

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ

Кол жазма укугунда
УДК 614.2:616-085 (575.24)

АСКАРБЕКОВА ГҮЛДЕСТЕ АСКАРБЕКОВНА

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЖАЛПЫ ДАРЫГЕРЛЕР
(ҮЙ-БҮЛӨЛҮК) ПРАКТИКАСЫН ӨРКҮНДӨТҮҮДӨГҮ,
УЮШТУРУУДАГЫ МЕДИЦИНАЛЫК ЖАНА СОЦИАЛДЫК
КӨЙГӨЙЛӨР (ОШ ОБЛУСУНУН МИСАЛЫНДА)**

14.02.03 – коомдук ден-соолук жана саламаттык сактоо
адистиги боюнча

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук
даражасын изденип алууга арналган
диссертация

Илимий жетекчиси:

медицина илиминин доктору

Шамшиев Абдилатип Абдырахманович

Бишкек 2025

МАЗМУНУ

МАЗМУНУ	2-3
ШАРТТУУ КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ	4-4
КИРИШҮҮ	5-11
1-бап. БАШТАПКЫ МЕДИЦИНАЛЫК-САНИТАРДЫК	12-39
ЖАРДАМДЫ УЮШТУРУУ МАСЕЛЕЛЕРИ (адабий баян)	
1.1 Баштапкы медициналык жардамдын теориялык негиздери жана тарыхый – аналиткалык талдоо	13-26
1.2 Үй-бүлөлүк медицинанын негизинде баштапкы медициналык-санитардык жардамды өнүктүрүүгө чет өлкөлөрдүн иш тажырыйбасы	27-31
1.3 Кыргыз Республикасындагы баштапкы медициналык-санитардык жардам системасынын учурдагы абалы жана өнүгүү перспективалары (Ош облусун мисалында)	31-39
2-бап. ИЗИЛДӨӨНҮН МЕТОДОЛОГИЯСЫ ЖАНА	40-45
ЫКМАЛАРЫ	
2.1 Изилдөөнүн методологиясы	40-43
2.2 Изилдөөнүн ыкмалары	43-45
3-бап. ӨЗДҮК ИЗИЛДӨӨНҮН НАТЫЙЖАЛАРЫ	46-86
ЖАНА АЛАРДЫ ТАЛКУУЛОО	
3.1 Ош облусунун демографиялык абалы жана баштапкы медициналык-санитардык жардамдын жеткиликтүүлүгү	46-63
3.2 Калктын үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан көрсөтүлгөн амбулатордук жардамга канаатануу деңгээли	63-69
3.3 Ош облусунда жана Ош шаарында баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелеринин өзгөрүү динамикасы	70-75

3.4 Ош облусунун баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелеринде калкты дарыгерлер жана орто медициналык кызматкерлер менен камсыздалышы (2023-жылга)	75-82
3.5 Баштапкы медициналык–санитардык жардамды өнүктүрүүдө орто медициналык кызматкерлердин ролу	82-86
4-бап. КАЛКТЫН МУКТАЖДАРЫНА БАГЫТТАЛГАН ИНТЕГРАЦИЯЛЫК МОДЕЛИНИН НЕГИЗИНДЕ БАШТАПКЫ МЕДИЦИНАЛЫК – САНИТАРДЫК ЖАРДАМДЫ ӨРКҮНДӨТҮҮ	87-114
4.1 Инсандын муктаждыгына багытталган интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардам моделиндеги тармактар аралык кызматташуунун натыйжалуулугун баалоо	89-93
4.2 Калктын муктаждыгына багытталган интеграцияланган моделдин алкагында 5S принциптерин колдонуу менен баштапкы медициналык-санитардык жардамды оптималдаштыруу	93-96
4.3 Калктын муктаждарына багытталган интеграциялык моделин колдонуу аркылуу орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүү	96-100
4.4 Баштапкы медициналык санитардык жардамдын көлөмүн пландоонун ыкмалары (методикасы)	100-103
4.5 Ош облусунда үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүүдөгү негизги тоскоолдуктар жана аларды жоюу жолдору	103-114
КОРУТУНДУЛАР	115-116
ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР	117-118
ПАЙДАЛАНЫЛГАН АДАБИЯТТАР	119-141
ТИРКЕМЕЛЕР	142-149

ШАРТТУУ КЫСКАРТУУЛАР

БДССУ - Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму
БМСЖ - Баштапкы медициналык-санитардык жардам
ЖДПБ - Жалпы дарыгерлер практикалык борбору
ЖК - Жогорку Кеңеш
ЖКТС - Жүрөк кан тамыр системасы
ОШМУ - Ош мамлекеттик университети
ДМЧА - Ден соолугунун мүмкүнчүлүгү чектелген адам
ООАБКО - Оштогу облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасы
КММА - Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
КӨ - Кыргыз өкмөтү
КГ - Килограмм
К - Көрсөткүч
КМ – Километр
НББП – Негизги билим берүү программасы
Р – Реограмма
РЕСП – Республика
РГ- Реограмма
ССМ – Саламаттык сактоо министрлиги
СМ - Сантиметр
СИСТ - Система
УДА - Ультра-диагностикалык аппарат
УДТ - Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу
ҮМБ - Үй-бүлөлүк медицина бобору
ЭОМ - Эхоостеометрия

КИРИШҮҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Заманбап шарттарда амбулаториялык жардамды өнүктүрүү саламаттыкты сактоонун артыкчылыктуу багыттарынын бири болуп эсептелет. Жалпысынан, өлкөнүн калкынын саламаттыгына, эмгек потенциалынын сакталышына жана медициналык-социалдык көйгөйлөрдү чечүүгө шарт түзгөн негизги факторлордун бири — бул баштапкы медициналык-санитардык жардамдын натыйжалуулугу болуп саналат [Н. К. Касиев, 2016; М. В. Еругина, 2018].

Изилдөөлөр көрсөткөндөй, учурда шаардык калктын 40%га жакыны гана амбулатордук-поликлиникалык кызматка канааттанарын билдиришкен [Т. С. Мейманалиев, 2003; М. М. Каратаев, 2017]. Бул, өз кезегинде, калктын саламаттыкты сактоо мекемелерине болгон ишениминин төмөндүгүнүн көрсөткүчү болуп, үй-бүлөлүк медицинанын ролу тууралуу коомдук жана кесиптик деңгээлде терең талдоону талап кылат.

Аймактык дарыгерлер көп учурда чектелген жардам көрсөтүп, бейтаптардын жана алардын үй-бүлө мүчөлөрүнүн саламаттыгына үзгүлтүксүз мониторинг жүргүзбөй, диспетчердик ролду гана аткарып калышууда [Н. Н. Бримкулов, 2019; Л. К. Нурматова, 2021]. Мындай абал жалпы практиканын баштапкы деңгээлде сапаттуу иштөөсүнө олуттуу тоскоолдук жаратат.

