

Утверждена  
постановлением Правительства  
Республики Таджикистан  
от 01/07/ 2011 года, №330

Программа  
развития семейной медицины в Республике Таджикистан  
на 2011- 2015 годы

## Содержание

Список сокращений.....	3
Словарь специальных терминов.....	4
Введение.....	5
1. Анализ ситуации.....	7
2. Цели и задачи Программы.....	12
3. Источники финансирования Программы.....	13
4. Нормативно-правовое обеспечение семейной медицины.....	13
5. Развитие организационных основ семейной медицины.....	14
6. Развитие системы профессиональной подготовки кадров семейной медицины.....	14
7. Нормативно-техническое обеспечение, строительство и размещение учреждений первичной медико-санитарной помощи новой формы.....	15
8. Информационное обеспечение и управление Программой.....	16
9. Научное обеспечение внедрения семейной медицины.....	16
10. Интеграция вертикальных программ с учреждениями ПМСП.....	17
11. Механизм реализации, управления и контроля за Реализацией Программы.....	17
12. Конечные результаты реализации Программы.....	18
13. Мониторинг и оценка.....	19
14. Заключительные положения.....	19
План реализации Программы развития семейной медицины в Республике Таджикистан на 2011- 2015 годы.....	21

## Список сокращений

ПЗ	Пункт здоровья
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	Синдром приобретённого иммунодефицита
ГБАО	Горно-Бадахшанская автономная область
МЗ РТ	Министерство здравоохранения Республики Таджикистан
ИАП РТ	Исполнительный аппарат Президента Республики Таджикистан
ТГМУ	Таджикский государственный медицинский университет
ИПДПКМР	Институт последипломного повышения квалификации медицинских работников
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
САП	Срочная акушерская помощь
РТ	Республика Таджикистан
БМ	Безопасное материнство
МиО	Мониторинг и оценка
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЦЗС	Центр здоровья села
ЦЗР	Центр здоровья района
ЦЗГ	Центр здоровья города
РУКЦСМ	Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины
ОУКОСМ	Областной учебно-клинический отдел семейной медицины
МУКОСМ	Межрайонный учебно-клинический отдел семейной медицины
ПОМ	Перечень основных медикаментов
СМО	Система мониторинга и оценки
ССУБ	Стратегия сокращения уровня бедности
РЗ	Репродуктивное здоровье
МО	Международные организации
НПО	Неправительственные организации
РС	Регулирование семьи
ФЗОЖ	Формирование здорового образа жизни
ПРТ	Правительство Республики Таджикистан
США	Соединённые Штаты Америки
ЦРБ	Центральная районная больница
ГБ	Городская больница
СНГ	Содружество Независимых Государств
ЦАР	Центрально-азиатские республики

Словарь специальных терминов (гlossарий)

Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, без болезни и физических недостатков.

Джамоат - административное деление, состоящее из сёл.

Общественное здравоохранение – это наука и искусство профилактики болезней, продолжение жизни и обеспечение здоровья с помощью организованных усилий общества.

Первичная медико-санитарная помощь- уровень медицинского обслуживания, в котором происходит первый контакт здоровых и больных граждан с врачами, являющийся многосторонней фундаментальной структурой медицинского обслуживания (профилактика заболеваний, диагностика, лечение и восстановление здоровья), обеспечивающий непрерывный процесс охраны здоровья населения.

Семейная медицина- направление первичной медико-санитарной помощи по оказанию многоотраслевой первостепенной помощи населению специалистами семейной медицины в неотложных ситуациях с целью профилактики и лечения заболеваний;

Специалисты семейной медицины - семейный врач и семейная медсестра;

Семейный врач – специалист с высшим профессиональным медицинским образованием или переобученный по специальности семейной медицины и имеющий заверяющий документ (диплом и сертификат);

Семейная медсестра- специалист со средним медицинским образованием или переобученная по специальности семейная медсестра и имеющая заверяющий документ (диплом и сертификат).

Подушевое финансирование - формирование бюджета на подушевой основе по установленной подушевой норме.

Профилактика болезней – мероприятия, направленные не только на предупреждение заболеваний, таких как иммунизация, борьба с переносчиками болезней или компания по борьбе с курением, но и после установления факта заболевания для сдерживания его развития и уменьшения его последствий.

Защита здоровья – это процесс, позволяющий людям повысить контроль над своим здоровьем, а также улучшить его.

Факторы риска – факторы внешней и внутренней среды организма, поведенческие особенности, способствующие увеличению вероятности развития заболеваний, их прогрессированию и неблагоприятному исходу.

Формирование здорового образа жизни – комплекс проблем, требующих всестороннего подхода, а также внимания медицинских работников, педагогов, психологов к исследованию здорового образа жизни населения зависящих от специфики социального окружения человека, его трудовой, социальной и профилактической активности.

## Введение

Одним из основных приоритетов реформы сферы здравоохранения Республики Таджикистан, вытекающий из Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 года является качественное развитие первичной медико-санитарной помощи, основанной на семейную медицину.

С точки зрения Всемирной организации здравоохранения ПМСП является одним из основных и ведущих средств достижения стратегии здоровья общества. Так как ПМСП выполняет основную задачу здравоохранения, составляет ее центральное звено и является неотъемлемой частью всех процессов социально-экономического развития общества. От состояния ПМСП зависит эффективность и качество деятельности всех отраслей здравоохранения, сохранение трудового потенциала государства, также социальных проблем на уровне семьи и экономически незащищенных групп: женщин, детей, инвалидов и престарелых.

В результате экономических и социальных преобразований, происходящих в стране, амбулаторно-клиническая система здравоохранения не имеет возможности оказать доступную и квалифицированную медицинскую помощь населению на высоком уровне, и на этом уровне начинается и заканчивается диагностика и лечение 80 процентов населения.

