0
г. Бохтар	4,4	64,4	2,0	5,3	0,0	15,5	8,0	0,4
г.Куляб	17,6	36,9	2,0	4,8	0,3	34.9	2,9	0,5
г.Нурек	14,4	63,3	0,7	4,8	1,2	12,5	2,8	0,3
г.Левакант	23,0	52,5	0,5	12,4	0	11,1	0	0,5
Р-н Куляб	30.1	30,4	1,1	7,7	0,2	12,9	15,8	1,8
Балджуван	19,9	25,4	1,4	1,1	0,9	14,5	35,2	1,6
Н.Хисрав	11.0	39,3	4,8	17,2	1,6	22,9	1,6	1,6
Кушониён	33,5	43,3	1,9	4,3	0,9	7,1	8,3	0,7
Вахш	4,5	46,5	1.7	12,5	0,0	20,7	13,4	0,6
Восе	18,8	57,2	1,1	2,7	3,3	13,9	2,5	0,4
Хуросон	51,2	41,7	0,9	3,2	0,0	1,6	1,0	0.4
Дангара	39,9	39,2	0,8	2,6	0,0	16,6	0,0	0,9
Дусти	14,5	64,4	0,6	11,1	0,0	8,1	0,9	0,3
Кубодиён	65.0	15	0,0	10.0	0,0	10.0	0,0	0,0
Дж.Балхи	11,2	54,2	1,7	10,4	0,0	11,5	10,8	0,2
Джайхун	11,8	44,4	1,7	17,7	0,0	14,2	10,2	0,0
Хамадони	25,6	37,7	1,4	12,2	0.0	18,7	3,7	0,6
Муминобод	7,1	71,3	1,5	6,2	0,0	7,9	5,1	0,9
Пархар	8,4	14,2	0,4	2,6	0,0	73,2	0.5	0,7
Пяндж	14,3	47,6	1,3	11,5	0,0	12,7	11,3	1,2
Темурмалик	48,0	36,0	0,0	16,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ховалинг	7,1	46,8	1,5	4,3	0,3	38,7	0,6	0,6
А.Джоми	19,2	63,6	1,2	8,9	0,0	5,4	1,0	0,7
Шаартуз	15,1	61,9	1,3	2,2	0,0	15,6	0,0	0,9
Ш.Шохин	19.2	42.9	0,6	12,5	0.0	14,7	10.1	0,0
Яван	1,0	54,5	0,1	6,5	0,1	26,6	8,1	3,1

Приложение 31

Структура медицинской помощи, оказанной при выездах бригад СМП Хатлонской области по поводу различных внезапных заболеваний за период 2009-2017 гг.

Наименование города / района	**Всего ИБС**	**Гипертоническая болезнь**	**Инсульт**	**Психоневрологические**	**Острые заболевания брюшной полости**	**Острые урологические заболевания**	**Инфекционные заболевания**	**Онкологические заболевания**	**Заболевания органов дыхания**	**Другие болезни**
Хатлонская обл.	9,8	26,3	0,8	4,6	6.8	6,1	5,9	0.6	16,7	22,3
г. Бохтар	1,8	29,1	0,4	0,8	2	2,2	0	0,3	36,9	26,4
г.Куляб	8,4	33,2	1,7	13,4	8,9	5,8	8,4	1,7	10,8	7,7
г.Нурек	3,7	32,8	0,3	13,6	6,1	5,7	13,2	0,8	12,9	10,9
г.Левакант	11,6	19,7	0,3	1,0	0,9	3,5	0,4	0,9	9,7	52,0
Р-н Куляб	6,4	7,0	0,6	1,9	6,2	5,4	4,0	0,4	4,3	63,8
Балджуван	8,5	16,8	0	11,9	4.8	8,9	11,4	0,4	20	17,3
Н.Хисрав	9,2	15,6	2,3	2,3	6,6	8,2	4,9	2,2	26,3	22,4
Кушониён	12,7	31,3	1,1	9,1	6,8	10,9	3,9	2,6	10,9	10,7
Вахш	4,4	30,7	0,1	1.3	7,5	11.7	5.3	0.2	15.2	23,6
Восе	19,4	28,7	2,8	2,4	15,1	6,7	6,3	0,6	8,8	9,1
Хуросон	3,6	13,4	0,9	1,1	3,5	5,9	3,4	1,6	12,6	54,0
Дангара	3,6	30,3	4,7	11,2	3,6	4,2	19,4	0,6	8,8	13,5
Дусти	4,5	23,3	0,8	0,3	17,0	12,1	6,3	0,1	28,5	7,1
Кубодиён	3,6	37,0	0,1	11,3	1,6	7,4	0,7	0,1	14,3	23,9
Дж.Балхи	4.4	31,8	0,9	9,1	6.7	7,2	7.8	0,9	9.7	21.5
Джайхун	5,9	38,4	0,8	2,1	7,7	7,1	4,2	0,6	23,5	9,6
Хамадони	15,1	31,0	0,4	6,2	10,5	5,2	10,4	1,1	11,7	8,4
Муминобод	6,8	28,7	0,7	14,3	5,8	11,9	8,4	0,7	18,1	4,6
Пархар	28,7	17,6	1,8	0,7	8,4	3,0	2,0	0,6	17,5	19,6
Пяндж	11,5	33,4	1,6	5,7	5,0	13,4	5,5	1.2	11,9	10,7
Темурмалик	1,6	2,4	0,9	1,7	17,3	0,4	17,8	0,4	51,7	1,6
Ховалинг	3,7	30	0,4	1,5	16,4	9,9	6,5	0,7	11,9	18,9
А.Джоми	12,5	19,6	0,3	12,0	17,6	14,2	5,3	1,3	11,7	4,9
Шаартуз	13,9	32,1	0,8	1,6	8,2	9,4	1,6	0,1	12,4	20,3
Ш.Шохин	1.5	15,6	0,1	0.3	13.2	2,4	1,9	0.4	27.5	37,1
Яван	6,0	26,8	0,3	7,1	5,2	4,2	10,2	1,6	13,3	20,3

Приложение 32

Показатель частоты медицинской помощи при выездах бригад СМП Хатлонскойобласти по поводу внезапных заболеваний и состояний за период 2009-2017гг. (на 100 000 населения)

Наименование города / района	ИБС	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания Брюшной полости	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
Хатлонская обл	262,5	665,1	21.2	117.7	177.6	157.6	146,6	14,7	426.4	557.8
г.Бохтар	136,3	2132	30,6	64,8	156,8	170,5	3,9	24	2600,1	2241,9
г. Куляб	1311,7	3236	138	1245,3	622,3	455,5	717,3	56,8	781,1	636,1
г.Нурек	217,3	1902,7	19,8	823,9	389,9	325,1	733,8	43,5	780,5	613,3
г.Левакант	1537,6	1308,0	15,9	76,6	74,2	278,4	18,4	132,4	1047,1	4042,1
Р-н Куляб	55,8	64,5	4,8	9,0	29,4	88,8	39,5	4,4	43,2	729,9
Балджуван	157,6	473,6	0,0	317,7	131,1	268,2	312,9	11,7	165,3	459,8
Н.Хисрав	23,3	248,0	2,1	2,1	61,6	9,8	1,9	8,0	269,6	347,7
Кушониён	14,3	72,6	2,5	24,2	13,8	26,2	5,6	4,1	21,7	26,4
Вахш	253,1	1665,5	4,2	78,4	428,9	613,8	305,8	16,4	735,2	1305
Восе	51.3	170,4	11,7	7,1	40,9	42,9	14,1	2,0	45,4	30,4
Хуросон	43,5	142,7	7,1	10,1	29,0	64,9	40,8	27,1	138,7	623,5
Дангара	91,6	470,3	96,4	227,4	93,3	65,3	260,0	6,4	185,1	173,6
Дусти	19,9	103,2	4,2	0,7	84,4	67,5	33,5	0,6	143,2	33,6
Кубодиён	9,3	112,7	0,1	33,7	4,3	15,3	2,1	0,1	32,3	81,3
Дж. Балхи	95,9	682,7	18,2	167,1	130,7	123,6	175,7	20,4	179,4	546,2
Джайхун	82,6	663,1	13,2	31,3	112,5	129,3	54,9	8,3	448,2	158,9
Хамадони	197,1	358,2	4,3	55,3	101,0	52,1	161,3	12,3	178,3	78,2
Муминобод	158,2	624,4	13,0	320,0	121,5	252,6	175,8	15,8	379,5	98,7
Пархар	1951	968,1	80,6	46,6	346,0	116,6	30,5	11,2	533,4	773,6
Пяндж	74,6	172,7	10,6	24,0	15,7	93,6	27,2	2,6	56,2	59,6
Темурмалик	93,4	139,9	49,3	108,6	986,1	31,4	1086,0	22,0	3727,0	587,7
Ховалинг	71,1	665,8	5,9	21,5	338,3	211,5	96,8	3,9	244,2	322,5
А.Джоми	102,4	326,6	5,9	201,6	286,4	230,3	102,4	19,7	195,8	83,0
Шаартуз	328,8	48,9	0,0	22,3	147,3	171,9	35,2	1,9	242,2	362,0
Ш.Шохин	85.1	138.8	0,4	0,6	962.7	139,7	123,8	9,1	1877.4	13.4
Яван	89,2	367,7	5,5	86,4	72,6	126,2	201,8	21,4	230,9	223,3

Приложение 33

Удельный вес безрезультатных и необоснованных выездов бригад СМП Хатлонской области (средняя величина в %)

Наименование город / район	**Удельный вес безрезультативных выездов**	**Удельный вес отказов вследствие необоснованности вызовов**
Хатлонская область	4,1	0,2
г.Бохтар	3,3	0,3
г. Куляб	0,3	0,2
г.Нурек	0,3	-
г.Левакант	0,5	0,1
Р-н Куляб	0,5	0,1
Балжуван	-	-
Н. Хисрав	0,3	0,3
Кушониён	0,1	-
Вахш	0.1	0.1
Восе	0.01	0.01
Хуросон	0,2	0,1
Дангара	0,3	0,2
Дусти	-	-
Кубодиён	0,1	-
Дж. Балхи	0.2	0,1
Джайхун	0.1	0,4
Хамадони	0,1	0,01
Муминобод	0,1	0,01
Пархар	0.01	0.01
Пяндж	0,3	0,1
Темурмалик	0,1	0,1
Ховалинг	0,3	0,2
А.Джоми	0,5	0,2
Шаартуз	0,2	0,01
Ш.Шохин	-	-
Яван	0,1	0,2

Приложение 34

Удельный вес случаев летальных исходов в структуре обслуженных лиц, при выезде СМП Хатлонской области за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	**Всего, умерших (%)**	**В том числе**		
		Умершие до приезда СМП	**Умершие в присутствие бригад СМП**	**Умершие в салоне СМП**
Хатлонская обл.	0.2	88,1	11,0	0.9
г. Бохтар	1,0	92,2	7,3	0,5
г. Куляб	0,6	94,4	4,1	1,5
г.Нурек	0,3	100	0,0	0,0
г.Левакант	0,4	90,3	9,7	0,0
Р-н Куляб	0,1	61,5	38,5	0,0
Балджуван	-	-	-	-
Н.Хисрав	0,0	0,0	0,0	0,0
Кушониён	0,0	0,0	0,0	0,0
Вахш	0,0	0,0	0,0	0,0
Восе	0,0	0,0	0,0	0,0
Хуросон	0,0	0,0	0,0	0,0
Дангара	0,6	57,6	41,3	0,0
Дусти	0,0	0,0	0,0	0,0
Кубодиён	0,0	0,0	0,0	0,0
Дж.Балхи	0,1	75,0	24,9	0,1
Джайхун	0,0	0,0	0,0	0,0
Хамадони	0,0	0,0	0,0	0,0
Муминобод	0,1	93,4	6,6	0,0
Пархар	0,0	0,0	0,0	0,0
Пяндж	0,6	80,0	20,0	0,0
Темурмалик	0,1	100	-	-
Ховалинг	0,2	33,3	33,3	33,3
А.Джоми	0,2	69,1	27,2	3,7
Шаартуз	0,0	0,0	0,0	0,0
Ш.Шохин	0.0	0.0	0.0	0.0
Яван	0,2	100,0	0,0	0,0

Приложение 35

Оснащений учреждение СМП Согдийской области санитарным транспортом за период 2009-2017 гг.

Год	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Количество санитарного транспорта, в том числе:	105	111	111	116	119	136	130	134	137
в рабочем состоянии	61	68	76	85	83	86	89	95	105
в нерабочем состоянии	44	43	35	31	36	50	41	35	32
процент %	41,9	38,7	31,5	26,7	30,3	36,8	31,5	26,1	23,3

Приложение 36

Обеспеченность станций (отделений) СМП и норматив потребности населения Согдийской области санитарным транспортом за период 2009-2017гг.