Үй-бүлөлүк медицинанын негизги максаттарынын бири — кууш адистерге болгон кайрылууларды азайтуу менен баштапкы медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу жана аны калкка жеткиликтүү кылуу. Бирок практика көрсөткөндөй, үй-бүлөлүк дарыгерлер бейтаптарга жана алардын үй-бүлөлөрүнө үзгүлтүксүз көзөмөл жүргүзбөй, бул болсо жардамдын сапатына жана натыйжалуулугуна терс таасирин тийгизүүдө [Н. Н. Бримкулов, 2019].

Мындан тышкары, үй-бүлөлүк медицина адистерин мекемелердин, ишканалардын кызматкерлерин, студенттерди жана аскерге чакырылуучуларды профилактикалык кароодон өткөрүү менен байланышкан кошумча жумуштарды да аркалап, бул алардын негизги милдеттерин аткарууга тоскоол болууда. Бул жагдай дарыгерлердин жумуш жүтүн көбөйтүп, тейлөөнүн сапатынын төмөндөшүнө алып келүүдө.

Дарыгер менен бейтаптын ортосундагы эффективдүү коммуникациянын жетишсиздиги, ошондой эле үй-бүлөлүк дарыгерлердин коомдогу жана медициналык чөйрөдөгү кадыр-баркынын төмөн болушу дагы бул багытта чечилиши зарыл болгон олуттуу маселелерден болуп саналат [Б. А. Акматова, 2011; Н. К. Касиев, 2016].

2020-жылдардагы улуттук жана эл аралык отчеттордун негизинде белгилүү болгондой, Кыргыз Республикасында 10 000 калкка 16–19 дарыгер туура келет, ал эми Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму минималдуу деңгээл катары 23 дарыгерди сунуштайт. Бул көрсөткүч кадрдык тартыштыктын масштабын айгинелейт жана үй-бүлөлүк медицинанын өнүгүүсүндө кадр саясатынын өзгөчө маанилүү экенин тастыктайт.

Ош облусунун мисалында көрүнүп тургандай, баштапкы медициналык жардамга болгон талаптардын жогору болушуна карабастан, дарыгерлердин жана орто медкызматкерлердин жетишсиздиги, аймактар аралык тейлөөдө теңсиздиктерди пайда кылып, саламаттыкты сактоо системасында туруксуздукту шарттайт. Баштапкы медициналык-санитардык жардам системасын уюштурууда эффективдүү башкаруу механизмдерин иштеп чыгуу, калктын муктаждыктарына жооп бере алган заманбап моделдерди киргизүү жана саламаттыкты сактоо системасын каржылоону күчөтүү учурдун талабы болуп саналат [Иманалиев Ж. Р., 2020].

Үй-бүлөлүк медицинаны өркүндөтүү, анын социалдык жана уюштуруучулук маселелерин комплекстүү талдоо жана көйгөйлүү маселелерин чечүү илимий иштин актуалдуулугун негиздеди.

Диссертациянын темасынын артыкчылыктуу илимий багыттары, ири илимий программалар (долбоорлор), окуу жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги изилдөө иштери менен байланышы. Тема өз алдынча демилгелүү.

Изилдөөнүн максаты. Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын жеткиликтүүлүгүн, сапатын, кадрдык потенциалын, калктын оорулуулук динамикасын, калктын жана дарыгерлердин медициналык жардамды уюштурууга болгон пикирлеринин негизинде үй-бүлөлүк медицина системасын өнүктүрүүгө багытталган илимий негизделген сунуштарды иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Демографиялык көрсөткүчтөрдүн өз ара байланышын, нозологиялык топтор боюнча кайрылуулардын динамикасын, ошондой эле Ош облусундагы баштапкы медициналык-санитардык жардам системасына калктын ишенимдик деңгээлин изилдөө.

2. Ош облусу жана Ош шаарындагы баштапкы медициналык-санитардык жардамдын структурасын, жеткиликтүүлүгүн жана кадр менен камсыздоо деңгээлин талдоо.

3. Калктын жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин суроо-талаптарынын негизинде медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу жана жалпы практикалык медицинанын ишин натыйжалуу уюштуруу боюнча иш-чараларды иштеп чыгуу.

4. Медициналык кызмат көрсөтүүнүн сапатын жогорулатуу боюнча иштелип чыккан иш-чаралардын натыйжалуулугун Ош облусу жана Ош шаарындагы баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелеринде баалоо жана салыштыруу.

Изилдөөнүн илимий жаңылыгы:

1. Демографиялык көрсөткүчтөрдүн өзгөрүшүнө миграция

процесстери жана калктын карылыгынын өсүшү себеп болору аныкталды. Бул өзгөрүүлөр баштапкы медициналык-санитардык жардамды элдин динамикалуу муктаждыктарына ылайыкташтырууну талап кылат. Изилдөөдө биринчи жолу Ош облусунда төрөт курактагы аялдардын санынын азайышы, балдардын санынын өсүшүнүн басаңдашы сыяктуу демографиялык төңкөлдүктөр менен гипертония, курч респиратордук вирустук инфекциялар сыяктуу негизги оорулар боюнча кайрылуулардын динамикасынын түз байланышы далилденди.

2. Ош облусунда 2018–2023-жылдар аралыгында үй-бүлөлүк дарыгерлерге жана баштапкы медициналык-санитардык жардам адистерине болгон кайрылуулардын динамикасы алгачкы жолу изилденди. Натыйжада, толук эмес жумуш убактысынын коэффициенттеринин (1,2–2,0) жана ДССУнун (дарылоо-саламаттыкты сактоо уюмдарынын) стандарттарынын (врач: 14, демографиялык өсүүнү эске алуу менен) негизинде персоналды пландоонун интеграцияланган уникалдуу моделдери сунушталды. Моделдер ФАПтын (фельдшер-акушерлик пункт), ББПнын (башкы бейтапкана), УМБнын (үй-бүлөлүк медицина борбору) жана ЖТДнын (жалпы түшүнүктүү дарыгер) санын оптималдаштыруу менен көйгөйлүү аймактарга медициналык кадрларды тартуунун механизмдерин камтыйт.

3. Калктын муктаждыктарына багытталган интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардамдын (КМБИ-БМСЖ) модели Ош облусундагы мекемелерде иштелип чыгып жана иш жүзүндө киргизилип, медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жана сапатын жогорулатууда натыйжалуу уюштуруучулук чечим болуп эсептелет. Бул модель тармактар аралык ыкманы, БМСЖдын ишин 5S принцибинин негизиндеги уюштуруу, процесстерди санариптештирүүнү жана орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүүнү камтыйт.