В до-больничном этапе участковый врач не является координатором лечебно-профилактической деятельности и не может постоянно контролировать больного и членов его семьи и почти не отвечает объёму и качеству своей оказанной помощи.

Координация при осмотре больного по возрастным и половым показателям во время хронических заболеваний стало трудным: связь между детскими врачами – взрослыми врачами – терапевтами – акушерами – гинекологами не всегда соответствует желаемому.

С реформой системы здравоохранения настало время неминуемого перехода на малорасходную систему организации амбулаторно-клинической помощи. Социальный заказ для внедрения общемедицинского опыта – лечебно-профилактической системы населения, формировалась на основе принципов семейной медицины, основу которой составляет семейный врач и семейная медсестра.

Особенно важным является внедрение семейной медицины в селе, доступность профессиональной медицинской помощи которой ниже, чем в городе. Как показывает опыт пилотных районов Варзоба, Дангары, Турсунзаде, Шахринава и других районов, переход на создание первичной медицинской помощи с принципами семейного врача, качественной услуги, доступности и малорасходной медицинской помощи, эффективное использование ресурсов и преобразование отношений приводят к профилактике заболеваний и улучшению здоровья. Развитие ПМСП на основе внедрения семейной медицины в ближайшее годы даёт возможность: сократить заболеваемость с временной нетрудоспособностью с учётом дней, первой инвалидностью трудящихся, обращений в станцию скорой помощи;

сокращения уровня и срока госпитализации; сокращения уровня перинатальной и младенческой смертности. Предполагается, что экономическая эффективность в отдельных регионах в случае создания амбулаторий и кабинетов семейных врачей будет способствовать меньшим расходам при обращении к специалистам ограниченной сферы, оплаты средств за вызов скорой помощи больничного лечения, также государственной социальной страховании при оплате средств при временной нетрудоспособности.

## 1. Анализ ситуации

Таджикистан является горной страной. Горы составляют 93 процента его территории. Более половины территории Таджикистана располагается на высоте более 3000 м над уровнем моря.

Пересеченная горная местность, климатические условия и проблемы дорожной инфраструктуры представляют собой особую трудность при планировании структуры здравоохранения в стране и подчеркивают важность времени доступа населения к медицинским услугам, как одного из ключевых параметров планирования.

73,6 процента населения Таджикистана живет в сельской местности. Доля сельского населения имеет тенденцию к увеличению.

В системе государственного управления в Таджикистане существует четыре уровня управления: центральный, областной, районный и сельский.

В настоящее время в результате многочисленных изменений административно-территориального деления существует пять административно-территориальных единиц: Хатлонская область (областной центр - город Курган-Тюбе), Согдийская область (областной центр - город Худжанд) и Горно-Бадахшанская автономная область (областной центр - город Хорог), город Душанбе и районы республиканского подчинения.

Наличие относительно большого количества бедных семей в Таджикистане, подверженных риску заболеваний и имеющих финансовые проблемы доступа к медицинским услугам, также осложняет проблемы географического доступа.

В то время как показатели младенческой и детской смертности, а также другие показатели бедности и социальные показатели улучшились за последние десять лет, программы социальной защиты по-прежнему остаются ограниченными из-за недостаточного государственного финансирования и роста населения.

В 1990 году Таджикистан был одной из стран с наиболее высоким уровнем рождаемости (38,4 на 1000 населения в 1990г.) и естественным приростом населения (32,2 на 1000 населения в 1990г.). Несмотря на некоторое снижение уровня рождаемости (26,8 на 1000 населения в 2009г.) и естественного прироста населения (22,5 на 1000 населения в 2009г.) темпы роста населения остаются на высоком уровне по сравнению с другими странами СНГ. Таджикистан является страной с самым молодым населением. Согласно последним официальным статистическим данным 44,9 процента населения составляют дети и подростки в возрасте до 15 лет, 22,4 процента из которых составляют дети до 5 лет. Трудоспособное население составляет около 60 процентов, а 3,8 процента приходится на население старше 65 лет.

В целом, дети до 5 лет и люди старше 65 лет больше нуждаются в медицинских услугах на уровне ПМСП и семейной медицины.

Согласно доступным статистическим данным, ожидаемая продолжительность жизни в Таджикистане составляет 72 года (2008 год), что ниже по сравнению с средними показателями Европейского Региона (75,7 лет

в 2006 году), но выше средних показателей стран СНГ (67,9 лет в 2006 году) и ЦАР (69,1 года в 2006 году).

Здоровье матери и ребенка является приоритетным направлением деятельности системы здравоохранения. Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению, по данным официальной статистики, младенческая смертность (1990г.-40,9 и в 2009г.-17,7 на 1000 живорожденных) и материнская смертность (1990г.-97,7 и в 2009г.45,7 на 100 000 живорожденных) в Республике Таджикистан остаются главной проблемой системы здравоохранения.

Анализ структуры младенческой и материнской смертности показывает, что перинатальные заболевания являются одним из основных факторов высокой материнской и неонатальной смертности. Ограниченный доступ к качественным антенатальным и интранатальным услугам, отсутствие соответствующей системы своевременного направления и оказания неотложной акушерской помощи, значительная доля родов в домашних условиях, недостаточное питание во время беременности, высокий уровень преждевременных родов (до 15 процентов), дефицит железа и питательных микроэлементов, низкая информированность семей и общин о правильном уходе за новорожденными, высокий уровень бедности - рассматриваются в качестве основных причин высоких показателей перинатальной заболеваемости и смертности .