Наименование районов и городов	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Норматив потребности	В нерабочем состоянии (%)
Согдийская обл.	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	258	33,0
г. Худжанд	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	17,9	0,0
Исфаринский р-н	0,1	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	26,3	29,3
Канибадамский	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,3	0,3	20,4	24,1
Пенджикентский	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	28,7	25,0
г. Истиклол	0,7	0,7	0,7	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1.7	74,8
Истаравшанский	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	25,9	17,5
г. Гулистон	1,0	1,0	1,0	0,7	0,9	0,7	0,7	0,9	0,9	4,6	33,3
г. Бӯстон	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,9	3.4	20,7
Айнинский р-н	-	0,6	0,8	0,8	0,8	0,5	0,5	0,5	0,7	8,4	24,4
Аштский р-н	0,6	0,0	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	16,0	0,0
Деваштич	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	16,4	31,4

Зафарободский	0,2	0,2	0,2	0,2	-	0,3	0,3	0,3	0,3	1,0	31,5
р-н Б. Гафурова	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	35.4	37,9
р-н Дж.Расулова	0,3	0,4	-	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	13,1	45,1
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.4	0,0
Мастчинский р-н	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	12.1	0,0
р-н Спитамен	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	13,5	66,6
Шахристанский	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,5	0,7	4.1	0,0

Приложение 37

Утвержденные штатные должности всего персонала станций (отделений) СМП Согдийской области за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	1091,75	986	1067,0	1064,5	1057.25	1057.5	1069,0	1081,25
г. Худжанд	168,0	168,0	189,5	189,5	185,0	185,0	185,0	185,0
г.Исфара	115,5	96,00	94,0	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5
г.Канибадам	41,0	37,75	75,75	76,5	77,75	76,5	76,5	76,5
г.Пенджикент	103,5	65,5	67,5	67,5	81,0	83,0	84,0	84,0
г.Истиклол	19,25	19,25	22,0	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00
г.Истаравшан	113,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,0	83,5
г.Гулистон	50,5	42,5	37,0	37,5	39,5	39,5	39,5	39,5
г. Бӯстон	27,00	25,00	28,5	28,5	28,50	28,50	28,50	28,5
Айнин	24,50	14,00	29,50	29,50	23,00	23,50	23,50	23,50
Ашт	73,00	78,00	82,00	82,00	83,00	79,00	79,00	77,0
Деваштич	27,50	27,25	28,50	27,75	28,75	28,75	28,75	27,25
Зафаробод	15,00	9,00	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	29,50
Б. Гафурова	127,5	170,5	159,5	158,0	142,5	146,5	157,0	171,0
Дж.Расулова	52,00	33,50	30,00	30,00	30,00	33,50	33,50	33,50
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	86,00	75,75	75,75	75,75	75,75	75,75	75,75	75,75
Спитамен	30,5	30,5	32,0	32,0	32,5	27,5	27,5	27,5
Шахристан	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,25	18,25	18,25

Приложение 38

Обеспеченность станций (отделений) СМП Согдийской области врачебными кадрами за период 2002-2017 гг. (на 10 000 населения)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
г. Худжанд	2,1	1,6	1,0	1,2	1,6	2,1	2,3	1,5
г.Исфара	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
г.Канибадам	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
г.Пенджикент	0,2	0,2	0,4	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
г.Истиклол	0,0	0,0	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
г.Истаравшан	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
г.Гулистон	-	1,1	-	0,8	0,7	-	-	-
г. Бӯстон	1,8	2,0	1,9	1,6	2,3	1,8	2,3	2,3
Айнин	-	-	-	-	-	-	-	-
Ашт	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Деваштич	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Зафаробод	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Б.Гафурова	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Дж.Расулова	0,3	0,3	0,5	0,8	0,5	0,9	0,8	0,7
Горная Мастча	1,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Мастча	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,1
Спитамен	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Приложение 39

Обеспеченность станций (отделений) СМП Согдийской области средним медперсоналом за период 2002-2017 гг. (на 10 000 населения)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
г. Худжанд	2,1	1,7	1,4	1,9	2,3	2,7	2,7	2,4
г.Исфара	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
г.Канибадам	1,7	1,4	1,3	1,3	1,6	1,2	1,2	1,2
г.Пенджикент	0,5	0,7	0,8	1,0	0,9	0,8	0,5	0,8
г.Истиклол	0,5	1,5	2,6	1,8	3,0	1,2	2,4	1,1
г.Истаравшан	1,5	1,1	1,2	1,1	1,0	0,4	1,0	1,6
г.Гулистон	2,5	2,9	2,8	2,5	2,4	0,3	2,2	3,0
г. Бӯстон	1,6	2,0	1,6	1,8	3,3	2,0	2,0	2,0
Айнин	0,7	0,9	1,2	1,6	1,4	1,3	1,5	1,4
Ашт	2,1	2,2	3,1	3,4	3,0	3,4	3,8	3,0
Деваштич	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Зафаробод	0,0	0,2	0,5	0,6	1,0	0,8	1,5	1,0
Б. Гафурова	0,6	2,3	2,2	1,8	1,8	2,4	2,4	2,4
Дж.Расулова	1,2	1,2	0,9	0,8	1,1	0,9	1,1	1,1

Горная Мастча	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Мастча	2,7	2,3	2,3	2,2	2,2	2,3	2,2
Спитамен	0,6	0,5	0,4	0,5	0,7	0,6	0,7
Шахристан	2,0	2,1	1,9	1,8	1,3	1,2	2,2

Приложение 40

Коэффициент совместительства врачей станций (отделений) СМП Согдийской области за период 2002-2017 гг.

Коэффициент средних станций (отделений) области за период

Приложение 41

совместительства медработников СМП Согдийской 2002-2017 гг.

Структура выездных Согдийской области за 2002-2017 гг.

Приложение 42

бригад СМП период

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	2,0	2,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,8
г. Худжанд	1,7	2,1	1,2	1,0	1,0	0,9	2,0	1,8
г.Исфара	1,6	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,8	1,2
г.Канибадам	1,8	1,1	1,3	1,3	1,7	2,0	2,0	2,0
г.Пенджикент	-	-	1,8	2,0	2,0	2,0	1,5	1,5
г.Истиклол	4,75	4,75	1,0	4,0	4,0	4,0	4,0	0,7
г.Истаравшан	2,2	3,3	3,0	5,0	1,9	3,8	3,8	2,3
г.Гулистон	1,5	0,75	1,1	1,1	1,3	1,1	1,3	1,5
г. Бустон	1,7	1,8	1,3	1,5	1,3	1,1	0,9	0,7
Айнин	1,4	1,9	1,5	1,5	1,3	1,3	1,2	1,1
Аштский	1,6	1,1	1,1	1,0	1,2	1,0	1,2	1,0
Деваштич	2,1	1,5	1,2	1,0	1,0	1,3	1,3	1,3
Зафаробод	2,0	3,8	0,9	2,5	2,0	1,0	1,5	1,0
Б.Гафурова	-2,1	4,3	1,0	1,2	1,3	2,0	1,3	0,8
Дж.Расулова	-1,3	-1,3	1,0	1,2	1,0	1,0	1,2	1,0
Горная Мастча	2,25	2,0	2,0	1,7	1,7	0,9	1,2	1,2
Мастча	1,4	1,5	2,4	2,4	1,5	1,7	1,9	1,5
Спитамен	-1,1	-1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Шахристан	-2,5	2,5	2,0	2,5	2,0	3,25	3,25	3,25

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская область	2,0	2,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,8
г. Худжанд	1,8	1,4	1,1	1,1	1,3	1,1	1,3	1,5
г.Исфара	1,9	1,5	1,5	1,3	1,3	1,2	1,1	
г.Канибадам	1,1	1,1	1,0	1,2	1,0	1,2	1,0	
г. Пенджикент	1,5	1,2	1,0	1,0	1,0	1,3	1,3	1,3
г.Истиклол	3,8	0,9	2,5	2,0	1,5	1,0	1,5	1,0
г.Гафурова	4,3	1,0	1,2	1,3	2,0	1,3	0,8	
г.Расулова	-1,3	1,0	1,2	1,0	1,0	1,2	1,0	
г.Бустон	2,0	2,0	1,7	1,7	0,9	1,2	1,2	
Айнин	1,5	2,4	2,4	1,5	1,7	1,9	1,5	
Аштский	-1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Деваштич	2,5	2,0	2,5	2,0	3,25	3,25	3,25	3,25
Зафаробод	-	1,0	1,8	1,1	1,4	1,0	1,0	1,0
Б.Гафурова	1,4	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2	1,0	1,0
Дж.Расулова	1,2	1,1	1,3	1,3	1,5	1,0	1,2	1,1
Мастча	1,1	1,1	1,0	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0
Спитамен	2,0	2,4	1,0	1,0	1,4	1,1	1,3	1,0
Шахристан	1,7	1,4	1,4	1,4	1,4	1,0	1,0	1,0

Бригады СМП/Год	**2002**	**2007**	**2012**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Всего бригад	98	93	89	92	83	86	91
1.Врачебные - общепрофильные	18	18	26	24	38	25	23
%	18,3	19,3	29,4	26,1	45,7	29,0	25.2
2.Педиатрические	9	7	5	4	4	4	4
%	9,2	7,5	5,6	4,3	4,8	4,7	4,4
3.Фельдшерские	63	62	54	59	37	51	58
%	64,3	66,7	60,7	64,1	44,6	59,3	63,7
4.Специализированные, в том числе:	4	3	2	3	2	3	3
%	4,1	3,2	2,2	3,3	2,4	3,5	3,3
4.1. Кардиологическая	3	3	2	2	2	3	3
4.2. Другие спец. бригады	1	-	-	-	-	-	-

Приложение 43

Обеспеченность населения Согдийской области выездными бригадами СМП за период 2002-2017 гг. (на 10000 населения)

Год	**2002**	**2007**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Всего бригад	98	93	89	83	92	83	86	91
на 10000 населения	0,05	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04
1.Врачебные общепрофильные	22	21	28	21	26	39	28	26
на 10000 населения	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01
2.Педиатрические	9	7	5	3	4	4	4	4
на 10000 населения	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
3.Фельдшерские	63	62	54	57	59	37	51	58
на 10000 населения	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02
4.Специализированные	4	3	2	2	3	2	3	3
на 10000 населения	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

Приложение 44

Удельный вес бригад СМП Согдийской области за период 2002-2017 гг.
(в %)

Наименование города / района	Структура бригад СМП				
	Обще профильные врачебные	Педиатрические	Фельдшерские	Спецбригады	Итого %
Согдийская обл.	26,7	6,7	63,3	3,3	100
г. Худжанд	36,4	20,3	18,8	24,5	100
г. Исфара	24,1	-	75,9	-	100
г. Канибадам	26,4	4,9	68,7		100
г. Пенджикент	36,4	1,8	61,8	-	100
г.Истикло	81,3	-	18,7	-	100
г. Истаравшан	31,1	10,9	42,3	15,7	100
г.Гулистон	16,6	-	83,4	-	100
г. Бӯстон	59,4	-	40,6	-	100
Айни	-	-	100,0	-	100
Ашт	12,3	-	87,7	-	100
Деваштич	34,2	-	65,8	-	100
Зафаробод	81,2	-	18,8	-	100
Б.Гафурова	23,6	2,2	74,2	-	100
Дж.Расулова	39,6	3,3	52,1	-	100
Горная Мастча	-	-	-	-	100
Мастча	16,4	-	83,6	-	100
Спитамен	43,8		56,2		100
Шахристан	59,4	-	40,6	-	100

Приложение 45

Показатели загруженности выездных бригад станций (отделений) СМП Согдийской области за период 2002-2017 гг.