4. Үй-бүлөлүк медицинадагы кадрдык жетишпестик шартында орто медициналык кызматкерлердин функцияларын кеңейтүү БМСЖ

системасынын натыйжалуулугун жана туруктуулугун жогорулатууга өбөлгө түзөт. Медайымдардын бейтаптарды өз алдынча кабыл алуусу, профилактикалык иш-чараларды жүргүзүүсү жана бейтаптардын динамикалык көзөмөлүн камсыздоосу – медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жана калктын канааттануусун жогорулатуунун натыйжалуу жолу экендиги далилденди.

Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү. Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн негизинде үй-бүлөлүк медицинада көрсөтүлүүчү кызматтардын сапатын жогорулатуунун илимий негизделген моделдери иштелип чыгып, практикага киргизилди.

Изилдөөнүн материалдары практикалык медицинага киргизилген (Ош шаардык ҮМБнын №4 филиалы (14.11.2023-ж. акт). Теориялык материалдар ОшМУнун Медицина факультетинин коомдук саламаттыкты сактоо кафедрасында окуу процессине киргизилген (08.10.2024-ж. акт).

Изденүүчүнүн жеке салымы. Автор ата мекендик жана чет элдик адабияттарды талдап, илимий изилдөөнүн методологиясын иштеп чыккан, материалдарды чогултуп, статистикалык жактан иштеткен, натыйжаларды чечмелеп, талкуулаган, коргоого берилген жоболорду, корутундуларды жана практикалык сунуштарды түзгөн.

Автор, Ош облусунун аймагындагы баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелеринин ишмердүүлүгүнө талдоо жасап, атайын жеке изилдөөлөрдү жүргүзүп, баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүдөгү инсандын муктаждыгына багытталган интеграцияланган моделди иштеп чыгып, практикага киргизген.

Коргоого алынып чыгуучу диссертациянын негизги жоболору:

1. Репродуктивдүү курактагы аялдардын санынын кыскарышы, балдардын санынын өсүшүнүн басандашы жана негизги нозологияларга (гипертония, курч респиратордук вирустук инфекциялар) кайрылуу

динамикасынын ортосунда түз байланыш түзүлдү. Калк менен үй-бүлөлүк дарыгерлердин үзгүлтүксүз өз ара аракеттенүүсүнүн программаларын жана профилактикасын күчөтүү аркылуу баштапкы медициналык-санитардык жардам системасын өзгөрүп жаткан демографиялык түзүмгө ыңгайлаштыруу зарылдыгы.

2. Ош облусунда баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүдөгү түзүмдүк өзгөрүүлөр (ҮМБ/ҮДТнын кыскарышы, ФАП/ЖПДБнунн өсүшү) айыл жергесинде кызмат көрсөтүүлөрдүн жеткиликтүүлүгүн жогорулатты, бирок миграциянын, аз айлык акынын жана системалуу туура эмес эсептөөлөрдүн натыйжасында шаарларда кадрлардын жетишсиздигин күчөттү: миграцияны баалабоо, шаардык медициналык мекемелердин формаларынын ортосундагы дисбаланс, шаардык медициналык мекемелердин жетишсиздиги. Белгиленген айыл жергесинин жеткиликтүүлүгү жакшырганда шаарлардагы кадрдык көйгөйлөрдүн начарлашы салттуу стратегияларды дифференцияланган мамиле аркылуу кайра карап чыгууну талап кылат, анын ичинде персоналды кармоонун максаттуу механизмдерин (эмгек шарттарын жакшыртуу, медайымдарды интеграциялоо) жана реформаларды миграциялык реалдуулукка ыңгайлаштыруу.

3. Калктын муктаждыктарына багытталган интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардам (КМБИ-БМСЖ) модели Ош облусундагы мекемелерде иштелип чыгып жана ишке ашырылып, медициналык кызмат көрсөтүүнүн жеткиликтүүлүгүн жана сапатын жогорулатууда натыйжалуу уюштуруучулук чечим катары таанылды. Бул модель тармактар аралык кызматташтыкты, 5S принцибинин негизиндеги бережливдүү башкаруу ыкмаларын, процесстерди санариптештирүүнү жана орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүүнү камтыйт.

4. Баштапкы звенодогу кадрдык тартыштыктын шартында орто медициналык кызматкерлердин функцияларын кеңейтүү ПМСЖ

системасынын натыйжалуулугун жана туруктуулугун жогорулатууга мүмкүндүк берет. Медайымдардын бейтаптарды өз алдынча кабыл алуусу, профилактикалык иш-чараларды жүргүзүүсү жана бейтаптарды динамикалык көзөмөлдөө практикалары медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жогорулатууда жана калктын канааттануусун камсыз кылууда жогорку натыйжалуулугун көрсөттү.

Диссертациянын жыйынтыктарын апробациялоо. Изилдөөнүн негизги жыйынтыктары: (РФ, Нижневартовск-2021); Б.Сыдыков атындагы Кыргыз-Өзбек Эл аралык университетинин эл аралык илимий конференциясы (Ош, 2022); ОшМУнун Медицина факультетинин 30 жылдыгына арналган эл аралык илимий конференция (Ош, 22-23-июнь 2023-ж.), ОшМУнун Коомдук саламаттыкты сактоо кафедрасынын факультеттер аралык кеңешмеси (Ош, 2024-ж.), (Ош, 2024-жылдын 2-марты), “Мыкты жаш окумуштуу” Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Астана, 2025-ж.) баяндалган жана талкууланган.

Диссертациянын жыйынтыктарынын басылмаларда чагылдырылышынын толуктугу. Диссертациянын темасы боюнча 12 илимий макала, анын ичинен 8 макала импакт-фактор 0,1ден жогору болгон РИНЦ системасы боюнча индекстелген журналдарда жарыяланган.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертация кыргыз тилинде электрондук терүү жолу менен 149 бетте жазылып, киришүүдөн, 4 баптан, тыянактан турат. Илимий иштин натыйжалары 21 таблица жана 4 сүрөт менен коштолгон. Пайдаланылган эмгектердин саны 160, алардын ичинен 49 - чет тилиндеги адабияттар.

1-бап.

БАШТАПКЫ МЕДИЦИНАЛЫК-САНИТАРДЫК ЖАРДАМДЫ УЮШТУРУУ МАСЕЛЕЛЕРИ

(адабий сереп)

Баштапкы медициналык-санитардык жардамды (БМСЖ) уюштуруу коомдук саламаттыкты сактоо системасынын негизги багыттарынын бири болуп саналат. БМСЖ жалпы калктын ден соолугун жакшыртууга, алдын алуу иштерин күчөтүүгө жана калкты медициналык жардам менен камсыздоого багытталган комплекстүү иш-чаралардын жыйындысы катары каралат.

