

4. Руководство для врачей скорой медицинской помощи /под ред. В.А.Михайловича, А.Г.Мирошниченко; 3-е издание. СПб.: Невский диалект; М.: Лаборатория базовых знаний, 2005. 704с.
5. Сборник приказов и инструкции Наркомздрава РСФСР. 1939. № 11-12. С. 7-24
6. ЦГА РСФСР ф. 482. оп. 24. д. 660. л. 1-5
7. Шестаков Г.С. Совершенствование системы информационного обеспечения и оптимизация деятельности станций (отделений) скорой медицинской помощи: дисс. д.м.н. М., 2003. 47 с.
8. Штайнигер У., Мюлендаль К.Э. Неотложные состояния у детей: Пер. с нем. Минск: Медтраст, 1996. 280 с.

*Муминов Б., Ахмедов А.А.*

**Баъзе чанбаҳои ҳуҷҷатҳои меъёри - ҳуқуқи соҳаи ёрии таъҷилии тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон**

**Калимаҳои калидӣ:** хизматрасонии ёрии таъҷилии тиббӣ

Ҳуҷҷатҳои меъёри - ҳуқуқи соҳаи ёрии таъҷилии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба талаботи имрӯза ҷавобгӯ набуда, дар ҳуҷҷатҳои мавҷуда сохтор ва принсипҳои идоракунии давлатии соҳаи мазкур бо назардошти Ҳамоҳангсозии он бо дигар муассисаҳои соҳавӣ дар шароитҳои нави иқтисодӣ муайян нагаштааст.

*Муминов Б.Г., Мирзоева З.А.*

## **СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВА ИНТЕГРАЦИОННЫХ РАБОТ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
Кафедра семейной медицины ТИППМК

*Ключевые слова:* служба скорой медицинской помощи, семейная медицина

### **Актуальность**

С реформированием здравоохранения возникла настоятельная потребность в новой ресурсосберегающей системе организации амбулаторно-поликлинической помощи с переориентацией на индивидуально-посемейный принцип оказания медицинской помощи, хотя темп реформирования в этом направлении остается не на высоком уровне [5, 13].

Меъёри амалкунандаи 1 нақлиёти санигарӣ ба 10 000 аҳоли, хусусиятҳои ҷуғрофӣ ва зичии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистонро дар бар нагирифтааст. Инчунин ҳуҷҷатҳои омури соҳа ба муайян намудани ҳаҷми фаъолияти стансияҳои ЁТТ раवона буда, дар он сифат ва сохтори хизматрасонӣ вучуд надорад ва ҳалли ин аз нав дида баромадани ҳуҷҷатҳои меъёриро талаб менамояд.

*Muminov B., Akhmedov A.*

**Some aspects of the normative - legal base of ambulance service in the Republic of Tajikistan**

**Key words:** emergency medical services

Legislative and legal framework that regulates the organization of emergency medical services in the Republic of Tajikistan does not reflect the modern features. Provide emergency medical care not determined the composition and the principles of state regulation, as well as interaction with other first responders in the new economy.

The current standard rate of 1 ambulance per 10 thousand populations does not account for the geographical feature of the topography and density of living of the population.

The current statistical reporting focused on quantitative measures and requires revision in favor of qualitative indicators of emergency medical services.

Основной задачей реформирования сектора здравоохранения остается сокращение коечного фонда в пользу реструктуризации стационарного звена с развитием стационаро-замещающих технологий и снижение нагрузки на линейные бригады СМП [6].

Развитие службы врачей общей практики широко освещается в последние годы в специальной отечественной и зарубежной

литературе. Их развитие в ближайшие годы снизило заболеваемость с временной утратой трудоспособности, обращаемость на станции СМП, сократило уровень и сроки госпитализации, в конечном итоге снизило инвалидность и смертность населения [5, 15]. Анализ литературных данных указывает на скудность научного материала относительно взаимодействия работы врача СМП и семейных врачей, хотя взаимоотношение со стационаром освещены в большей степени.

#### **Цель исследования**

Улучшение преемственности работы врачей СМП и семейных врачей с учетом проводимых реформ в секторе здравоохранения.

#### **Материал и методы исследования**

Изучена доступная литература, архивные материалы, статистические данные станции ГКБ СМП и центров здоровья г. Душанбе.