Профиль бригад и их загруженность/год	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
1.Враченые общепрофильные	22	21	28	26	39	28	26
1.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	45072	41058	77386	75378	84217	93178	88735
1.2.Среднегодовая загруженность	1955,6	2265,6	3244,3	2159,4	3327,8	1955,6	3412,8
1.3.Среднесуточная загруженность	5,6	5,4	7,6	7,9	5,9	9,1	9,4
2.Педиатрические	9	7	5	4	4	4	4
2.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	17568	8217	14600	13422	18585	22356	13534
2.2.Среднегодовая загруженность	1952	1173,9	2920,0	3355,5	4646,3	5589,0	3383,5
2.3.Среднесуточная загруженность	5,3	3,2	8,0	9,2	12,7	15,3	9,3
3.Фельдшерские	63	62	54	59	37	51	58
3.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	90516	108547	102284	102083	93852	96427	136250
3.2.Среднегодовая загруженность	1436,8	1750,8	1894,1	1730,2	2536,5	1890,7	2349,1
3.3.Среднесуточная загруженность	3,9	4,8	5,2	4,7	6,9	5,2	6,5
4.Специализированные, в том числе:	4	3	2	2	2	3	3
4.1 Число лиц, которым оказана медицинская помощь	12046	11543	6006	10427	10232	7175	7514
4.2.Среднегодовая загруженность	3011,5	3847,7	3003,0	3475,7	3410,7	2391,7	2504,6
4.3.Среднесуточная загруженность	8,3	10,5	8,2	9,5	9,3	6,6	6,9
4.1.Кардиологическая	3	3	2	2	2	3	3
4.1.1. Число лиц, которым оказана медицинская помощь	9046	11543	6006	7424	7227	7175	7514
4.1.2.Среднегодовая загруженность	3015,3	3847,7	3003,0	3712,0	3613,5	2391,7	2504,6
4.1.3.Среднесуточная загруженность	8,3	10,5	8,2	10,2	9,9	6,6	6,9

Приложение 46

Показатель загруженности бригад СМП в разрезе районов Согдийской области за период 2002-2017 гг. (средняя величина)

Наименование города / района	Среднегодовая загруженность бригад СМП				Среднесуточная загруженность бригад СМП			
	Обще профильные врачебные	Педиатрические	Фельдшерские	Спецбригады	Обще профильные врачебные	Педиатрические	Фельдшерские	Специбригады
Согдийская обл.	2322,0	2726,0	1789,0	3008,0	6,4	7,5	4,9	8,2
г. Худжанд	4425,7	2749,1	2598,1	3325,8	12,2	7,5	7,1	9,1
г. Исфара	2511,6	-	2538,5	-	6,9	-	7,8	-
г. Канибадам	4365,9	1410,8	3306,8	-	12,0	3,9	9,1	-
г. Пенджикент	1274,8	-	1817,4	-	3,5	--	5,0	-
г.Истикло	1146,2	-	324,7		3,2	-	0,9	-
г. Истаравшан	1397	990,8	2531,1	386,1	3,8	2,7	7,0	3,6
г.Гулистон	1296,9	-	1678,0	-	3,57	-	4,6	-
г. Бӯстон	2974,9	-	1057,0	-	8,2	-	2,9	-
Айни	-	-	2077,6	-	4,6	-	5,7	-
Ашт	1731,2	-	-	2995,8	--	-	8,2	-
Деваштич	539,4	-	629,1	-	1,5	-	1,7	-
Зафаробод	367,1		288,2		0,8		1,0	
Б.Гафурова	2570,5	1511,8	2271,8	-	7,1	4,16	6,2	-
Дж.Расулова	1238,1	18,9	1858,4	-	3,4	0,0	5,1	-
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	744,5	-	1690,	-	2,0	-	4,6	-
Спитамен	2082,2	-	921,6	-	5,7	-	2,5	-
Шахристан	5555,7		3091		15,3		8,5	

Приложение 47

Показатель обеспеченности населения Согдийской области скорой медицинской помощью за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	Обращаемость населения на 100 тыс. человек	Обращаемость населения на 1000 человек	Обеспеченность населения на 1000 население (%)	Среднее число обращений на 1 жителя
Согдийская обл.	8077,0	80,8	78,9	0,1
г. Худжанд	17215,4	186,4	172,1	0,2
г. Исфара	21127,2	211,3	209,8	0,2
г. Канибадам	17934,8	179,6	170,8	0,2
г. Пенджикент	11594,4	115,9	111.3	0,2
г.Истикло	10355,7	103,6	103,0	0,1
г. Истаравшан	5887,8	61,9	58,9	0,1
г.Гулистон	23578,48	245,2	235,8	0,2
г. Бӯстон	18542,1	185,4	175.1	0,2
Айни	12252,1	122,5	113.9	0,1
Ашт	9544,9	95,5	94.7	0,1
Деваштич	2129,9	21,3	20,6	0,0
Зафаробод	985,3	9,9	9.8	0,0
Б.Гафурова	8843,7	88,4	86.9	0,1
Дж.Расулова	2862,3	28,6	28,3	0,0
Горная Мастча	-	-	-	-
Мастча	6739,3	67,4	67,2	0,1
Спитамен	1932,2	19,3	19,2	0,1
Шахристан	13402,3	138,8	134,0	0,1

Приложение 48

Показатель частоты обращаемости населения Согдийской области за скорой медицинской помощью за период 2002-2017 гг.
(на 100 тыс. населения)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	8487,6	8012,3	8526,0	8198,3	8239,2	8557,3	8995,2
г. Худжанд	19269,0	18137,0	18322,4	18113,5	17852,3	20162,8	21613,4
г. Исфара	49859,8	7914,6	10716,3	8685,4	9600,5	10523,2	10505,5
г. Канибадам	31015,4	12486,5	11435,2	11933,2	11499,2	11454,3	10793,1
г. Пенджикент	27870,6	3695,3	4735,1	4614,8	4556,8	4520,9	4791,9
г.Истикло	1663,8	21550,4	9322,4	9327,0	9567,1	10072,7	9682,6
г. Истаравшан	6974,5	5757,8	6113,5	5007,3	5149,2	4529,9	4227,5
г.Гулистон	34812,8	25313,2	19763,6	20534,2	19319,3	19488,1	19495,7
г. Бӯстон	22629,6	16202,4	15321,4	14827,7	13603,0	14318,8	20623,6
Айни	10268,3	10078,6	16323,9	14068,9	14717,8	13850,9	14446,5
Ашт	10192,5	8420,0	10338,7	10878,0	10326,0	10036,7	11849,9
Деваштич	3490,8	2352,8	1951,6	1594,3	1818,7	1876,5	2083,0
Зафаробод	158,5	282,5	703,0	1504,5	2078,0	3097,6	3001,3
Б.Гафурова	5091,5	9417,1	9773,1	8926,6	8675,2	9740,7	10450,5
Дж.Расулова	2926,4	3006,5	2665,8	3174,4	3552,4	2899,5	3680,1
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	5279,6	6907,9	6728,1	8464,7	8931,6	8510,4	7518,5
Спитамен	340,8	1423,2	1791,8	2259,5	2864,1	3766,4	5252,9
Шахристан	24030,3	11441,4	14185,8	15737,0	13521,5	15076,5	15870,7

Приложение 49

Структура вызовов, выполненных выездными бригадами станций (отделений) СМП Согдийской области за период 2002-2017 гг.

Показатель/год	2002	2007	2012	2013	2014	2015	20016	2017
1.Число лиц, которым оказана медпомощь при выездах	165202	169365	200276	213429	201310	206886	219136	232500
В том числе: 1.1. оказание помощи по поводу несчастных случаев	10446	6065	5739	5857	5801	4928	5080	6578
процент %	6,3	3,6	2,9	2,7	2,9	2,4	2,3	2,8
1.2. оказание помощи по поводу внезапных заболеваний и состояний	131185	147033	181737	193854	183844	191722	203776	216735
процент %	79,4	86,8	90,7	90,8	91,3	92,7	93,0	93,2
1.3. оказание помощи по поводу родов и патологии беременности	4761	3997	5022	5065	5509	5822	5027	3958
процент %	2,9	2,4	2,5	2,4	2,7	2,8	2,3	1,7
1.4. перевозка больных, рожениц и родильниц	18810	12270	7778	8653	6156	4414	5253	5229
процент %	11,4	7,2	3,9	4,1	3,1	2,1	2,4	2,5

Приложение 50

Удельный вес медицинской помощи при выездах СМП Согдийской области за период 2020-2017 гг. по поводу нечастных случаев

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	6,3	3,6	2,9	2,7	2,9	2,4	2,3	2,8
г. Худжанд	21,9	6,8	3,1	1,4	2,4	2,0	1,8	4,0
г. Исфара	3,7	2,8	2,6	2,8	2,2	2,1	1,7	2,0
г. Канибадам	4,4	3,3	1,8	2,2	2,6	2,2	2,0	2,6
г. Пенджикент	7,2	9,9	2,8	3,9	2,8	2,0	2,3	2,6
г.Истикло	18,7	2,7	4,0	6,4	6,5	4,9	4,1	3,0
г. Истаравшан	3,0	1,0	2,8	2,8	3,5	3,1	3,2	3,9
г.Гулистон	1,3	1,7	1,8	1,3	1,2	1,3	0,4	2,0
г. Бӯстон	3,1	2,2	3.0	3.2	5.6	2.7	1.6	1.1
Айни	2,0	2,8	6,5	6,6	5,6	5,1	3,6	4,5
Ашт	1,4	2,3	3,5	3,9	4,1	3,1	2,4	1,8
Деваштич	0,2	0,1	1,7	1,0	0,7	0,9	1,3	0,7
Зафаробод	1,2	7,5	4,6	6,4	5,2	3,3	0,5	0,3
Б.Гафурова	0,1	0,8	1,8	1,7	2,1	1,7	3,3	3,2
Дж.Расулова	0,3	0,2	8,2	10,2	7,4	4,6	7,7	6,5
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	2,9	3,0	2,2	1,7	2,3	2,3	2,1	1,5
Спитамен	2,6	4,1	6,4	6,2	5,6	4,1	3,0	3,0
Шахристан	6,1	18,5	1,0	0,9	0,5	1,1	0,7	0,6

Приложение 51

Удельный вес медицинской помощи при выездах бригад СМП Согдийской области за период 2009-2017 гг. по поводу различных несчастных случаев (в %)

Наименование города / района	ДТП	Травмы	Электротравма	Ожоги	Отморожение	Отравления	Другие	Повешенье
Согдийская обл.	7,1	55,6	0,5	7,9	0,4	21,1	6,3	1,1
г. Худжанд	5,3	63,3	0,4	2,6	2	22,1	3,0	1,2
г. Исфара	4,9	68,1	1,4	6,8	0,1	13,8	4,1	0,7
г. Канибадам	11,7	42,7	0,6	7,2	0	35,9	0	1,8
г. Пенджикент	2,8	42,7	0,2	5,2	0	36,7	12,1	0,3
г.Истикло	3,0	51	0,0	8,7	0,1	32,9	2,5	1,8
г. Истаравшан	7,4	44,5	0,9	20,1	0	20,1	5,7	1,2
г.Гулистон	8,1	43,8	1,3	10,7	0,3	32,6	2,7	0,5
г. Бӯстон	5,3	42,8	0,1	1,5	0	41,3	7	1,9
Айни	0,8	72	0	9,6	0	4,1	13,4	0,0
Ашт	8,9	61,3	0,3	9,6	0,4	11,2	7,5	0,8
Деваштич	11,3	39,2	1,3	19,4	1,3	20,8	5,5	1,2
Зафаробод	3,8	35	1	10,5	3,7	44,2	0	1,8
Б.Гафурова	11,8	45,4	0,5	4,8	0.1	29,7	6,1	1,6
Дж.Расулова	6,2	45,5	0,4	1,8	0,8	26	16,7	2,6
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	0,7	71,9	0,5	16,5	0	6,5	3,5	0,4
Спитамен	16,7	50,0	0	12,0	0	18,9	2,4	0
Шахристан	48,9	40,8	0,3	3,5	0	6,4	0	0,0

Приложение 52

Показатель частоты медицинской помощи при выездах бригад СМП Согдийской области за период 2009-2017 гг. по поводу несчастных случаев (на 100 000 населения)

Наименование города / района	ДТП	Травмы	Электротравма	Ожоги	Отморожение	Отравления	Другие	Повешенье
Согдийская обл.	19,1	152,0	1,3	20,7	1,1	58,8	16,6	2,9
г. Худжанд	24,5	350,3	2,1	12,7	10,9	115,1	12,1	5,9
г. Исфара	12,7	165,1	3,5	17,0	0,3	32,2	10,4	1,7
г. Канибадам	24,6	100,5	1,1	13,7	0,0	74,3	0,0	3,0
г. Пенджикент	3,8	59,1	0,3	7,2	0,0	47,9	17,4	0,4
г.Истикло	23,9	302,4	0,0	56,8	0,7	173,6	5,4	8,5
г. Истаравшан	12,3	73,7	1,4	33,3	0,0	33,3	9,6	2,0
г.Гулистон	25,9	127,6	4,6	33,2	1,3	99,8	9,4	1,0
г. Бӯстон	30,8	314,2	2,4	18,2	1,2	415,6	133,7	6,1
Айни	4.4	606.6	0.0	86.1	0.3	27,2	129,8	0,0
Ашт	30,8	205,1	0,9	31,2	1,3	35,5	27,1	2,6
Деваштич	1,8	6,9	0,2	3,0	0,2	4,2	1,2	0,3
Зафаробод	1,8	13,2	0,4	4,5	0,3	22,5	0,0	1,1
Б.Гафурова	23,8	86,9	0,9	8,8	0,1	59,4	13,3	3,0
Дж.Расулова	13,9	100,0	0,7	4,1	1,5	1,5	34,6	5,1
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	1,7	129,6	0,9	29,4	0,0	9,1	7,9	0,7
Спитамен	20,3	58,4	0,0	12,3	0,0	21,3	2,5	0,0
Шахристан	64,2	52,5	0,3	4,1	0,0	7,9	0,0	0,3