БМСЖ калктын ар кандай катмарына жеткиликтүү жана негизги медициналык кызматтарды көрсөтөт. Буга алдын алуу, дарылоо, реабилитация жана ден соолукту чыңдоо иш-чаралары кирет. БМСЖ дарыгердин биринчи байланышынын деңгээлинде ишке ашат жана жогорку медициналык жардамдын сапатын жогорулатууга өбөлгө түзөт [1].

Баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) системасынын негизги максатына – калктын ден соолугун жакшыртууга жана медициналык жардамдын натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган бир катар негизги принциптерге таянат. Алардын ичинде: **жеткиликтүүлүк** – бул медициналык жардамдын экономикалык, географиялык жана социалдык жактан калктын бардык катмары үчүн жеткиликтүү болушун камсыздоону билдирет. Бул принцип аймактарда медициналык мекемелердин болушун жана жардам алууга тоскоолдуктарды жоюуну камтыйт; [26, 27, 29].

Үзгүлтүксүздүк – пациентке ден соолугунун бардык этаптарында үзгүлтүксүз жардам көрсөтүүгө негизделген. Бул медициналык кызматтарды бир циклда, тактап айтканда, алдын алуу, дарылоо жана реабилитацияны камтууну көздөйт [48, 49].

Координация – ар кандай деңгээлдеги саламаттык сактоо кызматтарынын ортосунда натыйжалуу өз ара аракеттенүүнү жана пациентти багуу процессинде адистер менен мекемелердин ортосунда маалымат алмашууну жакшыртууну талап кылат. услуг [82].

Алдын алуу багыты – оорулардын алдын алуу жана аларды эрте стадиясында аныктоо иштерине өзгөчө басым жасоону камсыз кылат. Бул принцип калктын ден соолугун чыңдоо боюнча билим берүү жана маалымат берүү иштерин күчөтүүгө багытталган [119].

Калктын катышуусу – саламаттык сактоо системасына калктын активдүү катышуусун жогорулатуу жана калктын ден соолукту сактоо боюнча жоопкерчилигин бекемдөө менен байланыштуу [40].

Интеграция жана комплекстүүлүк – медициналык жардамды көрсөтүүдө ар түрдүү адистер менен кызматтардын өз ара аракеттенүүсүн камсыздоого багытталган. Ошондой эле ар бир пациенттин өзгөчө муктаждыктарын эске алуу менен комплекстүү жардам көрсөтүүгө басым жасалат[8, 31].

Маданий жактан ылайыктуулук – кызмат көрсөтүүдө аймактык жана этникалык өзгөчөлүктөрдү, каада-салттарды эске алууну, ошондой эле пациенттердин ишенимдерин сыйлоо менен медициналык жардамды ылайыктуу формада уюштурууну талап кылат [1].

1.1 Баштапкы медициналык жардамдын теориялык негиздери жана тарыхый – аналиткалык талдоо

Эгемендүү Кыргызстанда жүргүзүлгөн фундаменталдуу кайра куруулар, саламаттыкты сактоо тармагына да таасирин тийгизди. Өткөөл мезгилдин экономикалык соккулары, өндүрүштүн төмөндөшүнө, кирешенин кыскарышына алып келди жана саламаттыкты сактоо тармагынын

финансылык деңгээлин кескин кыскартты. Ошентип, эгерде 1990-жылы чыгашалар саламаттыкты сактоо ИДПнын 4,2% түзгөн болсо, андан кийин 1994-жылы алар кыскарган - ИДПнын 3,3%ке чейин өскөн, 1998-жылы бул көр- сөткүч болгон ИДПнын 2,6%ын гана (880,2 млн. сом), ал эми 2000-жылы ИДПнын 2,1%ын түзгөн (1295,9 млн. сом). Кошумча каржылоо булактары милдеттүү каражат болуп саналып, бюджеттен тыш- каркы иш- чаралардан түшкөн киреше камсыздандыруу, ыктыярдуу медициналык камсыздандыруу, гранттар жана саламаттык сактоо органдары жана мекемелери тарабынан алынган кредит камсыздан- дырыла баштады

Саламаттык сактоо системасынын иши, анын кеңири тармагына жана салыштырмалуу эффективдүү кызмат көрсөтүү жүргүзүүсүнө 1990-жылдардын башында жетишсиз болуп чыкты. Буга негизги демографиялык көрсөткүчтөр таасирин тийгизген: жалпы өлүм, анын ичинде эне жана баланын өлүмү көбөйдү, жашоо узактыгы кыскарды. Саламаттыкты сактоо системасынын иштеши үчүн алардын максаттарына жана милдеттерине ылайык, бир катар өзгөртүүлөрдү жүргүзүү зарыл болду, турмуштун жаңы реалдуулуктарына көнүү келип чыкты.

Кыргыз Республикасынын Улуттук статистикалык комитетинин маалыматы боюнча, Кыргызстанда 1991-жылы, башкача айтканда, эгемендүүлүктүн алгачкы жылдарында саламаттыкты сактоо тармагында 331 оорукана, 618 медициналык мекеме, 994 фельдшердик-акушердик пункт, 105 тез жардам станциясы жана үч балдар үйлөрү болгон.

Саламаттыкты сактоо системасындагы бир катар реформалардан кийин бүгүнкү күндө 182 оорукана, 172 медициналык мекеме (медициналык мекемелердин 65и үй-бүлөлүк медицина борборлору, аларда 279 үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу иштейт, ошондой эле 18 медициналык мекеме - өз алдынча үй-бүлөлүк топтор) врачтар (ҮДТ), б.а. юридикалык жактар), 1020 фельдшердик-акушердик пункттар, 128 медициналык тез жардам станциялары жана төрт балдар үйү бар [52, 65, 84, 88].

Бул чөйрөдө кадрлардын кыскарышын да байкоого болот: 2014-жылы жогорку билимдүү дарыгерлердин жана орто медициналык персоналдардын саны тиешелүүлүгүнө жараша 13539 жана 33830 адамды түзгөн, ал эми 1991-жылы бул көрсөткүчтөр тиешелүүлүгүнө жараша 15717 жана 46403 адамды түзгөн. Оорукана койкаларынын саны да ошол эле мезгилде 41,034төн 27,561ге чейин азайган. Бул көрсөткүчтөрдүн төмөндөшүнүн себептери болуп төмөнкүлөр саналат: мамлекеттик чыгымдардын кыскарышы, бул дагы саламаттыкты сактоого мамлекеттик чыгымдардын кыскарышын билдирген; дары-дармек жана электр энергиясы сыяктуу саламаттык сактоо мекемелеринин ишин колдоо үчүн зарыл болгон негизги товарлардын жана кызмат көрсөтүүлөрдүн наркынын жогорулашы [69, 71, 80, 81, 82].