Высокие уровни заболеваемости и смертности детей до 5 лет обусловлены преимущественно недостаточным питанием детей и дефицитом питательных микроэлементов, низким качеством питьевой воды, которая становится основной причиной желудочно-кишечных заболеваний, составляющих 7 процентов бремени болезней в Таджикистане, а также недостаточными знаниями и навыками родителей по уходу за ребенком.

Услуги ПМСП предоставляются районными или городскими центрами здоровья, а также сельскими центрами здоровья и домами здоровья. В некоторых из этих учреждений предоставляются стоматологические услуги. С развитием семейной медицины были созданы 15 учебно-клинических центров семейной медицины. В ряде городских, районных и сельских центрах здоровья организовано медицинское обслуживание населения по принципу семейной медицины.

Специализированные амбулаторные услуги оказываются специалистами сельского, районного или городского центра здоровья, также специализированными туберкулезными центрами, наркологическими и эндокринологическими центрами, центрами репродуктивного здоровья, иммунизации, тропических болезней.

Специализированные центры в рамках Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020гг. в будущем объединятся с ПМСП.

В республике услуги поставщиков финансируются из республиканского и местного бюджетов, то есть финансирование на основании расходов. Сумма государственных средств, выделяемых

медучреждениям, обусловлена количеством коек, штатных единиц и реальных хозяйственных (коммунальных) расходов. Ухудшение экономической ситуации во время переходного периода привело к сокращению государственного финансирования здравоохранения, и в настоящее время составляет 20 процентов от общих расходов на медицинские услуги, другая часть финансирования покрывается за счет доноров и населения.

В Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы подчеркивается необходимость переориентации предоставления медицинских услуг на потребность населения посредством финансирования поставщиков на основе результатов.

В результате государство начало реализацию реформ по финансированию здравоохранения и запланировало внедрение системы финансирования на основе пролеченного случая в госпитальном секторе и подушевого финансирования в секторе ПМСП.

Во всех городах и районах республики созданы отделы / секторы здравоохранения, обеспечивающие интеграцию деятельности учреждений ПМСП и госпитальных структур.

Необходимость проведения реформы в республике, также реформа сферы здравоохранения, был обнародован Президентом Республики Таджикистан Эмомали Рахмоном в 1994 году. На основе этого была разработана и утверждена Государственная программа экономического преобразования, для экономически- рыночного формирования которой был подготовлен настоящий документ.

Со дня независимости, Республика Таджикистан получает весомую поддержку со стороны неправительственных организаций. Но, эти поддержки являются как помощь в чрезвычайном периоде, связанный с требованиями гражданской войны и её последствиями. Служба первичной медико- санитарной помощи должна быть усилена путём реорганизации и пересмотра её задач, перераспределения ресурсов здравоохранения, внедрения семейной медицины, обучения специалистов, улучшения внутренней структуры и качества медицинских услуг, обеспечение медикаментами и препаратами медицинского назначения. Первичная медико-санитарная помощь должна быть доступна людям, направленная на сохранение здоровья и профилактики заболеваний.

Одним из приоритетных направлений реформы является реформа структуры ПМСП, где основную роль играет семейный врач. Эти высказывания приведены в «Концепции реформы сферы здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Республики Таджикистан от 4 марта 2002 года №94. Министерство здравоохранения начала выполнение данной политики, направленная на развитие ПМСП, в частности семейной медицины. Следовательно, в республике начали подготавливать специалистов семейной медицины (врачи семейной медицины и семейные медсестры). Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2002 года №525 утверждены структуры учреждений ПМСП.

Как показывает мировой опыт, семейный врач в свою очередь стал источником обновлений структур в сфере медицинских услуг и в целом в сфере здравоохранения. Переход на создание первичной медицинской помощи, на принцип малорасходуемой семейной медицины, на оказание качественной, доступной и малорасходуемой услуги, доступная и малорасходуемая медицинская помощь, рациональное использование ресурсов, которое изменяет мнения о профилактике заболеваемости и улучшении здоровья, всё это может взять на себя семейный врач. Семейный врач, как отметила Всемирная организация здравоохранения по всем этим направлениям может служить как всесторонний, доступный, интегрированный (лечение и восстановление, улучшение здоровья и профилактика болезней), также является не только координатором общества, но и семьи.

Следует отметить, что во многих странах Европы семейный врач имеет высокий статус, и их финансирование находится на высоком уровне. В Германии и Австрии доход семейного врача в 5 раз превышает подушевой национальный доход. В Италии и Швеции семейные врачи полностью перешли на подушевое финансирование. В этих странах объём работы семейного врача в основном составляют общая медицинская помощь женщинам, детям и престарелым. Они взяли на себя 24 часовое оказание услуг и занимаются незначительными операциями, восстановлением здоровья больных, регулированием семьи, скорой акушерской, перинатальной и антенатальной помощью и первичной медицинской помощью, которые позитивно принимаются населением и всё население зарегистрировано у этих врачей.

В Российской Федерации семейная медицина одобрена с древних времён и в последние годы для внедрения этого вида медицинских услуг уделено специальное внимание и в целом там десятки тысяч семейных врачей были переобучены. Города Самара и Санкт-Петербург полностью перешли на этот вид услуг. Финансирование семейных врачей в России также основано на принципе подушевого финансирования и обязательного медицинского страхования.