Приложение 53

Удельный вес вызовов выполненных выездными бригадами СМП Согдийской области за период 2002-2017 гг. по поводу внезапных заболеваний и состояний (в %)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	78,8	86,8	90,7	90,8	91,3	92,7	93,0	93,2
г. Худжанд	64,7	80,5	94,3	97,1	95,7	95,8	96,8	94,8
г. Исфара	83,4	86,9	95,2	94,9	96,6	96,8	97,3	94,4
г. Канибадам	76,5	89,0	94,2	93,6	94,3	94,2	94,4	94,2
г. Пенджикент	83,7	85,3	91,7	90,6	89,9	89,9	90,1	92,3
г.Истикло	81,3	83,9	95,3	93,6	93,3	93,8	94,8	94,9
г. Истаравшан	59,8	80,5	82,0	81,9	80,3	88,6	82,8	82,9
г.Гулистон	92,2	89,1	88,6	88,2	90,7	90,5	93,7	94,3
г. Бӯстон	88,9	90,5	94,6	94,8	93,2	96,0	97,8	97,8
Айни	84,8	87,8	87,7	84,8	87,9	88,5	89,0	88,3
Ашт	91,4	90,6	89,2	88,1	89,6	94,0	92,5	93,5
Деваштич	95,9	91,1	84,9	81,7	99,1	96,5	93,2	98,6
Зафаробод	98,8	25,5	89,6	90,1	91,0	91,9	94,9	99,3
Б.Гафурова	97,8	93,9	93,4	92,3	94.5	96.4	95,0	94,5
Дж.Расулова	50,2	94,4	84,8	84,6	86,6	92,1	84,7	82,9
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	90,7	90,9	77,4	74,6	80,2	86,1	94,0	95,2
Спитамен	69,0	77,5	78,0	84,4	92,7	94,1	95,0	95,9
Шахристан	60,4	62,0	90,1	83,4	90,6	87,3	87,9	94,2

Приложение 54

Структура медицинской помощи, оказанной при выездах бригад СМП Согдийской области за период 2009-2017 гг. по поводу внезапных заболеваний и состояний (% к итогу)

Наименование города / района	Всего ИБС	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания брюшной полости	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
Согдийская обл.	3,3	27,5	0,6	6,0	4,4	3,0	5,3	0,4	25,3	24,2
г. Худжанд	2,7	28,3	0,7	6,8	1,9	0,9	6,9	0,2	11,3	40,3
г. Исфара	1,7	18,9	0,4	3,4	4,9	2,9	3,5	0,6	27,6	36,1
г. Канибадам	3,9	25,8	0,5	9,3	2,1	2,4	0,1	0,5	23,4	31,9
г. Пенджикент	2,1	19,9	0,3	14,1	6,7	4,7	5,4	0,6	24,4	21,2
г.Истикло	3,8	38,3	0,9	9,6	7,6	6,1	2,3	0,9	20,2	10,3
г. Истаравшан	6,0	15,1	0,8	3,6	22,4	9,2	16,6	0,4	14,8	11,1
г.Гулистон	6,9	33,0	0,2	1,0	2,4	1,4	1,3	0,3	32,0	21,5
г. Бӯстон	1,9	43,4	0,3	0,3	1,1	0,3	2.4	0,2	4,4	45,6
Айни	3,0	27,9	0,3	1,3	5,9	2,6	7,4	0,3	35	16,2
Ашт	3,2	31	0,3	6,1	5,6	5,2	10,2	0,2	20,4	17,8
Деваштич	6,1	19,1	0,5	4,7	4,4	2,7	1,3	0,2	20,3	40.7
Зафаробод	3,4	36,6	0,8	3.5	2,3	2,3	13.1	0,3	6,9	30,8
Б.Гафурова	4	37,5	0,8	4,6	3,4	2,5	1,2	0,6	31,2	14,2
Дж.Расулова	3,2	30,8	2,2	18,1	2,6	1,6	3,8	0,6	22,5	14,6
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	1,8	25,9	0,7	6,3	5,9	5,1	20	0,6	22,9	10,8
Спитамен	2,0	18,4	5,3	7,1	1,7	0,8	14,8	13,3	17,0	19,4
Шахристан	8,3	14,5	0,1	2,5	7,3	1,1	1,9	0,8	47,8	15,7

Приложение 55

Показатель частоты медицинской помощи при выездах бригад СМП Согдийской области на 100 000 населения за период 2009-2017 гг. по поводу внезапных заболеваний и состояний

Наименование города / района	ИБС	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания брюшной полости	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
Согдийская обл.	286,7	2397,8	48,3	527,4	379,0	263,1	452,5	37,8	2183,2	2092,3
г. Худжанд	454,8	4913,7	128,2	1264,1	313,7	154,2	1198,2	48,1	1896,0	6971,4
г. Исфара	164,6	1792,0	34,2	320,4	466,6	273,8	328,5	54,7	2578,7	3367,2
г. Канибадам	422,5	2755,2	53,8	995,3	223,7	254,9	15,1	54,7	2490,8	3397,2
г. Пенджикент	106,0	800,4	11,7	576,8	266,6	189,9	215,4	21,3	997,9	851,4
г.Истикло	363,4	3656,6	91,5	869,4	687,8	599,7	204,8	86,5	1895,2	963,1
г. Истаравшан	250,6	632,1	34,1	151,3	937,9	341,7	385,6	16,6	639,4	465,0
г.Гулистон	15198	6487,3	32,3	208,5	502,9	267,3	2693,5	60,8	6371,2	4320,1
г. Бустон	240,8	6377,0	33,3	39,2	133,6	34,9	319,5	26,0	508,9	6886,5
Айни	368,1	3381,8	33,9	157,9	690,0	324,2	856,3	40,2	422,0	1874.2
Ашт	307,8	2926,3	28,7	577,6	525,9	267.3	910,9	21,5	1972,5	1773,6
Деваштич	101,3	305,8	7,8	77,1	73,3	43.0	20.1	3.9	332.0	671,8
Зафаробод	55,2	554,7	9,0	19,8	27,1	28,2	124,3	6,2	119,1	278.0
Б.Гафурова	338,8	3188,2	69,0	405,0	322,4	217,1	101,1	50,5	2659,0	1206,9
Дж.Расулова	81,6	816,1	56,0	483,9	67,3	42,6	98,6	16,0	594,6	396,1
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	103,5	1527,7	38,1	377,6	359,5	319,8	1186,3	36,4	1383,9	724,3
Спитамен	38,2	391,1	107,5	153,5	41,5	12,6	335,1	331	318,1	473,2
Шахристан	1133,7	1993,6	16,1	33,6	1006,8	145,5	253,2	14,0	6994,8	2164,5

Приложение 56

Удельный вес вызовов, выполненных выездными бригадами СМП Согдийской области за период 2002-2017 гг. по поводу родов и патологии беременности (в%)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	2,9	2,4	2,5	2,4	2,7	2,8	2,3	1,7
г. Худжанд	2,8	1,2	1,1	1,0	1,3	1,5	1,0	0,8
г. Исфара	2,1	1,7	0,9	0,8	1,2	1,1	1,0	0,8
г. Канибадам	0,1	0,02	1,0	1,2	1,1	1,0	0,6	0,5
г. Пенджикент	6,0	1,4	4,8	4,1	5,4	5,8	6,4	4,0
г.Истикло	-	10,9	-	-	0,2	1,3	1,1	2,2
г. Истаравшан	5,4	6,4	6,0	4,4	6,3	7,2	4,8	4,3
г.Гулистон	1,8	3,5	2,7	2,5	2,7	3,1	1,9	2,6
г. Бӯстон	4,3	1,3	1,1	1,0	0,5	0,5	0,0	0,5
Айни	6,4	5,5	2,3	5,8	2,0	3,5	3,0	3,0
Ашт	1,7	0,3	3,1	4,2	3,7	0,3	2,6	2,0
Деваштич	0,5	0,0	0,3	1,1	0,2	1,1	2,4	0,7
Зафаробод	-	9,3	3,1	2,0	2,0	2,2	2,1	0,5
Б.Гафурова	2,0	2,1	1,2	0,6	0,7	0,9	0,8	1,0
Дж.Расулова	1,7	1,2	1,9	1,8	2,4	1,8	2,8	1,1
Горная Мастча	-	-	-	-	-	-	-	-
Мастча	1,3	1,4	5,9	8,1	6,9	6,1	0,2	0,7
Спитамен	2.6	1,3	1,0	1,1	0,7	0,8	1,0	0,5
Шахристан	9,9	15,1	7,9	14,4	8,9	9,0	8,8	3,1

Приложение 57

Удельный вес вызовов, выполненных выездными бригадами СМП Согдийской области за период 2002-2017гг. по перевозке больных, рожениц и родильниц (в %)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Согдийская обл.	12,0	7,2	3,9	4,1	3,1	2,1	2,4	2,3
г. Худжанд	10,5	11,5	1,4	0,5	0,7	0,7	0,4	0,3
г. Исфара	10,7	8,5	1,2	1,5	2,3	0,3	1,7	2,8
г. Канибадам	19,1	7,7	3,0	3,0	2,0	2,6	3,0	2,7
г. Пенджикент	3,1	3,4	1,5	1,4	1,9	2,3	1,2	1,0
г.Истиклол	0,0	2,5	0,8	0,0	0,0	0,0	2,2	0,8
г. Истаравшан	31,8	12,0	9,2	10,9	9,9	1,1	9,2	8,9
г.Гулистон	4,7	5,7	6,9	8,0	5,3	5,2	3,9	1,1
г. Бӯстон	3,7	6,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,6	0,6
Айни	6,8	3,9	3,5	2,8	4,5	2,9	4,4	4,2
Ашт	5,5	6,8	4,2	3,9	2,7	2,6	2,5	2,7
Деваштич	3,4	8,8	13,1	16,2	0,0	1,5	3,1	0,0
Зафаробод	0,0	57,8	2,7	1,5	1,8	2,6	2,4	0,0
Б.Гафурова	0,2	3,3	3,6	5,4	2,7	0,9	0,9	1,3
Дж.Расулова	47,8	4,2	5,1	3,4	3,6	1,5	4,7	9,5
Горная Мастча	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Мастча	5,1	4,6	14,5	15,6	10,6	5,5	3,7	2,6
Спитамен	25,9	17,1	14,6	8,4	1,0	1,0	1,0	0,5
Шахристан	23,6	4,4	1,0	1,2	0,0	2,6	2,6	2,1

Приложение 58

Обеспеченность станции (отделения) СМП ГБАО санитарным транспортом за период 2009-2017 гг.

Наименование города / района	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	0,8	0,5	0,7	1,0	0,4	0,8	0,8	0,7	0,8
г. Хорог	0,7	1,7	1,7	1,7	1,4	2,1	3,1	2,4	1,7
Ванч	0,7	1,0	1,0	1,0	0,0	0,9	0,9	0,9	0,9
Дарвоз	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,1
Ишкашим	1,4	0,0	1,3	1,3	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
Мургаб	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Рошткала	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Рушан	2,1	0,0	1,7	2,1	0,0	1,2	0,0	1,2	1,2
Шугнан	0,9	0,9	0,6	1,1	0,6	0,6	0,6	0,8	0,3

Приложение 59

Утвержденные штатные единицы станции (отделения) СМП ГБАО за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	165.5	143	155	154,5	159	161	185,5	160,5
г. Хорог	72,5	51	74	74	74	78	78	78
Ванч	13,0	13	12,5	13	13	10	26	13
Дарвоз	12	18,5	10	10	12	12	12	11,5
Ишкашим	15,5	10	14,5	14,5	14,5	14,5	11,5	11,5
Мургаб	5	6	12	12	12	12	12	12
Рошткала	1,5	1	4	3	4	6	6	6
Рушан	17	15	15	15	16,5	16	15	16
Шугнан	29	28,5	13	13	13	12,5	25	12,5

Приложение 60

Утвержденные штатные врачебные должности станции (отделения) СМП ГБАО за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	33	30	26,5	27	22,5	24,5	28	25
г. Хорог	14,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
Ванч	3,5	3,5	3,0	3,5	-	3,5	7,0	3,5
Дарвоз	3,5	3,5	4,5	4,5	3,5	3,5	3,5	3,0
Ишкашим	4,5	3,5	3,5	3,5	3,5	1,0	1,0	1,0
Мургаб	-	-	-	-	-	-	-	-
Рошткала	-	-	-	-	-	1,0	1,0	1,0
Рушан	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0
Шугнан	4,0	4,0	-	-	-	-	-	-

Приложение 61

Утвержденные штатные должности средних медицинских работников станции (отделения) СМП ГБАО за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	54.5	55,5	57	57	60,5	57	66	57
г. Хорог	23,5	22	26	26	26	26	26	26
Ванч	4,5	5,5	5,5	5,5	8,0	5,5	11	5,5
Дарвоз	4,5	6,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
Ишкашим	3,5	3	3,5	4	3,5	3,5	3,5	3,5
Мургаб	4	5	5	5	5	5	5	5
Рошткала	1	1	4	3	4	4	4	4
Рушан	4,5	4	4	4	4,5	4	3	4
Шугнан	9	8,5	4,5	5	5	4,5	9	4,5

Приложение 62

Укомплектованность штатных врачебных должностей станции (отделения) СМП ГБАО за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	90	91,7	91,1	93,9	72,3	85,0	81,1	79,6
г. Хорог	100	100	100	100	100	100	100	100
Ванч	100	100	85,7	100	-	-	100	100
Дарвоз	100	100	22,2	22,2	35,7	35,7	35,7	50,0
Ишкашим	-	100	28,6	100	100	100	100	100
Мургаб	-	-	-	-	-	-	-	-
Рошткала	-	-	-	-	-	-	-	-
Рушан	100	100	100	100	100	100	100	100
Шугнан	75	100	-	-	-	-	-	-