Өлкөдөгү саламаттыкты сактоо тармагындагы иш-аракеттердин натыйжасында 1992-жылга чейин өлүмдүн саны кыскарган болсо, 1993-жылдан баштап, жогоруда айтылган себептерден улам кескин түрдө өсө баштаган, же болбосо, ар бир 1000 адамга 8,3 өлүм туура келген. Саламаттыкты сактоонун белгилүү уюштуруучулары Н. Касиев, Т. Мейманалиевдердин 1991-жылдагы маалыматтары боюнча, элдин өлүмүнүн негизги себептери кан айлануу системасынын оорусу - 40%, дем алуу органынын оорусу - 20%, травма жана уулангандар - 12%, ал эми жалпы өлгөндөрдүн 82% себебин коркунучтуу жаңы башталыштар түзгөн [58].

1991-1994-жылдарда саламаттыкты сактоого болгон мамлекеттин каржылоосу өтө төмөн абалга жеткен. Инфляция, унаа чыгымдары өсүп, дары-дармек, бейтаптар үчүн бейтапканаларда жууркан-төшөнчү, шейшеп, бинт, даки, шприц жана башка эң жөнөкөй каражаттар жетишпей калган [8, 10, 32, 44, 76].

Совет мезгилинен калган саламаттыкты сактоо мекемелеринин материалдык-техникалык базасынын бардыгы эле талапка жооп бере берген эмес. Жогоруда айтылгандай дарылоо мекемелерине ылайыкталбаган көп административдик имараттарды дарылоо мекемелерине болгон таңкыстыкты

чечүү максатында бейтапкана, поликлиника, амбулатория жана башка ушул сыяктуу кылып жиберген учурлар көп кездешкен жана ал терс практика ХХ кылымдын экинчи жарымында кеңири пайдаланылып, республикалык бийлик органдары тарабынан колдоого алынып турган. 1995-жылдын 1-январында республикадагы бейтапканалардын - 64,9%, амбулаторийлер менен поликлиникалардын – 44,3% санитардык жана дарылоо мекемелеринин архитектуралык-курулуш талабына жооп бербеген имараттарда жайгашышкан. Жыйынтыгында 74% бейтапканалар гана борборлошкон суу жана ички канализация менен камсыз болуп, 60% стационардык мекемелер жылуу суу менен камсыз болушкан эмес. 47% фельдшердик-акушердик пункттар капиталдык оңдоого муктаж болушса, 13%ы такыр эле жараксыз абалда болуп калышкан [3, 26, 65].

Өлкөнүн жетекчилиги Европа бюросу менен кызматташуусунун натыйжасында 1994-жылдын март айында Кыргызстан менен Европанын ортосунда Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун кеңсеси ачылды. 1991-2000-жылдар аралыгындагы процесстерде саламаттыкты сактоо боюнча жаңы мыйзамдарды жана программалык документтерди иштеп чыгуу иштери жүрдү. Натыйжада саламаттыкты сактоону реформалоонун комплекстүү “Манас” программасы иштелип чыккан [26, 83, 87].

Программа төмөнкү негизги милдеттерди чечүүгө багытталган:

Биринчиден: медицинанын сапатын жогорулатуу жана медициналык жактан камсыз кылуу иш-чараларын иш жүзүнө ашыруу;

Экинчиден: медициналык каражаттарды сактоо жана мамлекеттик мекемелерде акысыз кызмат көрсөтүүнү өнүктүрүү;

Үчүнчүдөн: саламаттык сактоо секторун базар шарттарына ыңгайлашуу механизмдерин өркүндөтүү.

Жалпысынан алганда, “Манас” программасы саламаттыкты сактоо тармагын реформалоодо дээрлик бардык аспектилерин камтыган. Анын ичинде каржылоо, пландаштыруу, камсыз кылууга тиешелүү кызматтар ж.б.

[89, 111]. Бул программаны ишке ашыруунун жүрүшүндө ошондой эле медициналык жактан камсыз кылуу системасын кайра куруу кызматтары каралды. Саламаттык сактоо мекемелерин кайра куруу бир нече этап менен ишке ашырылган. Ошентип, 1996-жылдан бери чоңдордун, балдардын бейтапканалары жана төрөткө чейинки бейтапканалар бири- бири, көп тармактуу бейтапканалар түзүлдү [59]. 2002-жылдан бери алар баштапкы медициналык- санитардык жардам мекемелерине үй-бүлөнүн борборлору катары жаңы типтеги медициналык жардам, анын негизги компоненттик топтору болгон үй-бүлөлүк дарыгерлер 2700гө жакын терапевт, педиатр жана акушер-гинекологдор кыска мөөнөткө (4 айлык), үй-бүлөлүк медицина боюнча курстардан кайра даярдоодон өтүшкөн [11, 14, 35, 47, 48].

Жалпысынан 2005-жылы үй-бүлөлүк дарыгерлердин саны 74% түзгөн. 2000-жылдардын орто ченинде 35 медициналык – профилактикалык мекемелер, анын ичинде 27 шаардык жана 8 Республикалык мекемелер иштешкен [11].

Реформанын экинчи багыты ооруканаларды рационализациялаштыруу болду. Бир катар айылдык аймактык ооруканалар жабылып, медициналык амбулаторияга айланган. Бул реформанын жүрүшүндө 1995-жылдан 2004-жылга чейин Бишкек шаарында эле керебеттердин саны 51%га кыскарган [11]. Бул тенденция кийинки жылдары да уланган: керебеттердин саны 51 керебеттен 10го чейин кыскарышына алып келди. Ошол эле учурда дары саясаты: биринчи улуттук дары формуляры дарылар иштелип чыккан [88].

Милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасын өнүктүрүүдө 1999-жылы кабыл алынган «Кыргыз Республикасындагы жарандарды Медициналык камсыздандыруу» маанилүү этап болуп саналды. Биринчи камсыздандыруу стадиясында иштеген жарандар камтылган, пенсионерлер жана жумушсуздар, ошондой эле кирешенин 2% камсыздандыруу төгүмдөрүнүн тарифине кирген. Пенсиянерлер жана жумушсуз жарандар үчүн камсыздандыруу төгүмдөрү Социалдык фондго минималдуу эмгек акынын 1,5 өлчөмүндө төлөнгөн.

Кийинки этапта медициналык камсыздандырууда камтылгандардын контингенти 16 жашка чейинки балдарды, 16-18 жаштагы мектеп окуучуларын камтыйт, социалдык жөлөкпул алган жана өз алдынча иштеген иш жүргүзгөн адамдар кирген. 2001-жылы 1 млн 890 миң жаран (1999-ж. - 1 млн. 470 миң), анын ичинде 900 миңден ашуун – иштеген жаран(1999-ж. – 870 миң) Медициналык камсыздандырууга кирген. 2002-жылы республиканын калкынын 86,2%ы медициналык камсыздандырылды. Азыркы учурда калктын 90% милдеттүү медициналык жардамга ээ [10, 32, 34, 80, 107, 108].