В настоящее время, общее количество врачей и средних медицинских работников в республике составляет 14459 и 32631 соответственно. Количество врачей на 10000 населения составляет 19,4 и для средних медицинских работников 43,7. Эти показатели в государствах Центральной Азии в среднем составляют 28,2 и 75,5. Это количество врачей и медсестёр меньше чем показатели Европейского Региона Всемирной организации здравоохранения (33,9 и 72,7) и в СНГ (37,7 и 79,4). Но, несмотря на общую нехватку медицинских работников, во многих географических регионах и на уровне той или другой специальности, наблюдается избыточное предложение врачей в связи с несоответствием в распределении кадровых ресурсов в областях и специальностях: Например, самый высокий показатель соответствия врачей населению - 729 врачей на 100000 население составляет в г. Душанбе, которая в два раза превышает средний

республиканский показатель, составляющий 194 врачей на 100000 население. Подобно этому, наблюдается большой спрос на акушеров и врачей по женским заболеваниям и нехватка врачей семейной медицины во всех регионах республики. Также выявлен потребность на другие специальности. Ещё несомненно существует потребность на хороших обученных специалистов сельского здравоохранения и на менеджеров по здравоохранению на уровне оказания медицинской помощи общественного управления сферы здравоохранения. Общая национальная цель: показатель соотношения врачей и медсестер в секторе здравоохранения составляет 1:2; реальный показатель составляет 1:2,3, что говорит о том, что количество медицинских сестер необходимо увеличить более чем в 2 раза.

Соотношение семейных врачей к населению должно составлять 1 семейный врач в среднем на 1200 – 1500 человек и 1 семейная медсестра на 600-750 человек.

Этой целью предусматривает то, что соотношение семейных врачей и семейных медсестер должно составлять приблизительно 1 к 2, общее необходимое количество семейных врачей составляет 4970 – 6210 семейных врачей и 9935 – 12420 семейных медсестер, из которых до настоящего времени 2265 семейных врачей и 2699 семейных медсестер уже прошли переподготовку и каждый год подготавливаются в ТГМУ, ИПДПКМР, Республиканском медицинском колледже, РУКЦСМ, 3 ОУКОСМ и 10 МУКОСМ более чем 500 врачей и 800 семейных медсестер.

Практика и переподготовка семейных врачей показывает, что они могут всесторонне помогать и заботиться о семье и способствуют решению социальных задач. Для совершенствования развития семейной медицины в республике необходимо решить несколько вопросов, которые будут научно доказаны – это вопросы финансирования сферы ПМСП, обеспечение техническими материалами, создание работ на местах, совершенствование нормативно-правовых и отчетных документов, поиск и подготовка методологических основ, способствующих изучению медико-социальных основ семьи, преобразованию мнений людей относительно новых видов медицинских услуг.

Развитие семейной медицины в Республике Таджикистан был начат приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 23 июня 1998 №236 «О поэтапном переходе организации медицинских услуг с принципами врача общемедицинской практики (семейный врач) на 1998-2000 годы» и затем с целью развития семейной медицины республики приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 12 января 2006 №13 «О развитии семейной медицины».

В рамках совершенствования нормативно-правовой базы деятельность специалистов сферы ПМСП устанавливает характеристика и устав семейного врача и семейных медсестер, перечень оборудования учреждений ПМСП, на свободный выбор семьи своего семейного врача, который обеспечивает оказание медицинских услуг на местах и присвоение категории семейного врача специальной многоотраслевой подготовки по оказанию первичной

медико-санитарной помощи членам семьи независимо от пола, возраста и вида заболеваемости, пересмотрен и утвержден приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 31 октября 2005 №584.

С целью установления правовых основ и обязательств при оказании первичной медико-санитарной помощи населению согласно принципам семейной медицины 29 декабря 2010 года, №676 был принят Закон Республики Таджикистан «О семейной медицине».

Несмотря на ряд проблем по внедрению практики семейной медицины в отношении неукомплектованной инфраструктуры учреждений ПМСП, наблюдается недостаточность ресурсов и уровня профессиональных специалистов, подготовки неполных правовых и материальных баз и информационной поддержки, также механизм сотрудничества семейных врачей с другими службами здравоохранения.

Настоящая Программа является пятилетним планом (2011-2015) по внедрению семейной медицины в систему здравоохранения Республики Таджикистан, новой стратегической политикой с учетом совершенных мер по внедрению в направлении медицинских услуг уровня ПМСП способом семейной медицины, обеспечения доступности населения к медицинским услугам, профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни, широкому применению диагностики и лечения больных на уровне ПМСП, улучшению уровня и качества кадровых ресурсов, управлению учреждениями первичной медико-санитарной помощи, инвестиционным бюджетом и повседневным расходом на основе международных норм.

## 2. Цели и задачи программы

Целью Программы является обеспечение устойчивого развития первичной медико-санитарной помощи согласно принципам семейной медицины и доступности населения к медицинским услугам.

Для достижения целей Программы определены следующие задачи:

- совершенствование нормативно-правовой, материально-технической и организационно-методической базы для ускорения реализации, реформы первичной ступени здравоохранения, формирования семейной медицины;
- развитие общей системы профессиональной подготовки, переподготовки, периодическое повышение квалификации кадров семейной медицины;
- создание и утверждение информационной обеспеченности внедрения семейной медицины;
- способствование к интеграции вертикальных программ с ПМСП;
- осуществление механизмов использования способностей семейного врача и средних медицинских работников, повышении доступности, эффективности и качества медицинской помощи;
- обеспечение уровня здоровья населения;

- внедрение передовых видов и средств организации ПМСП на базе семейной медицины, координация с квалификационными видами медицинской помощи, помощь дома, скорая и неотложная помощь с учетом местных социальных инфраструктур, вида расположения и другими местными особенностями Республики Таджикистан;

- развитие инновационной науки и технологии в направлении семейной медицины.