#### **Результаты и их обсуждение**

Профессиональные взаимоотношения между врачом общей практики, врачами СМП и специалистами зависят от доступности специализированной помощи как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах. Существует четыре способа возможного описания доступа от первичной, включая обращение за СМП, к вторичной помощи: вариант исключительного контроля, (Дания, Италия, Нидерланды и Соединенное Королевство) - вариант, при котором доступ к вторичной помощи контролируется первичным звеном, но правом выдачи направлений обладает не только врач общей практики, 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 стационара, занимающихся госпитализацией (Германия). В четвертой модели не существует вообще никакого контроля.

Вне зависимости от существующих моделей организации работы врачей общей практики (ВОП, работающие в индивидуальном порядке, групповая врачебная практика) взаимоотношение с врачами СМП остается не определенным. Только в некоторых развитых странах (Англия) имеется относительно налаженный механизм взаимодействия между врачом СМП и семейными врачами [9].

Теоретически врачи общей практики должны обслуживать пациентов 24 часа, на практике же многие из них сейчас передают эту обязанность "замещающим службам", работающим в ночные часы или выходные дни, включая службу СМП, хотя во многих слу-

чаях даже при критических ситуациях пациенты обращаются сначала к семейному врачу [1].

Трудно оценить работу СМП без анализа деятельности первичного звена. По мнению Комарова Б.Д., в многогранной деятельности станций скорой медицинской помощи, как в зеркале, отражается эффективность работы врачей амбулаторно-поликлинической сети: организация приема больных в поликлинике и посещений на дому, уровень и качество диспансеризации, профилактической и санитарно-просветительской работ [7].

Наличие в структуре вызовов бригад СМП значительной доли внезапных заболеваний и непрофильных выездов (69,7%) отражает эффективность работы других медицинских служб (амбулаторно-поликлинического звена, диспансеров, ЛПУ различного профиля) [3].

На качество интеграционных работ врачей СМП и врачей общей практики (семейных) влияет отсутствие общих информационных систем. По этой причине из всех больных с нестабильной стенокардией, переданных СМП на дальнейшее обслуживание участковым врачом поликлиники, в первые сутки осматриваются лишь 28% больных, в течение месяца - 40% больных, 32% осмотрены в срок более одного месяца или же не осмотрены вообще [9].

В г. Кемерово в целях улучшения преемственности информация о пациентах с хроническими заболеваниями и другими неотложными состояниями передается в поликлинику по электронной почте. В результате внедрения этой оптимизационной технологии за 1,5 года работы число больных, осуществляющих вызовы более 10 раз, сократилось с 314 до 107, более 7 раз - с 596 до 115 [14].

По мнению Солодовника А.Г. и соавт. (2004), для улучшения преемственности между СМП и амбулаторно-поликлинической службой в организации помощи больным необходимы повышение квалификации врачей первичного звена, минимизация сроков посещения больных участковым врачом после вызова бригады СМП, алгоритмизация действий врача поликлиники у кровати именно таких больных [10].

Исследованием Ивановой А.А. (2008) установлено, что из общего числа больных, экстренно госпитализированных бригадами СМП, 18,5% находились в это время на активном (но недостаточном) лечении в поликлинике, а 7,3% пребывали на больничном листе. Так, из общего числа больных, госпитализированных бригадами СМП в период с 8 до 21 часа, с обострениями хронических за-

болеванний было 38,8% от всех больных, доставленных бригадами СМП в приемные отделения больниц. Больные с хроническими заболеваниями в стадии обострения госпитализируются бригадами СМП чаще (57,5%), чем больные с острыми заболеваниями (33,3%). При этом из числа хронических больных, госпитализированных по экстренным показаниям, 43,1% состояли на диспансерном учете в поликлинике по поводу заболевания, послужившего поводом для обращения за скорой помощью, что свидетельствует о низкой эффективности диспансерного наблюдения больных.

В структуре потребления медицинской помощи городским населением 45,7% занимает больничная помощь, 35,0% - амбулаторно-поликлиническая, 15,7% - скорая медицинская помощь и 3,7% - стационаро-замещающая [8].

Анкетирование, проведенное среди пациентов медико-социальных отделений, показало, что более трети респондентов (38,5 %) вообще в течение последних трех лет за скорой помощью не обращались [4].

В целях разгрузки службы СМП во многих развитых странах внедрены стационарозамещающие технологии при лечении различных заболеваний [16].

Пациенты, страдающие болезнями органов дыхания и получившие стационаро-замещающее лечение, составляют 26,4%. 18,8% больных, госпитализированных по поводу болезней мочеполовой системы, лечились в дневных стационарах. Среди больных гастро-энтерологического профиля стационарозамещающее лечение получили 16,5%, а среди госпитализированных пациентов с травмами и отравлениями 4,1% находились в дневных стационарах [4].