Приложение 63

Обеспеченность станции (отделения) СМП ГБАО врачебными кадрами на на 10 000 населения за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	0,9	0,6	0,6	0,7	0,9	0,5	1,0	0,6
г. Хорог	3,3	2,5	3,1	2,4	2,8	3,1	2,7	2,7
Ванч	1,0	-	-	-	-	-	3,0	0,3
Дарвоз	2,4	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-
Ишкашим	-	0,3	0,3	1,3	1,0	-	0,3	0,3
Мургаб	-	-	-	-	-	-	-	-
Рошткала	-	-	-	-	-	-	-	-
Рушан	1,2	1,3	1,2	1,2	2,4	1,2	1,6	1,2
Шугнан	0,3	0,6	-	-	-	-	-	-

Приложение 64

Обеспеченность станции (отделения) СМП ГБАО средним медперсоналом на 10 000 населения за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	2,4	2,0	2,4	2,2	2,3	2,4	3,0	2,6
г. Хорог	7,6	6,4	8,0	8,0	7,6	8,9	8,8	8,8
Ванч	1,0	-	0,6	0,6	0,3	-	4,3	1,5
Дарвоз	1,9	1,4	1,5	1,5	1,5	1,9	1,9	2,2
Ишкашим	1,1	0,3	1,3	1,3	1,0		1,3	1,3
Мургаб	2,4	3,8	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,3
Рошткала	0.4	0.4	1,6		1,5	1,5	1,5	1,5
Рушан	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,2	1,6
Шугнан	2,2	2,6	1,4	1,4	1,4	1,4	1,1	2,4

Приложение 65

Коэффициент совместительства врачей станций (отделения) СМП ГБАО за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	1,4	2,1	1,5	1,5	1,0	1,8	1,1	1,5
г. Хорог	1,6	1,8	1,4	1,8	1,6	1,4	1,6	1,6
Ванч	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5
Дарвоз	0,0	0,0	1,0	1,0	1,3	1,3	1,3	1,5
Ишкашим	-	1,0	1,0	4,0	3,0	-	1,0	1,0
Мургаб	-	-	-	-	-	-	-	-
Рошткала	-	-	-	-	-	-	-	-
Рушан	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,3	0,0	1,3
Шугнан	3,0	2,0	-	-	-	-	-	-

Приложение 66

Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала станции (отделения) СМП ГБАО за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
ГБАО	1,1	1,3	1,1	1,0	1,1	1,0	1,0
г. Хорог	1,1	1,2	1,1	1,2	1,0	1,0	1,0
Ванч	1,5	0,0	2,8	5,5	0,0	0,8	1,1
Дарвоз	1,1	2,2	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9
Ишкашим	1,2	3,0	0,9	1,2	0,9	0,9	0,9
Мургаб	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Рошткала	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Рушан	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0
Шугнан	1,1	0,9	0,9	1,0	1,1	1,0	1,1

Приложение 67

Структура бригад СМП ГБАО за период 2002-2017 гг. (в %)

Наименование города / района	Структура выездных бригад СМП			
	Общепрофильные врачебные	Педиатрические	Фельдшерские	Спецбригады
ГБАО	73,9	**15,1**	**11,0**	-
г. Хорог	75,9	17,7	6,3	-
Ванч	77,8	16,7	5,5	-
Дарвоз	53,5	-	46,5	-
Ишкашим	20,0	-	80,0	-
Мургаб	-	-	100,0	-
Рошткала	11,1	-	88,9	-
Рушан	100,0	-	-	-
Шугнан	29,2	-	70,8	-

Приложение 68

Показатель загруженности бригад СМП ГБАО за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	Среднегодовая загруженность бригад СМП				Среднесуточная загруженность бригад СМП			
	Общепрофильные врачебные	Педиатрические	Фельдшерские	Специализиро-ванные	Общепрофильные врачебные	Педиатрические	Фельдшерские	Спецбригады
ГБАО	4934,6	672,2	848,9	-	13,5	1,8	2,3	-
г. Хорог	2778,1	846,4	1422,5	-	7,6	2,3	3,9	-
Ванч	8856,2	4946,7	490,0	-	23,1	13,5	1,3	-
Дарвоз	2711,9	-	3522,5	-	7,4	-	10,0	-
Ишкашим	1728,5	-	2008,5	-	4,7	-	5,5	-
Мургаб	-	-	1789,4	-	-	-	4,2	-
Рошткала	422	-	716,3	-	1,2	-	2,0	-
Рушан	2330,3	-	-	-	6,4	-	-	-
Шугнан	981,6		1363,4		2,7		3,7	

Приложение 69

Показатель частоты обращаемости населения ГБАО за скорой медицинской помощью за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2015	2016	2017
ГБАО	12497,5	20457,7	17444,1	15781,2	19141,2	16129,8
г. Хорог	39333,3	18409,9	41357,6	52452,1	56664,4	62686,9
Ванч	15556,3	71709,6	19223,7	3827,2	33240,1	11491,0
Дарвоз	5000,0	29645,5	16706,6	16961,8	16201,5	17704,3
Ишкашим	9278,4	3216,8	9462,0	26493,6	8452,8	7565,6
Мургаб	1298,8	17022,6	16185,7	17333,3	16206,7	21315,8
Рошткала	1340,2	1584,0	2655,0	3254,8	4962,3	3962,5
Рушан	12056,7	11347,5	8806,6	4803,2	14876,5	6861,1
Шугнан	8338,8	9574,3	4270,7	1947,5	5010,9	2273,7

Приложение 70

Структура и удельный вес вызовов, выполненных выездными бригадами станции (отделения) СМП ГБАО за период 2002-2017 гг.

Показатель	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
1.Число лиц, которым оказана медпомощь при выездах	25245	43002	37749	34674	34624	42149	35792
в том числе: 1.1. оказание помощи по поводу несчастных случаев	1058	2328	2098	1221	803	2310	1847
процент %	4,2	5,4	5,6	3,5	2,3	5,5	5,2
1.2. оказание помощи по поводу внезапных заболеваний и состояний	21328	34485	32875	29434	30664	37635	32717
процент %	84,5	80,2	87,1	84,9	88,6	89,3	91,4
1.3. оказание помощи по поводу родов и патологии беременности	1603	1018	2158	805	741	908	716
процент %	6,3	2,4	5,7	2,3	2,1	2,2	2,0
1.4. перевозка больных, рожениц и родильниц	1256	5171	618	3214	2416	1296	512
процент %	5,0	12,0	1,6	9,3	7,0	3,1	1,4

Приложение 71

Удельный вес вызовов, выполненных при выездах СМП ГБАО за период 2002 – 2017 гг. по поводу нечастных случаев

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	4,2	5,4	5,6	6,0	3,5	2,3	5,5	5,2
г. Хорог	2,9	32,7	7,3	5,1	3,7	2,2	3,5	2,6
Ванч	0,9	0,4	1,4	0,6	0,7	8,4	4,1	3,3
Дарвоз	10,6	0,8	2,9	1,8	1,2	1,4	0,4	0,5
Ишкашим	0,8	6,3	1,7	0,3	1,3	1,0	2,3	2,4
Мургаб	13,6	10,7	1,5	2,2	1,8	0,5	1,1	2,1
Рошткала	7,4	15,2	10,4	9,6	6,6	1,4	14,7	6,7
Рушан	2,2	4,1	6,3	35,2	2,8	14,3	5,7	10,4
Шугнан	12,2	0,7	2,3	5,4	9,4	7,6	7,1	16,3

Приложение 72

Структура вызовов, выполненных при выездах бригад СМП ГБАО по поводу различных несчастных случаев за период 2009-2017 гг.

Наименование города / района	ДТП	Травмы (другие)	Электротравмы	Ожоги	Отморожение	Отравления	Другие	Повешенье
ГБАО	3,6	44,8	0,3	3,5	0,5	15,8	31,2	0,3
г. Хорог	4,7	65,3	0,3	3,0	0,2	25,7	0,2	0,6
Ванч	7,9	47,7	1,0	12,5	0,1	13,7	17,1	0,0
Дарвоз	1,7	81,5	0,3	9,1	0,0	7,3	0,0	0,0
Ишкашим	3,0	74,9	0,4	4,2	0,6	15,4	1,4	0,0
Мургаб	4,3	29,7	1,6	11,0	3,1	41,0	9,1	0,2
Рошткала	3,8	66,7	0,0	13,3	1,0	4,8	10,4	0,0
Рушан	3,7	27,6	0,1	5,7	0,0	7,7	54,9	0,2
Шугнан	4,8	52,6	0,0	4,3	0,0	30,0	8,3	0,0

Приложение 73

Частота выполненых бригадами СМП ГБАО вызовов по поводу несчастных случаев за период 2009-2017 гг. (на 100 000 населения)

Наименование города / района	ДТП	Травмы (разные)	Электротравма	Ожоги	Отморожение	Отравления	Другие	Повешенье
ГБАО	25,2	342,8	2,0	28,1	4,7	113,6	297,2	1,7
г. Хорог	63,0	1360,3	3,4	61,4	7,0	417,0	5,0	8,4
Ванч	32,4	185,5	4,8	68,5	0,3	108,4	60,1	0,0
Дарвоз	5,8	250,3	0,9	30,1	0,0	23,4	0,0	0,0
Ишкашим	5,6	134,8	0,7	7,7	1,1	27,9	2,6	0,0
Мургаб	4,5	45,9	4,0	11,1	1,6	94,8	23,0	0,7
Рошткала	9,5	139,8	0,0	19,2	2,2	12,6	70,9	0,0
Рушан	60,9	444,6	2,3	91,2	0,5	125,0	905,6	2,7
Шугнан	112,1	0,0	8,6	0,0	67,2	42,0	0,0	112,1

Приложение 74

Удельный вес вызовов, выполненных выездными бригадами СМП ГБАО по поводу внезапных заболеваний и состояний за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ГБАО	84,5	80,2	87,1	90	84,9	88,6	89,3	91,4
г. Хорог	86,9	41,2	89,9	89,7	92,8	95,7	93,6	95,3
Ванч	93,9	78,8	84,6	98	94,4	88,3	94	93,1
Дарвоз	67,7	98,3	92,3	95,4	93,1	93,3	92,3	94,6
Ишкашим	92,5	91,1	95,5	98,2	96,8	98,5	96,7	94,0
Мургаб	79,3	88,7	95,7	97,8	94,9	97,7	96,9	95,7
Рошткала	72,4	74,7	87,4	90,4	77,2	93,9	81,3	93,3
Рушан	94,9	94,0	92,5	63,5	88,1	84,9	84,5	88,1
Шугнан	87,1	95,3	86,1	79,5	83,5	87,0	83,9	46,8

Приложение 75

Структура медицинской помощи при выездах бригад СМП ГБАО по поводу различных внезапных заболеваний за период 2009-2017 гг.

Наименование города / района	Всего ИБС	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания Брюшной полости	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
ГБАО	21,2	17,0	0,3	1,0	2,6	2,9	11,0	0,3	14,7	29,0
г. Хорог	17,2	17,6	0,4	2,0	2,3	1,8	5,7	0,2	13,0	39,8
Ванч	19,0	9,3	0,1	0,4	3,2	0,9	21,0	3,1	10,0	33,0
Дарвоз	1,4	22,9	0,7	0,1	0,5	7,2	7,7	0,3	36,4	22,8
Ишкашим	22,9	17,8	0,1	0,6	1,4	4,1	14,2	0,7	11,1	27,1
Мургаб	10,2	32,2	0,2	0,1	0,9	0,8	12,5	0,1	16,4	26,6
Рошткала	14,7	7,4	0,5	3,6	3,5	0,9	2,8	0,1	3,4	63,0
Рушан	11,0	21,5	0,5	4,0	4,8	9,7	8,0	0,3	10,7	29,5
Шугнан	10,9	32,2	1,6	1,7	3,6	6,2	22,5	0,4	10,8	10,1

Приложение 76

Показатель частоты вызовов, выполненных при выездах бригад СМП ГБАО по поводу внезапных заболеваний и состояний за период 2009-2017 гг. (на 100 000 населения)

Наименование города / района	ИБС	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания брюшной полости	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания
ГБАО	3367,0	2646,9	51,9	158,6	434,7	444,9	1820,7	50,0	2462,0
г. Хорог	10647,7	7386,8	141,8	667,6	938,2	776,0	2306,3	109,4	5146,9
Ванч	6374,5	2931,4	38,9	121,7	1369,8	277,1	6785,6	106,2	3238,5
Дарвоз	234,9	3677,2	119,2	11,8	85,3	1138,3	1260,4	64,9	7767,3
Ишкашим	3918,0	1477,6	6,9	33,8	101,1	444,3	985,5	44,9	1014,6
Мургаб	1804,7	4184,0	23,5	18,7	89,8	100,6	1584,5	12,4	1773,4
Рошткала	978,4	277,9	12,6	107,0	135,5	47,0	113,1	4,8	180,5
Рушан	1253,6	1551,7	43,1	319,2	368,8	684,2	617,1	25,9	764,0
Шугнан	318,3	652,9	30,7	24,2	72,3	114,2	489,5	7,6	181,2