### 3. Источники финансирования Программы

Программы финансируется из следующих источников:

- государственного бюджета;
- средств, предусмотренных для финансирования государственных программ в области здравоохранения и социальной отрасли;
- средств, получаемых учреждениями здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Таджикистан от платных медико-санитарных услуг;
- безвозмездной и благотворительной помощи от физических и юридических лиц;
- других источников, не запрещенных законодательством Республики Таджикистан.

### 4. Нормативно-правовое обеспечение семейной медицины

Совершенствование правовых основ организации ПМСП по принципам семейной медицины предусматривает упорядоченного отношения в разработке предложений для решения первостепенных проблем и ее нормативно-правового обеспечения. Комплексная нормативно-правовая подготовка, методические и заказные документы упорядочивает деятельность сетей амбулаторных и клинических организаций с учётом изменения социально-экономических условий и Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан.

Наряду с осуществлением государственных гарантий относительно прав граждан для получения и предоставления доступной помощи со стороны учреждений ПМСП в рамках семейной медицины наряду с существующей платной медицинской услугой. Также необходимо нормативно определить позицию семейной медицины в сфере здравоохранения и основ взаимных отношений с другими структурами и службами социальной защиты, страхования; права и обязательства субъектов семейной медицины; правовой социальный статус и социальные гарантии всех субъектов семейной медицины; участие санитарно-эпидемиологических служб и других структур в решении проблем гигиены, оздоровлении окружающей среды и борьбы с инфекционными и не инфекционными заболеваниями общества в рамках семейной медицины.

Предусматривается разработка документов организационной структуры семейной медицины, ее форм (групповой и в отдельности, независимый и действующий в амбулаторных учреждениях сёл и городов разной формы), также объем и вид предоставляемой помощи населению, совместно с профилактическими работами, осуществлением диспансеризации и другие.

Требуется разработка стандартов качества оказания ПМСП и в рамках семейной медицины и по порядку приведения их в действие; подготовка условий для повышения квалификации медицинских работников и социальных работников семейной медицины; условие и порядок сертификации и отдельного лицензирования и групп семейной медицины.

## 5. Развитие организационных основ семейной медицины

С учётом плана семейной медицины полное использование ресурсов, улучшение оказания медицинских услуг населению и реализация концепции по настоящей Программе, реформа сферы здравоохранения Республики Таджикистан с целью совершенствования обеспечения организационно-технологических систем всей семейной медицины, а также других государственных лечебно-профилактических организаций, предусмотрение комплексных мер с использованием имеющего опыта в Республике Таджикистан и международных программ по внедрению семейной медицины, в том числе:

- обоснование медико-организационных основ, преобразование вне больничной помощи с опорой на развивающиеся модели с учётом реконструкции больничной помощи;
- разработка методов комплексного анализа структур, оказывающих населению и обеспечение ресурсов структуры здравоохранения на местах;
- разработка и утверждение систем обеспечения качества и выгоды ПМСП на базовых возможностях;
- разработка проекта систем ПМСП с учётом поэтапного перехода к семейной медицине и преобразованию структуры больничной помощи.

## 6. Развитие системы профессиональной подготовки кадров семейной медицины

Комплекс мер по совершенствованию технологии подготовки преподавателей и специалистов в сфере семейной медицины (врачи и медсестры) и повышение их квалификации, расширение профессиональной сферы деятельности и возможностей предоставляемой медицинской услуги.

Также, разработка психолого-педагогических основ, изучения семьи как объекта семейной медицины; формирование профессиональной системы подготовки врачей, средних медицинских работников, социальных служб и их использование в практике семейной медицины и реализация следующих мер:

- развитие основ и способов профессиональной подготовки и квалификации кадров с учётом требований первичной медико-санитарной помощи для совершенствования обучающих программ, внедрение современных технологий;
- разработка методических отношений и систем подготовки преподавательского состава семейной медицины и их реализация на практике;
- разработка и формирование систем по профессиональной подготовке средних медицинских работников (в том числе с высшим образованием) на практике семейной медицины;
- разработка стандартных систем обучения для подготовки специалистов до и после получения диплома в сфере семейной медицины;
- совершенствование обучающих и методических материалов по практике семейной медицины, процесс обучения и использование практической деятельности;
- разработка и утверждение аттестационных, сертификационных и лицензионных систем (программы, действия и тд.) врачей и медсестер семейной медицины;
- разработка организационных форм по созданию обучающих и научно-практических центров по семейной медицины;
- разработка стратегии последовательной медицинской информированности.

Данные мероприятия могут и должны определить направления решения вопросов управления местной исполнительных органов государственной власти Республики Таджикистан по формированию кадровой политики, совместно с использованием социальных работников в практике семейной медицины, внедрение новшество при проведении аттестации семейной медицины.

7. Нормативно-техническое обеспечение, строительство и размещение учреждений первичной медико-санитарной помощи новой формы

Для сокращения расходов при переходе на первичную медико-санитарную помощь по принципу семейной медицины настоящая Программа предусматривает использование всего потенциала амбулаторно- клинических учреждений и только в необходимых случаях предусматривает возможность организации новых потенциалов. Наряду с этим, внедрение семейной медицины, изменение технолого-медицинских процессов и расширение роли существующих учреждений первичной медико-санитарной помощи, развитие материально-технической базы первого уровня здравоохранения за счет переоборудования, изменения плановой структуры, реконструкции действующих учреждений, строительство новых зданий, в том числе офисов (кабинетов, клиник) требует семейную медицину. По этой причине необходимо для развития разработать нормативно-техническую базу,

проектно-конструкторскую документацию, клинические кабинеты, амбулатории семейной медицины согласно современным требованиям.

Программа на основе проведения научных и научно-проектных работ по предусмотрению создания проектных материалов современных, новых и реконструированных клиник, также по проектированию медицинских офисов для работы семейной медицины с учетом градостроительного состояния, также разработок основных плановых частей медицинских офисов и современных клиник.