Ошентип, «Манас», программасы тарабынан системаны реформалоонун биринчи этабында саламаттыкты сактоодо төмөнкү милдеттер чечилди: анын эффективдүүлүгүн жогорулатуу ашыкча инфраструктурага сарптоолорду кыскартуу аркылуу натыйжалуулук структурасы, атап айтканда: имараттар, коммуналдык чыгымдар, бир катар кызматтардын кайталанышы ж.б.; саламаттык сактоону каржылоо жана төлөө ыкмаларына өзгөртүүлөр кирди. Реформалардын алкагында «Манас» программасына ылайык саламаттык сактоо мекемелеринде өзгөртүүлөр жүргүзүлдү [83,87].

Жарандардын ден-соолугун сактоо боюнча Улуттук борборлор кардиология жана терапия түзүлдү [26, 27, 28, 39]. Улуттук хирургия борбору, Республикалык диагностика борбору, Кыргыз илим-изилдөө гематология борбору, Республикалык балдар ооруканасы, Республикалык наркология, репродуктивдүү борборлору жана ошондой эле Кыргыз мамлекеттик медициналык институт, Кыргыз мамлекеттик медициналык Академияга (КММА) айландырылган [68].

Үй-бүлөлүк медицина практикасына өтүү максатында КММАда жана республикалык үзгүлтүксүз даярдоо борборунун базасында медицина жана фармацевтикалык кызматкерлерди, үй-бүлөлүк дарыгерлерди жана жогорку медайымдык адистерди даярдоого окутуу башталды [57].

Саламаттыкты сактоо системасын реформалоонун экинчи этабы болуп саналган программасын иштеп чыгуу жана ишке ашыруу менен башталган

«Манас таалими», «Манас» программасынын табигый уландысы болуп калды жана программада жетишкендиктерин бекемдөө максатын койду. Бул программада жаңы чакырыктар, мисалы: коомдук саламаттыкты сактоону өнүктүрүү, эне жана баланын ден-соолугунун оң натыйжаларына жетишүү, жүрөк-кан тамыр ооруларын дарылоодо, ВИЧ, аймактык ооруканалардын проблемаларын чечүү саламаттыкты сактоодо стратегиялык башкарууну күчөтүү каралган. Бул программаларды ишке ашыруунун жүрүшүндө КТУ көбөйтүүгө мүмкүндүк берди, оорукананын дарыгерлеринин орточо айлык эмгек акысын эсептөө менен, стационардык медицина кызматкерлери 52%га, жалпысынан 1534 сом, орто медици-налык кызматкердин акысы 60 %га 1169 сом, кенже медициналык персонал - 20%га 709 сом айлык акыны түздү. Үй-бүлө дарыгерлери үчүн айлык акысы 25%га, бул орточо 2010 сомго, ал эми медайымдарга - 30%га 1291 сомго жогорулады. 2011-жылга карата дарыгерлердин айлыгы орто эсеп менен 3000 сомго чейин көтөрүлгөн, медайымдар - 2,5-3 миң сомго чейин, кенже медициналык кызматкерлер - 1700 сом-го чейин жогорулады [10, 32, 34]. Бул цифралар медициналык кызматкерлердин жашоо минимумунуна жетпегенин көрсөтүп турат.

«Манас» улуттук программасынан алкагында “Ден соолук (2012-2016)” кабыл алынган. “Манас таалими” программасы убагында аныкталган саясий толкундоолордон улам келип чыккан экономикалык кризистер, жетекчиликтин тез-тез алмашышынан тиешелүү уруксаттарды ала албай коюлган бир катар милдеттер аткарылбагандыгынан улам аталган программаны кабыл алууга туура келген. Тилекке каршы калктын саламаттыгын сактоо, кан-тамыр оорулары, эне-баланын ден-соолугу, туберкулез сыяктуу ооруларды дарылоону жакшыртуу ишке ашкан эмес. Ушуга байланыштуу бул программанын милдеттери: калктын саламаттыгынын көрсөткүчтөрү боюнча конкреттүү максаттарды коюу, калкты тиешелүү медициналык кызмат менен камсыз кылуу, кызматтын сапатын жогорулатуу иштери каралган. «Ден соолук» программасынын алкагында төрт приоритеттүү иш багыттары аныкталган: бул

жүрөк-кан тамыр оорулары, эне менен баланын ден-соолугун коргоо, кургак учук жана ВИЧ инфекциясы. Бул программа- ны ишке ашыруунун жүрүшүндө белгилүү ийгиликтерге ээ болушкан.

Ошентип, 2012-жылдан бери жүрөк-кан тамыр ооруларынан жалпы өлүмдүн деңгээли төмөндөдү. 2016-жылы 2012-жылга салыштырмалуу оорунун саны 17,9%га кыскаруусу белгиленген. 2016-жылы коэффициент ымыркайлардын өлүмүнүн көрсөткүчү 1000 бала төрөлгөнгө 19,7%ды түздү, бул 2012-жылга салыштырмалуу 15,8%га аз. 2016-жылы ымыркай- лардын өлүмү 1000ге 16,7% түздү, бул 2012-жылга салыштырмалуу 16,5%га аз [83]. Эне жана ымыркайлардын өлүмү абдан жай темп менен төмөндөп келген [88]. Ошону менен бирге, аз болсо да, кургак учук оорусунун кыскаруусу байкалды. 2016-жылы туберкулез менен ооругандардын саны 5767 -94,9 учур 100 миң калктын ордуна 5853 адам 2015-жылы – 100 миң калкка 98,2%. Кургак учук менен ооруган бейтаптар көптөгөн дары дармек менен камсыз болушуп, дарылоо 2011-жылдагы 58%дан 2016-жылы 93,5%ке чейин өстү. Өлүмдүн саны 2010-жылдан 2014-жылга чейин 8%га азайган [69]. Ошентип, өлкөдөгү негизги көйгөй 90-жылдары кургак учук менен ооругандардын өсүшү байкалган эмес [39]. 1995-жылы

«Кургак учук» улуттук программасы кабыл алынып республикада бардык жергиликтүү жаны жогорку эффективдүү методдорду киргизе башташты жана кургак учук менен ооругандарды эрте аныктоо менен дарылоону камсыз кылат [56]. «Эне жана бала», «Аялзат», «Жан эне», ага ылайык бакубат эне болуу концепциясы сыяктуу иш-чаралар өткөрүлүп, калктын репродуктивдүү ден- соолугун коргоо боюнча кабыл алуулардын натыйжасында 2000-жылдардын башынан бери бир топ өсүш болуп, төрөлүү көрсөткүчү 2014-жылы өлкөдө 162 миң бала төрөлгөн болсо, 2010-жылга салыштырмалуу 16 миңге көп болгон. Бүгүнкү күндө Кыргызстанда болгону 4 балдар ооруканасы бар – Ошто, Кара-Суу районунда, Бишкек шаарында – №3 балдар шаардык ооруканасы, медициналык жардам көрсөтүү борбору жана Улуттук эне жана баланы коргоо

борбору жайгашкан. Азыркы күндө медициналык кызмат көрсөтүү өнүгүп, көптөгөн жеке бейтапканалар ачылды [41].