Приложение 77

Утвержденные штатные должности всего персонала станции (отделения) СМП РРП за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	520,0	447,25	507,75	516	520,1	600,5	562,25	542,25
г. Вахдат	69,0	69,5	59,0	65,0	86,0	86,0	86,0	102,0
г. Рогун	10,5	10,5	15,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
г.Турсунзаде	163,5	141,0	108,5	106,0	98,5	93,5	88,5	88,5
г.Гиссар	16,0	13,0	36,25	14,0	36,25	50,25	14,0	14,0
Варзоб	13,5	52,5	42,0	49,5	49,5	49,5	99,0	57,0
Лахшс	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	8,0
Нуробод	26,0	15,0	24,0	25,5	22,0	22,0	16,5	15,0
А.Рудаки	126,0	42,25	106,5	106,5	109,0	109,0	101,5	101,5
Рашт	14,5	13,0	13,0	9,0	9,0	9,0	12,0	15,0
Сангвор	18,5	18,5	-	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5
Таджикобод	10,0	18,0	16,5	16,5	16,5	12,5	12,5	18,5
Файзобод	22,0	18,5	33,0	33,0	33,0	33,0	33,0	33,0
Шахринав	20,5	25,5	43,5	50,0	50,0	53,0	59,0	59,0

Приложение 78

Утвержденные штатные врачебные должности станции (отделения) СМП РРП за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	90,5	82,5	57,75	66,5	90,5	92	85,5	84,5
г. Вахдат	8,0	8,0	11,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
г. Рогун	2,0	2,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
г.Турсунзаде	50,0	42,5	19,5	19,5	19,5	14,5	13,5	13,5
г.Гиссар	2,0	2,0	8,25	4,0	8,25	12,25	4,0	4,0
Варзоб	-	-	-	-	-	-	-	-
Лахшс	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	1,0
Нуробод	3,5	3,5	3,5	6,0	6,0	6,0	6,0	4,5
А.Рудаки	11,5	10,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Рашт	1,0	1,0	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	4,5
Сангвор	5,0	5,0	-	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Таджикобод	-	-	-	-	-	-	-	-
Файзобод	-	-	-	-	-	-	-	-
Шахринав	4,5	5,5	5,5	10,0	10,0	12,0	13,0	13,0

Приложение 79

Утвержденные штаты должностей среднего медицинского персонала станции (отделения) СМП РРП за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	206	175	188	188,5	198	202,5	211,5	196
г. Вахдат	36,0	36,5	29,0	34,0	34,0	34,0	34,0	34,0
г. Рогун	4,5	4,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
г.Турсунзаде	61,0	50,5	20,5	21,5	20,5	20,5	19,0	19,0
г.Гиссар	6,0	4,0	13,0	4,0	13,0	17,0	4,0	4,0
Варзоб	4,5	22,5	21,0	22,5	22,5	22,5	45,0	22.0
Лахшс	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Нуробод	10,5	6,0	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5
А.Рудаки	41,5	14,5	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0
Рашт	4,5	3,0	6,0	4,5	4,5	4,5	5,0	9,5
Сангвор	4,5	4,5	-	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
Таджикобод	4,5	7,5	7,0	7,0	7,5	6,0	6,0	8,5
Файзобод	13,5	8,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,0	18,5
Шахринав	12,0	10,0	19,0	19,0	19,0	21,0	22,0	22,0

Приложение 80

Укомплектованность врачебных штатных должностей станции (отделения) СМП РРП за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	77,3	49,7	76,2	88,7	69,9	73,6	66,7	64,2
г. Вахдат	100	100	100	100	100	100	100	100
г. Рогун	100	100	20	100	20	80	60	60
г.Турсунзаде	84	36,5	71,8	71,8	82,1	93,1	77,8	77,8
г.Гиссар	100	100	24,2	50,0	24,2	16,3	50	75
Варзоб	-	-	-	-	-	-	-	-
Лахш	-	-	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	-
Нуробод	100	100	100	100	0,0	100	100	100
А.Рудаки	65,2	15,0	100	100	100	100	100	75,0
Рашт	100	100	100	100	100	66,7	100	100
Сангвор	100	100	-	100	100	100	100	100
Таджикобод	-	-	-	-	-	-	-	-
Файзобод	-	-	-	-	-	-	-	-
Шахринав	22,2	45,5	45,5	100	100	100	100	100

Приложение 81

Укомплектованность штатных должностей средних медицинских работников за период 2002-2017 гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	66,8	70,3	91,8	95,0	94,9	94,8	100,0	95,4
г. Вахдат	43,1	52,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
г. Рогун	100	100	100	100	100	100	100	100
г.Турсунзаде	54,9	66,3	92,7	95,3	100,0	100,0	100,0	100,0
г.Гиссар	-	25	65,4	100	100	100	100	100
Варзоб	100	100,0	90,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Лахш	100	100	100	100	100	100	100	100
Нуробод	100	100	100	100	100	100	100	100
А.Рудаки	78,3	66,6	81,4	71,4	71,4	71,4	100,0	88,6
Рашт	100	100	100	100	100	88,9	100	100
Сангвор	100	100	-	100	100	100	100	100
Таджикобод	100	100	100	100	100	100	100	94,1
Файзобод	85,2	100	100	100	100	100	100	100
Шахринав	75	40,0	94,7	100	100	100	100	100

Приложение 82

Обеспеченность станции (отделения) СМП РРП врачебными кадрами за период 2002-2017 гг. (на 10 000 населения)

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
г. Вахдат	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,3	0,2
г. Рогун	0,5	0,3	-	0,5	0,2	0,5	0,2	0,2
г.Турсунзаде	0,7	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	0.3	0.2
г.Гиссар	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,4	0,1	0,2
Варзоб	-	-	-	-	-	-	-	-
Лахшс	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-
Нуробод	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3
А.Рудаки	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1
Рашт	0,1	0,1	0,2	2,0	0,3	0,1	0,1	0,1
Сангвор	2,1	1,7		1,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Таджикобод	-	-	-	-	-	-	-	-
Файзобод	-	-	-	-	-	-	-	-
Шахринав	0.1	0,2	0,2	0,9	0,9	0,2	1,1	1,1

Приложение 83

Обеспеченность станции (отделения) СМП РРП средним медперсоналом за период 2002-2017гг (на 10 000 населения).

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	0,6	0,5	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
г. Вахдат	0,5	0,6	0,8	1,2	1,0	1,0	1,0	1,1
г. Рогун	1,4	0,9	1,3	1,5	1,5	1,5	1,2	1,2
г.Турсунзаде	1.5	0,9	0,8	0,8	1,2	0,7	0,8	0,7
г.Гиссар	-	0,0	0,3	0,2	0,1	0,5	0,2	0,1
Варзоб	0,4	2,1	2,2	2,1	2,1	2,0	3,9	2,6
Лахшс	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Нуробод	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,8	0,4	1,2
А.Рудаки	1,0	0,1	0,6	0,6	0,6	0,5	0,8	0,8
Рашт	0,3	0,3	4,0	0,4	0,4	0,3	0,3	0,7
Сангвор	2,1	1,7	-	2,1	1,4	1,4	1,4	1,8
Таджикобод	0,9	0,9	1,3	1,2	1,5	1,7	1,6	1,8
Файзобод	0,7	0,6	2,0	2,1	1,4	2,0	2,2	2,4
Шахринав	0,4	0,4	1,3	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9

Приложение 84

-Коэффициент совместительства врачей станции (отделение) СМП РРП за период 2002-2017гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	2,7	1,4	1,2	1,3	1,0	1,4	1,3	1,2
г. Вахдат	2,0	1,0	1,2	1,0	1,0	1,3	1,3	1,5
г. Рогун	2,0	2,0	-	1,3	1,0	1,0	1,5	1,5
г.Турсунзаде	3,5	1,6	1,4	1,2	1,0	1,0	1,5	1,5
г.Гиссар	1,0	1,0	1,0	!,0	1,0	1,0	1,0	1,5
Варзоб	-	-	-	-	-	-	-	-
Лахшс	-	-	1,0	1,0	1,0	1,,0	1,0	
Нуробод	3,5	3,5	3,5	3.5		3,5	3.0	2,3
А.Рудаки	3,8	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Рашт	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0	2,3
Сангвор	1,7	1,7		1,7	3,5	3,5	3,5	3,5
Таджикобод	-	-	-	-	-	-	-	-
Файзобод	-	-	-	-	-	-	-	-
Шахринав	1,0	1,3	1,3	1,1	1,0	1,6	1,0	1,0

Приложение 85

Коэффициент совместительства средних медработников станции (отделения) СМП РРП за период 2002-2017гг.

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	1,5	1,5	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
г. Вахдат	1,6	1,3	1,2	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0
г. Рогун	1,5	1,5	1,3	1,1	1,1	1,1	1,3	1,3
г.Турсунзаде	1,3	1,6	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0
г.Гиссар	-	1,0	1,2	1,0	3,3	1,1	1,0	1,0
Варзоб	2,3	1,7	1,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,1
Лахшс	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Нуробод	3,5	2,0	2,4	2,4	2,4	1,6	3,2	1,1
А.Рудаки	1,2	1,5	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Рашт	1,5	1,0	1,5	1,1	1,0	1,0	1,3	1,2
Сангвор	1,5	1,5	-	1,5	1,5	1,5	1,5	1,1
Таджикобод	1,5	2,5	1,4	1,4	1,3	1,0	1,0	1,0
Файзобод	2,3	1,7	1,0	1,0	1,4	1,0	1,0	1,0
Шахринав	3,0	1,0	1,4	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Приложение 86

Обеспеченность на 10000 населения РРП выездными бригадами за период 2002 -2017г.

Год	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
Количество выездных бригад, всего	25	29	54	40	53	54	42
Обеспеченность на 10000 населения	0.017	0.018	0.029	0.021	0.027	0.027	0.02
1. Врачебные общепрофильные	14	17	23	20	27	23	24
Обеспеченность на 10000 населения	0,010	0,011	0,013	0,010	0,014	0,011	0,01
2.Педиатрмческие	6	7	2	5	5	9	1
Обеспеченность на 10000 населения	0.004	0.004	0.001	0.003	0.003	0.004	0.000
3.Фельдшерские	4	5	27	12	18	19	14
Обеспеченность на 10000 населения	0.003	0.003	0.015	0.01	0.01	0.01	0.01
4.Специализированные,	1	-	2	3	3	3	3
Обеспеченность на 10000 населения	0.001	0	0.001	0.002	0.002	0.001	0.001

Приложение 87

Структура выездных бригад СМП РРП за период 2002-2017гг (в %)

.

Наименование города / района	Структура бригад СМП			
	Обще профильных врачебных	Педиатрические	фельдшерских	Спецбригады
РРП	51.3	13,5	32,0	3,2
г. Вахдат	44,9	-	38,2	16,8
г. Рогун	58,0	-	42,0	-
г.Турсунзаде	78,5	5,7	15,7	-
г.Гиссар	79,2	-	-	20,8
Варзоб	-	-	100,0	-
Лахшс	-	-	100,0	-
Нуробод	32,2	-	67,8	-
А.Рудаки	37,9	12,1	50,0	
Рашт	53,1	-	46,9	-
Сангвор	-	-	100,0	-
Таджикобод	-	-	100,0	-
Файзобод			100,0	
Шахринав	46,5	16,2	37,2	-

Приложение 88

Загруженность выездных бригад СМП РРП за период 2002-2017гг.

Профиль бригад и их загруженность/ год	2002	2007	2012	2014	2015	2016	2017
Среднегодовая загруженность врачебных общепрофильных бригад	1701,9	1834,4	1799,5	2421,7	1754,7	2599,5	1505,5
Среднесуточная загруженность врачебных ощепрофильных бригад	4,7	5,0	4,9	6,6	4,8	7,1	4,1
Среднегодовая загруженность педиатрических бригад	359,3	823,4	912,5	1958,0	1595,2	1683,9	3706
Среднесуточная загруженность педиатрических бригад	1,0	2,3	2,5	5,4	4,4	4,6	10,2
Среднегодовая загруженность фельдшерских бригад	4729,8	2983,4	1239,2	2140,3	1752,7	1490,3	2383,1
Среднесуточная загруженность фельдшерских бригад	13,0	8,2	3,4	5,9	4,8	4,1	6,5
Среднегодовая загруженность специализированных бригад	60,0	-	-	477,3	437,3	489,0	138,3
Среднесуточная загруженность специализированных бригад	0,2	-	-	1,3	1,2	1,3	0,4

Приложение 89

Показатель загруженности бригад в разрезе СМП РРП за период 2002-2017гг.