## 8. Информационное обеспечение и управление Программой

Предусмотреть создание системы информационного обеспечения населения и медицинских работников по проблемам семейной медицины, организационно-методических и медицинских новшеств и ее социальная инновация (с использованием электронных средств массовой информации и других средств).

Планирование разработки методических способов и требований обеспечения по внедрению информации семейной медицины.

Планирование организации одного основного экспериментального предела по разработке и использованию на уровне современной технологической информации, введение телекоммуникационной связи между семейными врачами и клиническими центрами и другими учреждениями здравоохранения по консультации больных и повышении профессиональных знаний семейной медицины.

## 9. Научные обеспечения внедрения семейной медицины

Формирование основ по решению проблем внедрения семейной медицины в научно-методическую, практическую форму, проведение научных опытов, в том числе:

- разработка методических материалов для врачей и медсестер семейной медицины по осуществлению профессиональной деятельности, связанных с видом, этапами развития и особенностью семей, которым предоставляются услуги;
- разработка системы мониторинга над формированием семейной медицины в Республике Таджикистан;
- ее утверждение на региональном уровне для сопровождения осуществления реформы в первичных секторах здравоохранения;
- создание плана системы преобразования структуры медицинских услуг по характерным особенностям населения;
- разработка и утверждение научных способов и систем оценки (по всем показателям) медицинской социально-экономической эффективности перехода амбулаторно-клинического пункта в сфере здравоохранения на способ семейной медицины;
- разработка методических материалов по предоставлению гарантий со стороны государства населению;

- совершенствование способов учета стоимости медицинских услуг в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и больницах в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

В процессе научной реализации Программы будет продолжено изучение практики внедрения научно-обоснованных разработок для формирования семейной медицины в регионах путем проведения научно-практических конференции, распространения методических способов, утверждённых прогнозов, также по средствам просвещения в изданиях, посвященных этой теме по формированию семейной медицины.

#### 10. Интеграция вертикальных программ с учреждениями ПМСП

Согласно Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2010 годы (2.08.2010, №368) и Стратегическому плану рационализации медицинских учреждений на период 2011-2020гг действуют вертикальные программы специализированных центров (борьба против туберкулез, ВИЧ/ СПИД, вакцинация, репродуктивное здоровье, формирование здорового образа жизни) в городах и районах интегрированных с учреждениями ПМСП, вышеназванные центры действуют только в городе Душанбе, ГБАО и в Хатлонской и Согдийской областях, как городские областные центры по проведению консультативных и методических работ, мониторинга и оценки хода реализации вертикальных программ.

С целью интеграции вертикальных программ с учреждениями ПМСП предусматривается реализация следующих мер:

- разработка клинических протоколов по диагностике и лечению больных, имеющих социальные особенности;
- переобучение специалистов ПМСП (семейной медицины) по реализации вертикальных программ;
- переобучение специалистов специализированных центров по принципам медицинских услуг, основанных на семейной медицине;
- обеспечение учреждений ПМСП (лаборатории и экспертизы) с рабочим оборудованием и расходными материалами.

#### 11. Механизм реализации, управления и контроля за реализацией Программ

Программа развития семейной медицины в Республике Таджикистан на 2011-2015 годы будет реализована в пределах Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы.

Для осуществления настоящей Программы по каждой части плана определяются конкретные мероприятия со сроком выполнения и ответственными программными исполнителями.

Основные направления Программы определяются и контролируется ежегодно с учетом ее осуществления и эффективного использования средств.

Управление и контроль осуществления Программы реализуется Министерством здравоохранения, Координационным советом семейной медицины, Республиканским центром клинического обучения семейной медицины, управлением здравоохранения города Душанбе, управлениями здравоохранения ГБАО, Хатлонской и Согдийской областей и отделов здравоохранения исполнительных органов государственной власти городов и районов республиканского подчинения.

Выполнение мероприятий Программы будет осуществлена руководством со стороны рабочей группы созданного в Министерстве здравоохранения, из числа руководителей своих структур и местных управлений здравоохранений, научных организаций и учреждений здравоохранений, профессиональных ассоциаций, которые являются исполнителями мероприятий Программы.

## 12. Конечные результаты реализации Программы

Своевременная реализация мероприятий, предусмотренных Программой дает возможность для достижения следующих результатов:

- укрепление системы государственных мер, способствующих развитию экономной медико-санитарной помощи;
- внедрение выгодной системы подготовки и повышения квалификации специалистов в направлении семейной медицины, имеющих навык и знание к близким специальностям и способностям расширить объем и вид медицинских услуг для деятельности в учреждениях ПМСП новой формы;
- проведение преобразований структур ПМСП и усиление ее путем развития семейной медицины;
- интеграция вертикальных программ в городах и районах с учреждениями ПМСП;
- обеспечение направлений рациональных ресурсов учреждений ПМСП, рациональное использование кадровых и финансовых ресурсов
- перераспределение объема медицинской помощи из стационара в амбулаторную помощь, повышение использования экономной стационарной помощи заменяющий и предотвращающий виды личных расходов (стационарный и скорый) медицинской помощи;
- удовлетворение потребности людей к доступной и неотлагаемой медико-санитарной помощи, повышение ее эффективности и качества (диагностика, лечение и восстановительные меры) во время до и после госпитализации;
- создание надежной базы для улучшения показателей состояния здоровья населения, сокращение заболеваемости с временной нетрудоспособностью, первой инвалидностью работников, обращением в станции скорой медицинской помощи и сокращением уровня госпитализации и продолжительностью ее этапа;
- повышение санитарно-гигиенического уровня населения.