Демек, Кыргызстандагы саламаттыкты сактоо тармагында кабыл алынган улуттук программалар рынок мамилелерине багытталган реформалардын алгачкы кадамдары болгон десек болот. [106].

Ошентип, саламаттыкты сактоо системасы аз акча жана кымбат баалар менен иштөөгө аргасыз болгон; айлык акынын аздыгынан тышкы миграция же дарыгерлердин иштеген жерин таштап кетүү [69] эски системадан мураска калган ашыкча кубаттуулук, өзгөчө оорукана деңгээлинде. Саламаттыкты сактоо уюмдарын каржылоонун баштапкы стандарттарга негизделген ыкмасы (мисалы, керебеттердин саны) физикалык мүмкүнчүлүктөрдү кеңейтүүгө үндөсө да, ашыкча кубаттуулуктар ж.б., каражаттарды үнөмдөө үчүн кыскартуу керек болчу [10, 32, 34].

Мындай терс өзгөрүүлөрдүн акагында төмөнкүдөй бир катар көйгөйлөр пайда болду: «формалдуу эмес төлөмдөр»; региондорду айтпаганда да Бишкекте медициналык адистердин жетишсиздиги; заманбап технологиялардын жетишсиздиги же жок болушу жана башкалар. 2002- жылы башталган реформалардан кийин саламаттыкты сактоо системасы баштапкы медициналык-санитардык жана стационардык жардам болуп экиге бөлүндү [58].

Баштапкы медициналык-санитардык жардам – бул перифериядан борборго карай принципте курулган саламаттык сактоо системасынын негизги кызматы жана өлкөнүн социалдык-экономикалык өнүгүүсүнүн ажырагыс бөлүгү [39].

Саясий, экономикалык, социалдык, маданий жана эпидемиологиялык шарттарга жараша ар кандай формада болушу мүмкүн. Анын ийгилиги жеке коллективдүү өз алдынчалыкты, ошондой эле калктын максималдуу катышуусун же тартууну, башкача айтканда, коомдук уюштуруунун ар түрдүү

формаларында бирге жашаган калктын активдуу катышуусун пландаштыруу жана ишке ашырууда улуттук жана башка ресурстарды пайдалануу менен биргелешкен аракеттерди талап кылат. [88].

Алма-Ата конференциясынын резолюциясында баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСК) бардыгы үчүн ден соолукка жетүү стратегиясындагы алдыңкы инструменттердин бири катары каралат, анткени ал бүткүл саламаттыкты сактоо системасынын борбордук звеносу болуп, ажырагыс бөлүгү болуп саналат. Коомдун социалдык-экономикалык өнүгүшүнүн бүткүл процессинин бир бөлүгү. Коомдун ар бир мүчөсү баштапкы медициналык-санитардык жардам алуу мүмкүнчүлүгүнө ээ болушу керек жана ага ар бир адам катышууга тийиш. Аны камсыз кылууга саламаттыкты сактоо тармагынан тышкары саламаттыкты сактоо менен байланышкан башка секторлор да катышууга [116].

Саламаттыкты сактоонун бүткүл системасынын натыйжалуулугу жана сапаты, өлкөнүн эмгек потенциалын сактоо, ошондой эле көпчүлүк медициналык-социалдык көйгөйлөрдү чечүү, анын ичинде үй-бүлө деңгээлинде, ар кандай социалдык топтордун өкүлдөрү жана биринчи кезекте социалдык жактан аялуу калктын катмарлары: балдар, майыптар жана улгайган адамдар амбулатордук жардамдын абалынан көз каранды [71].

Бирок, биздин өлкөдө иштеп жаткан амбулатория кызматы, анын деңгээлинде медициналык жардам сурап кайрылган калктын 80%га чейинкисин текшерүү жана дарылоо башталып, аяктап, калкка жеткиликтүү жана квалификациялуу медициналык жардам көрсөтө алган жок [10,32,34].

Учурда участкалык дарыгер бейтаптын жана анын үй-бүлөсүнүн абалына туруктуу мониторингди камсыз кылбайт жана чындыгында көрсөтүлгөн жардамдын көлөмү жана сапаты үчүн жооп бербейт. Бейтаптарга мониторинг жүргүзүүдө үзгүлтүксүздүк жок. Участкалык дарыгердин калк жана медицина чөйрөсүндөгү кадыр-баркы төмөндөй баштады [57].

Ошондуктан, үй-бүлөлүк медицина институтун киргизүүнүн

актуалдуулугу баштапкы медициналык-санитардык жардамды реформалоого, медициналык жардамдын сапаты үчүн мамлекеттин жана муниципалитеттердин жоопкерчилигинин жогорулашына жана заманбап саламаттыкты сактоодо жалпы медициналык (үй-бүлөлүк) практиканын ролунун өсүшүнө байланыштуу [83].

Баштапкы медициналык-санитардык жардамды өнүктүрүү медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн жеткиликтүүлүгүн, сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатуунун негизги багыты болуп саналат. Медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүнүн жана сапатынын жалпы деңгээли көбүнчө амбулатордук этапта аныкталат. Жалпысынан саламаттыкты сактоо системасынын натыйжалуулугу, өлкөнүн эмгек потенциалынын сакталышы, медициналык-социалдык көйгөйлөрдүн чечилиши амбулатордук жардамдын абалынан көз каранды [83].

“Ден соолук” улуттук долбоорунун негизги артыкчылыктуу багыттарынын бири болуп амбулаториялык жардамды өнүктүрүү, бул боюнча акыркы жылдарда мамлекеттик программалык документтерде белгиленген [83]. Өлкөдө саламаттыкты сактоо тармагында жүргүзүлүп жаткан реформалардын артыкчылыктары стационардык жардамдан амбулатордук жардамга которуу менен айырмаланат [107].

Мындай реформанын негизги багыты жалпы практикалык дарыгерлер институтун өнүктүрүү болуп, ал акырындык менен жергиликтүү терапевттерди жана педиатрларды жана жарым-жартылай баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүдө клиникалардын адистерин алмаштырууга тийиш ().