Представляет интерес стоимостная характеристика стационаро-замещающей помощи. Средняя стоимость 1 пациенто-дня в дневных стационарах составила в 2006 году 230,9 рубля. Но, если рассмотреть величину этого показателя в разных возрастных группах, то будут заметны довольно существенные отличия.

Так, в возрастной группе 0-17 лет средняя стоимость пациенто-дня составляет 68,9 руб., в группе 18-59 лет - 266,5 руб., 60-79 лет - 217,1 руб., 80 лет и старше - 121,8 руб. [4].

Развитие семейной медицины в Республике Таджикистан началось с Приказа Министерства здравоохранения "О поэтапном переходе к оказанию первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (се-

мейного врача) на период 1998-2000г.г." от 23.06.1998 г., №236.

В организации деятельности специалистов семейной медицины заложены ниже следующие принципы: деятельность учреждений, работающих по принципу семейного врача, регламентируется Приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан "Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины" №584 от 31.10.2005 г.

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

Объемы и виды оказываемых услуг, штатные нормативы специалистов семейной медицины, а также табель оснащения регламентированы в приказе 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" и приказе Министерства здравоохранения Республики Таджикистан "Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины" №584 от 31.10.2005 г.

Состав группы специалистов семейной медицины, а также их размещение будут зависеть от плана рационализации учреждений ПМСП. Целесообразно организовать группу в количестве не менее 2 семейных врачей и 4 семейных медсестёр на 3000 человек (согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Таджикистан "Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины" №584 от 31.10.2005 г.) на базе СЦЗ, РЦЗ и ГЦЗ.

МЗ Республики Таджикистан поддерживает модель исключительного контроля семейного врача по вопросам перенаправления больных из первичного звена в учреждения второго и третьего порядков.

На начальном этапе реализации вышеуказанной модели все еще существуют 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.

С целью проведения мониторинга оценки качества оказываемых услуг имеет большое значение использование ряда индикаторов, которыми являются: уровень возникновения неотложных состояний по мониторируемым (артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язва желудка и 12-ти перстной кишки, железодефицитная анемия, острые респираторные инфекции у детей, острые кишечные инфекции у детей) заболеваниями и динамика вызовов скорой медицинской помощи по мониторируемым заболеваниям [5].

Авторы предлагают нижеследующие модели взаимодействия врача СМП с семейными врачами: модель оказания экстренной первичной медицинской помощи без участия семейного врача; модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача; более реальной является моделью оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваниях (диспансерных больных) и смешенная модель - действия по ситуации.

Динамика развития сети дневных стационаров при учреждениях ПМСМП города Душанбе за последние 10 лет показывает, что, по сравнению с 2000 годом (86 коек), в 2010 году их количество достигло 151 коек или увеличилось на 43%. Также в 2,1 раза увеличилось количество пролеченных диспансерных больных на дневных койках. Количество обслуженных вызовов бригадами СМП из числа диспансерных больных на 1000 населения в 2000 году составлял 21,8 против 25,6 в 2010 году. Даже если учесть, что обеспеченность санитарным транспортом составляет 15%, количество обслуживаемых вызовов у диспансерных больных имеет динамику к росту, что показывает низкий уровень взаимодействия с бригадами СМП и развития стационарозамещающих технологий.

Социологический опрос, проведенный среди врачей СМП и семейных врачей, показывает, что только в 1,5-2% случаев вызова СМП обслуживаются совместно. Практически взаимодействие врачей СМП и семейных врачей не превышает 5%, что подтверждается Бекиной Г.В. (1991) [2]. Анкетный опрос и отчеты семейных врачей показывают, что вопросам интеграции с врачами СМП уделяется недостаточное внимание.

#### **Вывод.**

Для улучшения преемственности между службой СМП и семейными врачами в Республике Таджикистан целесообразно принятие некоторых нормативных актов, способствующих улучшению взаимоотношения этих служб, стимулирующих работу с диспансер-

ными больными, опощряющих стационарозамещающие технологии и повышающие роль информационных технологий.