### 13. Мониторинг и оценка

Система мониторинга и оценки Программы дает возможность объективно оценить, каких в настоящее время результатов достигла семейная медицина, как изменяется доступность населения к медицинским услугам и состоянию здоровья населения, для улучшения в отношении каких сфер деятельности должно больше уделять внимание и последующее развитие семейной медицины и какие работы будут выполнены.

С целью обеспечения эффективной реализации и успешного выполнения поставленных задач и мероприятий, осуществляется регулярный мониторинг и оценка. Для обеспечения такого вида деятельности при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан будет создан Межотраслевой координационный совет в которой будут включены представители соответствующих министерств и ведомств, неправительственных организаций, профессиональных ассоциаций и коллег по развитию, Министерства здравоохранения Республики Таджикистан играет основную роль для сосредоточения помощи и деятельности Совета.

Контроль и оценка будет проводится на основании утвержденных показателей. Мониторинг и оценка Программы осуществляется постоянно, по форме годового отчета. Промежуточная оценка будет проводится в 2013 году и окончательная оценка в 2015 году.

Отчет о мониторинге оценки достижений в пределах ее осуществления, достижения и предложений по совершенствованию процесса будет обсуждена в заседании консультационного состава Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

### 14. Заключительные положения

- Настоящая Программа является первоначальным документом для программного и целевого планирования развития семейной медицины в Республике Таджикистан на последующие 5 лет.
- Программа подготовлена под руководством Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, с отражением мероприятий относительно основных исполнителей (министерства и ведомства, республиканские организации и подчиненные региональные организации), ресурсов и источников финансирования, срока выполнения и контрольных показателей.
- срок осуществление Программы 5 лет.
- Решается потребность к технической помощи и финансовой поддержке международных партнеров по развитию в рамках отраслевой координации международных сотрудничеств в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.
- Программа подготовлена в рамках реализации Закона Республики Таджикистан «О семейной медицине» (29.12.2010, №676) и Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы (02.08.2010, №368).

План  
реализации Программы развития семейной медицины в Республике Таджикистан на 2011- 2015 годы

Приоритетные направления	Задачи	Срок выполнения	Ответственные	Показатели и срок достижения/ожидаемые результаты
1	2	3	4	5
1. Укрепление нормативно-правовой базы	1) Разработка рабочих норм специалистов семейной медицины и специалистов специализированных услуг на уровне ПМСП	2011-2013 годы	Министерство здравоохранения совместно с другими соответствующими министерствами и ведомствами и коллегами по развитию	Подготовлены и изучены рабочие нормы специалистов семейной медицины и специалистов специализированных услуг на уровне ПМСП
	2) При пересмотре законодательства в области охраны здоровья населения определить льготы для специалистов семейной медицины	2013-2015 годы	Министерство здравоохранения РУКЦСМ	При пересмотре законодательства в области охраны здоровья населения льготы для специалистов семейной медицины определены
	3) Разработка диагностических и лечебных стандартов	2011-2015 годы	Минздрав, РУКЦСМ, ТГМУ, ИПДПКМР	Подготовлены диагностические и лечебные стандарты для более 50 % больных, которые управляются на уровне ПМСП

1	2	3	4	5
	4) Широкое использование клинических инструкций, протоколов диагностики и лечения на практике			Широкое использование клинических инструкций, протоколов диагностики и лечения на практике (в 2009 году-30%; в 2015 году- 60%)
2. Развитие общей системы профессиональной подготовки и переподготовки, периодически (непрерывно) повышать квалификацию кадров семейной медицины	1) Совершенствование учебных программ на уровне до дипломного и последипломного образования для специалистов семейной медицины	2011-2013 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, ТГМУ, ИПДПКМР с привлечением коллег по развитию	Совершенствованы учебные программы на уровне до дипломного и последипломного образования для специалистов семейной медицины
	2) Разработка Стратегии развития непрерывного медицинского обучения специалистов семейной медицины в Республике Таджикистан	2011-2012 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, ТГМУ, ИПДПКМР с привлечением коллег по развитию	Разработана и принята Стратегия развития непрерывного медицинского обучения специалистов семейной медицины в Республике Таджикистан
	3) Обучение и переобучение специалистов семейной медицины	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, ТГМУ, ИПДПКМР	Соотношение специалистов семейной медицины- на 1 семейного врача 2000 человек и на 1 семейную медсестру 1000 человек

1	2	3	4	5
	4) Ремонт и оснащение учреждений ПМСП	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения совместно с привлечением коллег по развитию	Ремонтированы и оснащены необходимыми оборудованием и инструментами более 30% учреждений ПМСП, в которых предоставляются медицинские услуги семейной медицины
3. Создание и утверждение информационного обеспечения внедрения семейной медицины	1) Мониторинг и оценка хода внедрения и деятельности специалистов семейной медицины	2013 и 2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ	Проведён мониторинг и оценка хода внедрения и деятельности специалистов семейной медицины
	2) Создание Межотраслевого координационного совета семейной медицины	2011 год	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ	Создан Межотраслевой координационный совет семейной медицины
	3) Рассмотрение хода внедрения и деятельности специалистов семейной медицины в заседании консультационного состава Министерства здравоохранения, координационного заседания коллег по развитию	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ	Ход внедрения и деятельности специалистов семейной медицины в заседании консультационного состава Министерства здравоохранения, координационного заседания коллег по развитию каждый год рассмотрен не менее 1 раза