Наименование города / района	Среднегодовая загруженность				Среднесуточная загруженность			
	Обще профильных врачебных	Педиатрических	фельдшерских	спецбригад	Общепрофильных врачебных	Педиатрических	фельдшерских	спецбригад
РРП	1810,0	1218.1	2641,3	462,5	5.0	3,3	7,2	1,3
г. Вахдат	2345,3	-	1145,5	577,2	6,4	-	3,1	1,6
г. Рогун	1994,5	-	2350,9	-	5,5	-	6,4	-
г.Турсунзаде	4168,5	1740,0	859,3	-	11,4	5,0	2,4	-
г.Гиссар	472,8	-	-	87,2	1,3	-	-	0,1
Варзоб	-	--	2605,9	-	-	-	6,4	-
Лахшс	-	-	1697,7	-	-	-	4,7	-
Нуробод	1414,6		1617,7	-	3,9	--	4,4	----
А.Рудаки	5274,0	2386,7	1109,6	-	14,4	6,5	3,0	-
Рашт	1055,5	-	952,4	-	2,9	-	2,6	-
Сангвор	-	--	1577,4	--	-	-	4,3	-
Таджикобод	-	-	8644,2	-	-	-	13,9	
Файзобод			1394,4				3,7	
Шахринав	1158,1	781,0	1919,8	-	3,2	2,1	5,3	

Приложение 90

Показатель частоты обращаемости населения РРП за скорой медицинской помощью за период 2002-2017гг.

Наименовани е города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	3131,3	3239,1	4241,1	4402,1	4440,1	4472,6	5181,4	3674,6
г. Вахдат	2185,5	2730,8	4045,1	3964,4	3830,9	2579,0	2656,5	2745,3
г. Рогун	17004	20221	10963	8223,9	8796,0	8332,5	8876,2	5051,3
г.Турсунзаде	8781,5	5847,7	4380,3	5910,5	4557,8	6432,3	6994,3	5462,0
г.Гиссар	229,9	101,0	441,5	136,5	619,1	752,0	136,0	183,1
Варзоб	2332,7	2932,8	13563	11279	14068	15525	30494	16119
Лахшс	614,4	1516,7	4595,2	5846,0	4696,5	5562,8	5929,7	3525,3
Нуробод	4449,6	5402,2	3905,4	3630,0	4436,9	4769,5	5031,5	4883,4
А.Рудаки	2274,8	1995,7	2744,4	2387,6	2775,6	2722,3	3047,8	1186,3
Рашт	5247,7	1258,8	12990	1313,8	2124,9	2454,5	2389,1	3118,3
Сангвор	12824	7310,7	-	11908	13386	7509,3	5465,8	8202,7
Таджикобод	10213	15200	18835	22340	20005	19678	19497	21887
Файзобод	1611,9	2714,7	2307,2	2826,5	2556,9	2174,6	4314,8	3139,1
Шахринав	507,0	961,6	11701	10948	10645	9781,2	8989,5	7681,0

Приложение 91

Структура вызовов выполненных выездными бригадами станции (отделении) СМП РРП за период 2002-2017гг.

Показатель удельный вес вызовов по поводу:	**2002**	**2007**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
несчастных случаев	2,4	2,6	6,1	5,1	4,2	3,6	3,4	2,8
Внезапных заболеваний и состояний	85,7	84,9	86,9	86,4	89,2	89,7	90,7	90,8
Роды и патологии беременности	5,4	5,8	4,4	4,6	3,8	3,3	3,2	3,6
Перевозки больных, рожениц и родильниц	6,5	6,6	2,6	3,9	2,8	3,4	2,7	2,7

Приложение 92

Частота выполненных вызовов выездными бригадами станции (отделении) СМП РРП за период 2002-2017гг.(на 100 тыс. населения)

Показатель частоты выполненных вызовов на 100 тыс. населения по поводу:	**2002**	**2007**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Всех выполненных вызовов	3131,3	3239,1	4241,1	4402,1	4439,4	4472,6	5181,4	3674,7
Несчастных случаев	74,2	85,0	258,8	225,8	185,4	159,3	176,3	102,1
Внезапных заболеваний и состояний	2682,5	2751,6	3684,0	3804,4	3960,2	4010,9	4699,8	3337,3
Роды и патологии беременности	168,0	188,8	188,7	201,0	168,3	146,9	165,1	133,2
Перевозки больных, рожениц и родильниц	206,6	213,7	109,6	170,9	125,5	155,6	140,2	99,4

Приложение 93

Удельный вес медицинской помощи при выездах СМП РРП за период 2002 - 2017 (по поводу нечастных случаев – средняя величина в %).

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	2,4	2,6	6,1	5,1	4,2	3,6	3,4	2,8
г. Вахдат	0,4	1,0	2,9	2,5	0,7	0,4	0,5	0,9
г. Рогун	5,3	3,1	3,6	5,4	1,3	1,4	1,4	1,6
г.Турсунзаде	2,8	2,3	2,4	2,1	1,3	0,6	0,5	0,8
г.Гиссар	2,7	7,3	1,4	5,2	3,4	2,2	3,1	3,9
Варзоб	2,4	2,6	6,1	5,1	4,2	5,6	3,4	2,8
Лахшс	1,2	0,2	8,7	5,3	2,9	1,8	0,6	0,8
Нуробод	1,5	4,4	4,7	9,5	9,7	7,4	11,2	8,8
А.Рудаки	1,5	0,9	10,9	0,1	0,2	1,5	1,1	2,5
Рашт	4,1	4,1	39,8	39,9	31,7	18,4	20,5	8,8
Сангвор	0,1	-	-	5,7	4,7	6,2	6,5	6,7
Таджикобод	1,5	0,7	21,0	20,3	15,7	14,4	14,1	0,7
Файзобод	2,0	4,8	2,7	1,5	2,5	2,2	1,7	2,9
Шахринав	2,1	1,0	0,7	0,6	0,6	0,4	0,1	0,2

Приложение 94

Удельный вес вызовов выполненных выездными бригадами СМП РРП по поводу внезапных заболеваний и состояний за период 2002-2017гг (в % к итогу).

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	85,7	84,9	86,9	86,4	89,2	89,7	90,7	90,8
г. Вахдат	98,3	92,6	95,7	96,5	98,8	97,0	98,3	98,2
г. Рогун	77,3	87,5	87,8	81,5	91,5	89,3	91,0	85,4
г.Турсунзаде	85,3	86,8	84,1	88,3	97,7	99,2	99	98,8
г.Гиссар	90,6	100	90,2	89,0	91,8	87,1	96,2	94,8
Варзоб	95,0	91,0	90,2	89,0	95,8	97,4	96,2	94,8
Лахшс	65,2	78,1	72,2	69,6	69,7	88,2	91,8	81,5
Нуробод	97,4	88,6	63,9	66,3	65,6	69,1	66,6	63
А.Рудаки	70,9	80,2	86,8	96,9	93,4	93,6	92,1	93,4
Рашт	87,6	32,0	56,0	56,4	48,7	76,3	76,9	62,4
Сангвор	93,8	95,4	-	90,6	92,1	84,0	85,8	80.2
Таджикобод	88	90,2	69,4	59,4	72,8	73,5	75,2	82,7
Файзобод	96,7	58,2	84,4	94,1	88,8	89,5	94,0	92,3
Шахринав	74,5	75,8	99,2	99,3	99,3	99,6	99,9	99,8

Приложение 95

Удельный вес выполненных вызовов при выездах бригад СМП РРП за период 2009-2017гг. (по поводу различных видов несчастных случаев (в %).

Наименование города / района	ДТП	Травмы	Электротравма	Ожоги	Отморожение	Отравления	Другие	Повешенные
РРП	9,9	45,0	0,6	7,0	0,2	36,2	0,2	0,9
г. Вахдат	39,8	26,4	1,9	4,8	1,0	22,8	1,7	1,6
г. Рогун	30,1	18,8	1,0	3,9	0,2	16,3	29,5	0,1
г.Турсунзаде	12,2	68,4	0,7	5,1	0,1	11,6	1,3	0,6
г.Гиссар	5,9	23,9	1,0	11,5	0,8	22,1	34,3	0,5
Варзоб	21,3	40,8	0,6	11,2	0,3	4,7	21,1	0,0
Лахшс	4,7	24,7	1,8	17,4	0,0	34,1	15,0	2,3
Нуробод	11,2	76,3	0,1	6,9	0,0	5,3	0,0	0,1
А.Рудаки	8,5	27,0	1,6	9,3	1,5	44,3	6,3	1,5
Рашт	6,3	58,5	0,4	6,9	0,1	23,3	4,5	0,0
Сангвор	2,7	31,2	0,3	4,0	11,6	3,2	23,6	0,2
Таджикобод	0,5	41,4	0,3	5,6	0,0	1,1	51,0	0,1
Файзобод	28,2	50,8	0,6	11,3	0	7,8	0,6	0,6
Шахринав	14,1	20,5	0,3	0,7	0,4	61,1	2,9	0,0

Приложение 96

Частота вызовов при выездах бригад СМП РРП по поводу несчастных случаев за период 2009-2017гг (на 100 000 населения).

Наименование города / района	ДТП	Травмы	Электротравма	Ожоги	Отморожение	Отравления	Другие	Повешеньее
РРП	24,6	108,0	1,6	16,6	0,4	39,7	0.5	0,8
г. Вахдат	30,3	14,8	1,0	3,0	0,7	13,6	4,1	0,6
г. Рогун	188,7	96,3	8,3	23,0	3,9	133,8	290,7	2,5
г.Турсунзаде	9,4	53,8	0,5	4,1	0,0	9,0	1,1	0,4
г.Гиссар	2,9	9,0	0,9	9,7	1,3	8,2	14,1	0,5
Варзоб	168,6	523,8	2,2	82,5	0,5	75,9	1961,0	0,6
Лахшс	7,8	49,8	3,9	42,9	0,0	80,2	42,7	0,7
Нуробод	21,1	146,7	0,1	13,0	0,0	10,4	0,0	0,2
А.Рудаки	12,2	38,2	3,1	11,7	0,7	59,8	17,9	1,5
Рашт	41,0	640,8	3,1	70,9	6,0	233,1	38,2	0,0
Сангвор	30,7	541,8	14,2	36,8	4,7	100,1	33,9	1,0
Таджикобод	33,5	257,1	4,2	64,9	0,8	26,9	613,8	1,8
Файзобод	17,0	30,0	0,3	6,7	0,0	4,4	0,4	0,4
Шахринав	7,7	12,0	0,2	0,6	0,3	36,3	0,4	0,0

Приложение 97

Удельный весь вызовов выполненных выездными бригадами СМП РРП за период 2002-2017гг. по поводу родов и патологии беременности (% к итогу).

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	5,4	5,8	4,4	4,6	3,8	3,3	3,2	3,6
г. Вахдат	0,1	1,5	1,4	0,5	0,2	0,4	0,3	0,4
г. Рогун	17,4	8,6	8,6	4,2	5,1	5,1	5,6	6,4
г.Турсунзаде	2,1	1,0	1,1	1,1	0,5	0,1	0,3	0,2
г.Гиссар	2,3	1,3	7,9	3,4	0,8	0,2	0,4	0,9
Варзоб	2,3	1,3	7,9	3,4	0,8	0,2	0,4	0,9
Лахшс	25,5	15,3	19,1	25,1	27,4	10	7,6	9,4
Нуробод	1,1	7,0	15,8	13,1	15,5	15,1	14,4	20,1
А.Рудаки	12,6	17,2	1,5	3,0	3,2	2,5	5,1	3,5
Рашт	5,2	24,8	4,2	3,7	2,2	1,7	2,6	20,3
Сангвор	3,3	2,6	-	1,6	2,5	4,2	-	1,6
Таджикобод	6	3,7	9,6	10,2	9,7	11,0	9,7	9,3
Файзобод	-	0,2	7,9	3,1	4,6	4,7	2,3	2,4
Шахринав	0,9	7,5	0,1	0,1	0,1	-	-	-

Приложение 98

Удельный вес вызовов выполненных выездными бригадами СМП РРП за период 2002- 2017гг(перевозка больных, рожениц и родильниц (в % к итогу).

Наименование города / района	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
РРП	6,6	6,6	2,6	3,9	2,8	3,5	2,7	2,7
г. Вахдат	1,2	4,9	-	0,5	0,2	0,4	0,3	0,4
г. Рогун	-	0,8	-	8,9	2,1	4,2	2,0	6,6
г.Турсунзаде	9,8	9,9	12,4	8,5	0,5	0,1	0,2	0,2
г.Гиссар	8,6	-	-	-	-	-	-	2,6
Варзоб		0,4	0,5	2,4	-	0,2	0,3	0,4
Лахшс	8,1	6,4	-	-	-	-	-	8,3
Нуробод	-	-	15,6	11,1	9,2	8,4	7,8	8,1
А.Рудаки	14,9	1,7	0,9	-	3,2	2,5	1,7	0,6
Рашт	3,1	20,3	-	-	17,4	3,6	0	8,5
Сангвор	2,8	2,0	-	2,1		4,7	3,4	5,0
Таджикобод	4,5	5,3	-	10,2	1,8	1,1	1,0	7,3
Файзобод	1,3	38,8	5,0	1,2	4,2	3,6	1,9	2,3
Шахринав	22,5	15,7	-	-	-	-	-	-

Приложение 99

Структура медицинской помощи оказанной при выездах бригад СМП РРП по поводу внезапных заболеваний и состояний за период 2009-2017гг. (в % к итогу).