В перспективе интеграция работы врача СМП с семейным врачом приведет к разгрузке высокозатратного коечного фонда и ресурсоемкой службы СМП, уменьшит косвенные и прямые экономические затраты, что в конечном итоге снизит инвалидность и летальность среди населения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ахмедов А., Мирзоева З.А. и др. Системы здравоохранения Великобритании // Материалы 3-ой научно-практической конференции. Душанбе. 1997. С. 14
2. Бекина Г.В. Исследование преемственности между станциями скорой медицинской помощи и поликлиниками в оказании терапевтической помощи на дому: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1991. - 25 с.
3. Иванова А.А. Роль организационных технологий в совершенствовании скорой медицинской помощи городскому населению Крайнего Севера: дисс. к.м.н. Хабаровск, 2008. С.59
4. Ларионов Ю.К. Влияние демографических и экономических факторов на совершенствовании организации медицинской помощи населению региона Российской Федерации: дисс.док.мед.наук. М., 2008. С. 163
5. Миралиев С.Р., Салимов Н.Ф., Садыкова Д.Н., Зарипов С.З., Джабарова Т.С., Сайфиддинов С.Р. Сборник нормативно-правовых и отчетно-учетных документов по семейной медицине. Душанбе, 2006. 12 с.
6. Митронин В.К. Об измерении уровня конкурентоспособности профессионала и медицинской организации // Экономика здравоохранения. М. 2002. № 9-10. С. 18.
7. Основы организации скорой медицинской помощи (догоспитальный этап) /Под ред.Б.Д. Комарова. М., 1979. С. 38 - 58.
8. Ситникова О. Ю. Особенности планирования медицинской помощи сельскому населению Московской области (на примере Ногинского муниципального района): дисс... к.м.н. Москва, 2007. 131 с.
9. Сквирская Г.П. Развитие общей врачебной (семейной) практики в России. Пути активизации и совершенствования ее деятельности (социально-гигиеническое исследование): автореф. дис. канд.мед.наук. М. 1999. 27 с.
10. Солодовник А.Г., Исаков Л.К. Анализ преемственности в работе городской станции СМП и участковой поликлинической служ-

- бы с больными нестабильной стенокардией // Медицина в Кузбассе. 2004. Спецвып. № 8. С. 36 - 38.
11. Статистические данные о деятельности станции СМП города Душанбе за 2000-2010 год.
  12. Статистические данные: форма 30, форма 12 центров здоровья города Душанбе за 2000-2010 год.
  13. Тицук Е. А., Щепин В.О. Актуальные вопросы управления здравоохранением. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 2003. №2. С. 28-30
  14. Шпилянский Э.М., Янец И.С., Куракина Е.И. Преемственность оказания медицинской помощи и современные формы передачи информации // Медицина в Кузбассе. 2004. Спецвып. № 8. С. 60 - 65
  15. Saltman R B , Fagenas Y. Реформы системы здравоохранения в Европе Анализ современных стратегий / Пер с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000. 432 с.
  16. Shan C. P. Day care surgery in Canada evolution policy and experience of provinces//Canad. Anaesth. Soc. J. 1980. Vol. 27, № 4. P. 399-405

*Мушинов Б.Г., Мирзоева З.А.*

**Ҳамкорӣ дар фаъолияти духтурони ёрии таъҷилии тиббӣ ва духтурони оилавӣ**

**Калимаҳои калидӣ:** Хизматрасони ёрии таъҷилии духтури оилавӣ.

Барои рушд бахшидан ба ҳамкориҳои духтурони ёрии таъҷилии ва духтурони оилавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон қабули баъзе ҳуҷҷатҳои меъёрӣ, аз қабилӣ муайян намудани сатҳи ҳамкориҳои тарафайн, ки ба рушди системаи иттилоотӣ, хизматрасониҳои тиббӣ ба беморони музмин ва технологияи ивазкунандаи беморхонаҳо оварда мерасонад, қобили дастгирӣ аст.

Дар оянда ин ҳамкорӣ бо кам намудани катҳои беморхонаҳо, каммасраф гаштани таъҷилӣ дар ҳамаи сатҳҳои хизматрасонидани тиббӣ, кам гаштани муроҷиат ба ёрии таъҷилии тиббӣ ва дар натиҷа ба кам гаштани маҷруҳӣ аз беморӣ ва ғавт оварда мерасонад.

*Muminov B.G., Mirzoyeva Z.A.*

**Status and prospects of integration of physicians ambulance (SMP) and family physicians in Tajikistan**

**Key words:** emergency medical services

Conclusion to improve continuity of service SMEs with family doctors in the Republic of Tajikistan worthwhile taking some regulations providing these services, relationships with stimulating dispensary patients and encourages patient-surrogate technologies and strengthen the role of information technology.

In the long term integration of physician SMP with a family doctor leads to unloading of high cost hospital bed and resource-intensive service SMEs, reducing indirect and direct economic costs ultimately reduce disability and mortality of the population.