1	2	3	4	5
4. Реализация механизмов использования способностей семейного врача и средних медицинских работников, повышение доступности, эффективности и качества медицинской помощи	1) Обеспечение доступности и полное использование оборудования, возможностей, диагностических и лечебных действий специалистам семейной медицины на уровне ПМСП	2011-2013 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ	Обеспечен доступность и полное использование оборудования, возможностей, диагностических и лечебных действий специалистам семейной медицины на уровне ПМСП
	2) Обеспечение первой встречи обращающихся к специалистам семейной медицины и определение нужд обращающихся к диагностике и лечению со стороны других специалистов посредством путёвки специалистов семейной медицины	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ	70% до 2013 года и 90% до 2015 года будут определены первые встречи обращающихся к специалистам семейной медицины и нужд обращающихся к диагностике и лечению со стороны других специалистов посредством путёвки специалистов семейной
	3) Обеспечение высокого уровня доступности населения к медицинским услугам	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ	Будет обеспечен высокий уровень доступности населения к медицинским услугам (посещение учреждений ПМСП в отношении 1 человека в 2009 году- 4,2; в 2013 году- 4,4; в 2015 году - 4,5)

1	2	3	4	5
				<p>Уменьшение количества вызовов скорой медицинской помощи в рабочие часы учреждений первичной медико-санитарной помощи (2009 год- 30%; 2015 год- 20%)</p> <p>Сокращение уровня госпитализации больных хроническими заболеваниями (астма, диабет, высокое давление, болезни сердца и другие) (2009 год-64%; 2015 год- 50%)</p> <p>Сокращение количества больных лиц, но не обратившихся за медицинской помощью (2009 год-40%; 2015 год-30%; 2020 год- 20%)</p>
5. Обеспечение уровня здоровья населения	<p>1) Профилактика и приостановление инфекционных заболеваний: – профилактика и сокращение уровня заболеваемости вирусными гепатитами, инфекциями, переходящими через воду</p>	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, ХНДСЭ	Сокращение показателей острого инфекционного заболевания гепатит В (2009 год- 3,8; 2013 год- 3,0; 2015 год- 2,0 на 100000 населения)

1	2	3	4	5
	- противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, Республиканский центр по профилактике борьбе с ВИЧ/СПИДом	Регулирование распространения ВИЧ/СПИД (2009 год- 1853; 2015 год- менее 1 % от общего числа населения)
	- профилактика и сокращение уровня заболеваемости малярией	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, Республиканский центр по профилактике борьбе с тропическими болезнями	До 2015 года Республика Таджикистан приобретёт статус государства, свободного от малярии
	- профилактика вирусов, управляющих через вакцины	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, Республиканский центр по вакцинации	Сохранение показателя заболеваемости краснухой (2009 год- 0,02; 2015 год-0,01; 2020 год- на уровне 0,01 на 100000 населения)

1	2	3	4	5
	_ совершенствование фтизиатрической помощи	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, Республиканский центр по борьбе с туберкулёзом	<p>Сокращение уровня заболеваемости туберкулёзом (2009 год- 80,4; 2015 год- до 60 случаев; 2020 год- до 40 случаев на 100000 населения)</p> <p>Увеличение удельного веса излечимых между больными туберкулёзом, выявленных впервые с БК+ (2009 год- 82,4%; 2015 год- 85,0%; 2020 год- 87,0%)</p> <p>Сокращение уровня смертности от туберкулёза (2009 год- 6,0; 2015 год-4,0; 2020 год-3,0 на 100000 населения)</p>
	2. сокращение нагрузок неинфекционных и хронических заболеваний: -обеспечение доступности медицинской помощи и медикаментов при болезнях сердца и кровеносных сосудов	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, Республиканский центр болезней центра	Сокращение уровня смерти от ишемических болезнях сердца (2009 год- 23,1; 2015 год-22,5; 2020 год- 20,5 на 100000 населения)
	- ранее выявление и своевременное лечение рака	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, Научный центр болезней рака	Увеличение удельного веса больных раком, выявленных на ранних стадиях(2009 год- 32,1%; 2015 год- 45% на 100000 населения)

1	2	3	4	5
	3. Детерминанты здоровья и формирование здорового образа жизни: -оказание своевременной помощи при получении травмы	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, МЧТТХС	Сокращение уровня смертности по причине получения травмы (2009 год- 20,4; 2015 год-19,8; 2020 год- 19,3 на 100000 населения)
	- сокращение уровня распространения опасных факторов поведения	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, МЧТТХС	Сокращение уровня инвалидности, связанных с получением травмы (2009 год- 40%; 2015 год-35%; 2020 год- 30%)
				Сокращение уровня распространения опасных факторов поведения: -курение (2009 год- 40,2%; 2015 год-30%) -злоупотребление спиртными напитками (2009 год- 18,4%; 2015 год-15%)
Увеличение ожидаемой средней продолжительности жизни, со времени рождения (2008 год- 72,0 года; 2015 год- 73 года)				

1	2	3	4	5
	- повышение уровня информированности населения	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, МЧТТХС	Соотношение населения, имеющих необходимые знания, опыт и поведение для сокращения опасности заражения СПИДом, вирусами, передающимися через половую связь и другими инфекциями(2009 год- 3,2; 2015 год-10%)
Соотношение семей, которые могут определить различные признаки заболеваний дыхательных путей и организовать правильный уход за больным ребёнком дома (2009 год-; 2015 год-50%)				
Соотношение семей, которые научились лечить болезни расстройства желудка дома (2009 год- ...; 2015 год-75%; 2020 год- 90%)				
6. Развитие инновационной науки и технологии в направлении семейной медицины	1) Планирование и проведение научных исследований согласно отраслевым программам развития здравоохранения и её приоритетных направлений	2011-2015 годы	Министерство здравоохранения, РУКЦСМ, ТГМУ, ИПДПКМР	Увеличение научных исследований согласно приоритетам в направлении ПМСП (2009 год- ...%; 2015 год- 25%)