Наименование города / района	Всего ИБС	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболевания брюшной полости	Острые урологические заболевания	Инфекционные заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
РРП	14,9	23,9	0,6	7,5	5,7	5,9	9,1	1,6	12,9	17,9
г. Вахдат	3,0	33,1	1,0	1,6	13,0	12,9	8,9	0,4	8,0	17,9
г. Рогун	2,2	32,5	0,3	4,7	10,4	10,6	5,9	0,4	23,1	9,9
г.Турсунзаде	16,6	21,0	0,4	9,1	3,5	6,4	2,6	0,5	14,2	25,6
г.Гиссар	8,4	21,2	3,5	14,2	4,9	4,2	10,1	1,3	11,4	20,7
Варзоб	13,8	25,7	0,5	1,0	3,2	3,8	4,1	0,3	23,9	23,7
Лахшс	2,5	27,9	0,7	0,6	19,5	2,6	3,5	1,1	17,5	24,1
Нуробод	1,7	5,2	0,1	5,3	25,3	23,0	6,7	0,3	19,2	13,1
А.Рудаки	29,7	17,4	1,2	1,2	4,8	6,6	12,7	0,2	10,1	16,1
Рашт	8,7	27,8	1,5	3,6	19,4	4,8	7,8	0,6	14,2	11,5
Сангвор	2,7	31,2	0,3	4,0	11,6	11,6	3,2	0,5	23,4	11,4
Таджикобод	1,1	11,4	0,6	0,1	7,9	8,0	60,2	0,2	2,8	7,7
Файзобод	1,5	45,1	0,2	0,4	3,8	4,4	5,0	0,2	7,7	31,7
Шахринав	28,4	20,8	0,0	5,3	0,7	2,0	0,4	0,1	14,9	27,4

Приложение 100

Уровень медицинской помощи при выездах бригад СМП РРП за период 2009-2017гг о поводу внезапных заболеваний и состояний (на 100 000 населения).

Наименование города / района	ИБС	Гипертоническая болезнь	Инсульт	Психоневрологические заболевания	Острые заболева-ния брюшной полости	Острые урологи-ческие заболевания	Инфекци-онные Заболевания	Онкологические заболевания	Заболевания органов дыхания	Другие болезни
РРП	573,1	890,4	21,8	296,7	207,8	218,8	334,4	64,6	472,3	680,9
г. Вахдат	91,6	979,2	31,9	49,6	398,2	381,6	273,2	9,3	228,8	545,3
г. Рогун	161,2	2087,0	22,3	197,5	697,9	668,2	365,9	37,6	1655,6	761,4
г.Турсунзаде	1194,4	1177,5	25,8	521,5	168,8	357,0	147,6	28,5	866,9	1505,4
г.Гиссар	20,3	55,4	7,3	34,7	13,2	12,9	33,9	3,8	41,8	47,6
Варзоб	1823,8	4322,3	61,0	141,2	449,0	547,5	587,7	41,7	3868,1	3146,3
Лахш	60,0	907,0	14,4	12,4	604,7	107,1	116,6	34,5	586,1	735,2
Нуробод	50,4	157,2	4,3	156,7	754,9	671,5	200,7	9,0	553,9	400,9
А.Рудаки	391,7	28,9	26,5	119,8	146,7	149,6	213,9	5,0	309,5	391,7
Рашт	189,1	530,3	29,4	66,1	380,0	118,9	145,3	12,1	260,7	117,3
Сангвор	195,2	2204,5	18,0	284,2	802,7	828,8	233,0	32,9	1678,7	811,5
Таджикобод	164,3	1673,8	72,8	9,2	1173,3	1148,1	8837,9	16,8	455,6	1023,4
Файзобод	39,0	1069,8	4,1	10,9	91,3	109,7	147,8	4,0	194,6	801,8
Шахринав	2248,3	1625,6	0,0	480,6	41,4	196,0	24,7	4,3	1391,8	2550,2

Приложение 101

Алгоритм очередности направления врачебных бригад СМП
(по поводу к вызову в условиях ограниченности санитарного транспорта)

Повод к вызову	**Реанимационная бригада**	**Кардиологическая бригада**	**фельдшерская бригада**	**Детская бригада**	**Бригада БИТ**
-Автослучай (ДТП)	1	3	5	4	2
Потеря сознания	1	3	5	4	2
Инородные тело:-желудка	5	4	3	2	1
-верхних дыхательных путей	1	4	5	2	3
-прямой кишки	5	3	4	2	1
Кровотечение:-желудочное	2	3	5	4	1
-носовое	5	3	4	2	1
-из прямой кишки	5	3	4	2	1
-Маточные кровотечение	5	4	1	3	2
-Отморожение	2	3	5	4	1
-Переохлаждение	5	3	4	2	1
Ожоги: -кипятком	2	3	5	4	1
-пламенем	1	3	5	4	2
-химические	2	3	5	4	1
-Падение с высоты	1	3	5	4	2
-Повешение	1	3	5	4	2
Пожар:-есть пострадавших	5	2	4	3	1
-нет пострадавших (дежурство)	-	-	1	2	4
Ранение:-ножевые	5	3	4	2	1
-огнестрельное	1	3	5	4	2
Роды-родила на дому	-	4	1	2	3
-роды, маточное кровотечение	5	4	1	2	3
Судороги(припадки):-в сознании	-	3	4	2	1
-без сознания	1	3	5	4	2
Травма изолированная:					
-головы в сознании	-	3	4	2	1
-головы без сознания	1	3	5	4	2
-груди	5	3	4	2	1
-руки	-	3	4	2	1
-ноги	-	3	4	2	1
Утопление	1	3	5	4	2
Укусы: -змей	2	3	5	4	1
-насекомых(есть аллергия)	2	3	5	4	1
-насекомых(нет аллергия)	-	3	4	2	1
Ушибы	5	2	4	3	1
Электротравма	1	3	5	4	2

Приложение 102

Плотность проживания населения г. Душанбе, районов республиканского подчинения и Согдийской области за период 2002 – 2017гг (на 1 км^2)

	2002	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Республика Таджикистан	**41,5**	**49,6**	**56,0**	**57,2**	**58,6**	**60,0**	**61,8**	**63,2**
г. Душанбе	5894,0	6742,0	7643,0	7758,0	7887,0	8027,0	8162,0	8314,0
РРП	**50,1**	**56,0**	**64,1**	**65,5**	**67,2**	**69,0**	**70,9**	**72,6**
г. Вахдат	65,1	71,6	80,3	81,9	72,3	85,7	87,6	89,2
г, Рогун	60,2	67,0	77,2	78,6	80,6	82,4	83,8	85,2
г. Турсунзаде	170,8	188,8	213,5	217,9	222,7	228.2	233,3	238,5
Варзоб	32,5	35,9	40,7	41,7	42,8	44,0	48,1	49,2
г. Гиссар	213,1	229,8	259,3	265,9	273,3	280,6	287,4	293,9
Лахш	11,8	11,7	12,7	12,9	13,1	13,3	13,6	13,9
Нуробод	65,0	69,3	76,3	77,8	80,1	82,4	84,6	87,0
Рудаки	158,7	194,9	236,4	242,8	249,8	257,3	264,8	272,5
Рашт	18,8	21,0	23,7	24.2	24,7	25.3	26,0	26,6
Сангвор	2,4	3,0	3,4	3,4	3,5	3,6	3,6	3,7
Тоджнкобод	47,0	50,0	56,4	57,6	58,9	60,0	61,4	62,7
Файзабад	80,4	86,4	97,7	99,9	102,6	105,0	107,8	109,7
Шахринав	85,2	91,1	102,5	105,2	108,2	111,5	114,4	117,5
Согдийская область	**77,3**	**83,2**	**93,2**	**95,3**	**97,4**	**99,6**	**101,6**	**103,5**
Айни	12,9	13.5	14,3	14,5	14,8	15,1	15.3	15,6
Ашт	41,7	45.3	51,2	52,7	54,1	55,4	56,5	57,7
Деваштич	75,0	81,3	91,7	94,1	96,4	98,9	101,2	103,6
Зафаробод	102,2	114,0	160,7	164,7	168,5	173,0	176,7	181,0
Б. Гафурова	100,0	109,8	123,2	125,8	128,7	131,5	133,8	136,1
Д.. Расулова	339,7	357,7	398,0	407,3	416,7	426,0	434,7	442,7
Исфара	257,6	273,6	301,4	307,6	314,2	320,2	325,7	331,4
Канибадам	206,5	218,1	236,2	240,6	245,0	249,4	253,1	256,9
Кухистони Мастчох	4,9	5,5	5,9	6,0	6,2	6,2	6,4	6,5
Матча	89,4	95,5	107,4	110,3	113,4	117,0	119,9	122,6
Пенджекент	57,1	62,5	70,1	71,6	73,5	75,2	76,8	78,5
Спитамен	255,3	273,5	306,2	314,0	321,8	329,2	336,0	342,0
Истаравшан	273,9	300,9	334,7	342,3	350,7	359,1	367,4	375,0
Шахристан	24,8	27,0	33,3	34,1	35,0	35,9	36,8	37,7-

Приложение 103

Плотность проживания населения Хатлонской обдасти и ГБАО за период 2002 – 2017гг (на 1 км^2)

Хатлонская область	**82,5**	**101,0**	**115,1**	**117,8**	**120,8**	**121,9**	**126,5**	**129,5**
Балжуван	17,1	17,3	19,8	20,5	20,9	21,5	21,8	22,3
Н, Хусрав	29,6	34,4	40,5	41,5	42,5	43,6	44,9	46,1
Кушониён	307,5	337,5	185,7	358,0	367,0	374,3	382,8	391,5
Вахш	133,1	149,4	169,2	171,8	176,8	181,7	186,2	190,5
Восе	195,1	210,2	234,1	238,7	242,9	248.2	254,1	259,6
Хуросон	84,7	95,4	108,7	112,1	114,8	117,3	120,0	122.9
Дангара	51,6	57,1	64,9	66,3	68,1	70,2	72,6	75,1
Дусти	65,8	70,3	79,4	81,5	84,1	86,8	89,6	92,2
Кубодиён	66,1	73,0	87,2	89,3	01,9	94,3	96,6	99,1
Дж Балхи	150,2	164,0	186,1	190,9	196,4	202,1	207,7	212,9
Куляб	526,3	567,7	635,3	646,7	659,3	670,0	682,7	693,3
Джайхун	89,8	102,8	117,0	119,9	123,1	126,5	129,9	-
Хамадони	224,8	232,8	260,2	264,8	270,0	275,8	282,0	287,8
Муминобод	18,9	82,1	90,7	92,2	94,2	96,3	98,8	100,9
г. .Нурек	108,3	112,0,	130,5	134,0	137,7	141,7	145,2	148,0
Пархар	98,7	108,1	120,7	123,4	126,5	129,7	133,0	136,4
Пяндж	94,1	97.3	110,2	113,3	87,4	120,2	123,4	126,4
г. Левакант	320,0	364,0	412,0	420,0	432,0	443,0	453,0	464,0
Темурмалик	51,8	55,6	61,6	62,7	63,8	64,9	66,3	67,7
Ховалинг	23,9	27,0	30,2	30,6	31,2	31,8	32,5	33,1
А. Джоми	191,5	208,7	241,2	247,7	255,0	262,8	270,8	278,2
Шаартуз	58,4	63,1	71,8	73,9	76,0	78,3	80,3	-
Ш. Шохин	18,9	18,4	20,8	21,3	21,8	22,3	22,8	-
Яван	145,9	166,1	212,4	219,4	226,4	233,8	240,6	246,9
ГБАО	**3,3**	**3,2**	**3,3**	**3,3**	**3,3**	**3,4**	**3,5**	**3,5**
Ванч	6,7	6,9	7,1	7,2	7,3	7,4	?,5	7,6
Дарвоз	9,0	7,6	7,7	7,7	7,9	8,0	8,1	8,3
Ишкашим	7,4	7,7	8,2	8,2	8,3	8,5	8,6	8,7
Мургаб	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Рошткала	5,8	5,6	5,8	5,9	6,0	6,1	6,2	6,2
Рушан	4,2	4,0	4,1	4,1	4,2	4,2	4,3	4,3
Шугнан	8,0	7,5	7,6	7,7	7,8	7,9	8,0	8,1

Приложение 104

Расположение Станции (отделение) СМП в зависимости от высоты над уровнем моря (н.у.м)

Район дислокации учреждений СМП	**Высота над у.м (метр)**	**Район дислокации учреждений СМП**	**Высота над уровнем моря**
Шаартуз	378	Пяндж	378
г. Бохтар	427	Хамадони	605
Рудаки	564	Дангара	669
Яван	663	Ховалинг	1468
Муминабад	1191	Душанбе	890
г.Гиссар	768	Нуробод	1258
г. Файзабад	1215	Бустон	318
Рашт	1316	Худжанд	425
Варзоб	1361	Истаравшан	1004
Сангвор	1616	Сангистон	1502
Файзабад	1965	Рушан	1978
Лахш	2002	Ишкошим	2524
Шахристан	3143		
Гулистон	347		
Аштский	550		
Пенджекент	1016		
Кухистони матча	2564		
Ванч	1736		
г.Хорог	2075		
Рошткала	3410		
Мургаб	3576		