Учурдагы экономикалык шартта саламаттыкты сактоо системасынын ийгиликтүү иштеши медициналык жардамдын натыйжалуулугунун, сапатынын жана жеткиликтүүлүгүнүн эң жогорку деңгээлине жетүү үчүн колдо болгон эмгек, материалдык жана финансылык ресурстарды эффективдүү пайдаланууну талап кылат [107]. Белгилүү болгондой, медициналык жардамдын

жеткиликтүүлүгүнүн жана сапатынын деңгээли, саламаттыкты сактоо системасынын натыйжалуулугу баштапкы медициналык-санитардык жардамдын абалы менен аныкталат

Б.Старфилд (1994) баштапкы медициналык жардамды (БМС) жынысына, жашына жана оорусуна карабастан калкка көрсөтүлүүчү биринчи байланыш жана үзгүлтүксүз, комплекстүү жана координацияланган жардам катары аныктайт 1501978 жылы Алматыда ДССУ нун (ВОЗ) конференциясында планетанын ар бир тургунуна медициналык-санитардык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жогорулатууга байланышкан бир катар маселелер каралып, алгачкы медициналык жардам көрсөтүү концепциясына көңүл бурулуп, анын дээрлик бардык саламаттык сактоо системалары үчүн өтө маанилүү экендиги аныкталып декларация кабыл алынган [116]. Алма-Ата декларациясында коюлган максаттарга жетишүү үчүн — ден соолукту чыңдоо укугу бардыгына бирдей социалдык адилеттүүлүк болушу ачык-айкын белгиленген [37].

БМСЖды өнүктүрүүнүн жана иштешинин концепциясы төмөнкүлөрдү болжолдойт: БМСЖ кызматы бир нече «оорулар» менен гана күрөшпөстөн, ден соолугу боюнча көйгөйлөрү бар адамдар келе турган жер болуп саналат; БМСЖ мекемеси бейтаптар ар кандай медициналык кызматтарга жөнөтүлгөн борбор болуп саналат [81,82,83]. БМСЖ пациенттер менен медициналык кызматкерлердин ортосунда үзгүлтүксүз байланыштарды түзүүгө көмөктөшөт, мында пациенттер алардын ден соолугуна жана медициналык жардамына байланыштуу чечимдерди кабыл алуу процессине катышат; ал жеке саламаттыкты сактоо жана бейтаптардын үй-бүлөлөрү жана коомчулуктар ортосунда көпүрөлөрдү курат; БМСЖ оорулардын алдын алуу жана сергек жашоо образын жайылтуу, ошондой эле ооруларды эрте диагностикалоо үчүн мүмкүнчүлүктөрдү берет; БМСЖ — биомедицина жана социалдык иштер боюнча адистештирилген жана заманбап билими бар дарыгерлер, медайымдар жана ассистенттерден турган медициналык адистерден турган командаларды талап кылат: БМСЖ инвестицияланып, керектүү ресурстар менен камсыз

болушу жана керек, ошол учурда гана
медициналык жардамдын сапаты жогору болот [57].

Бүгүнкү күндө Советтер Союзунда калыптанып калган, көп тармактуу поликлиникада негизделген алгачкы медициналык жардамдын модели дүйнөнүн көптөгөн өлкөлөрүндө таанылган бир нече жакшы жактары бар экендиги айдан ачык, бирок, бул системанын жетишпеген кемчиликтери да аз эмес [83]. Учурда поликлиникалардын ишине шаар калкынын 40% гана канааттанат [106].

Аймактык дарыгердин ишинде диспансердик ыкма дээрлик жоголгон. Пациенттерди көзөмөлдөөнүн бирдиктүүлүгүнүн жана үзгүлтүксүздүгүнүн принцибинин бузулушуна бейтаптардын өздөрүнүн аймактык дарыгери менен гана эмес, ошондой эле каалаган дарыгери жана каалаган медициналык мекемеси менен эркин байланышууга мыйзамда белгиленген укугу көмөктөшөт [57].

БМСЖнин ыйгарым укуктарынын төмөндүгүнүн жана бейтаптын медициналык технологиянын спецификалык маселелери боюнча табигый төмөн аң-сезиминин натыйжасында, пациенттердин ар кандай мекемелерге көптөгөн адистерге системасыз кайрылууларына алып келет [81,82,83].

Мындай адистер эң жогорку квалификацияга ээ болгон күндө да, оорулуу менен кыска убакыттын ичинде байланышта, анын алдын ала жана үзгүлтүксүз мониторингсиз анын бүтүндөй абалын, ошондой эле ооруну пайда кылган биологиялык жана социалдык факторлорду туура баалай алышпайт [10, 32, 34]. Көбүнчө, алардын корутундусу, алардын адистиги боюнча патологиясы жок экендигин билдирет. Оорулуу өз оорусуна байланыштуу адиске кайрылуугу чейин ар түрдүү кууш адистеги дарыгерлердин айланасында жүрө баштайт.

Мунун натыйжасы кеч диагноз коюу, өз убагында дарылоо жүргүзүлбөй, оорунун өнөкөт стадиясына өтүү менен кыйынчылыктардын келип чыгышына алып келет [150]. Калктын жана медицина чөйрөсүнүн алдында

жергиликтүү дарыгердин кадыр-баркынын төмөндөшү жаш дарыгерлер үчүн бул кесиптин абройюнун төмөндөшүнө алып келди. Натыйжада адистердин үй-бүлөлүк медицинадан кетип кадрлардын кескин жетишсиздиги жана дарыгерлердин кесипкөйлүгүнүн төмөндүгү байкалууда. Айрыкча бул көйгөй айыл жеринде көбүрөөк байкалат.

Убакыттын өтүшү менен БМСЖнын моделинин кемчиликтери бир катар көйгөйлөрдүн пайда болушуна алып келди. БМСЖ саламаттыкты сактоо системасынын негизги түзүмдүк бөлүмдөрү болуп саналат, ошондуктан биз поликлиникалык кызматтын бузулушу, анын «жалпы медициналык практикага» жана кабинеттерге бөлүнүшү жөнүндө эмес, азыркы структуранын чегинде кайра уюштуруу иш-чараларын жүргүзүү зарыл.

Жогоруда көрсөтүлгөн себептерди жыйынтыктап жатып, учурдагы баштапкы медициналык жардамды уюштуруунун фундаменталдык принциптеринен (ДССУнун Алма-Ата 1978-ж.) четтей баштаганын белгилей кетүү керек. Мына ушулардын бардыгы алгачкы медициналык-санитардык жардамдын моделин түп-тамырынан бери өзгөртүү зарылчылыгына алып келди.

Ошентип, коомдук саламаттык сактоо системасындагы БМСЖдын деңгээли профилактикалык ишинин төмөн натыйжалуулугу, амбулатордук көзөмөл жана патронаж системасынын жоктугу, ошондой медициналык тез жардам көрсөтүүнүн жеткилең эмес уюштурулушу стационардык жардамдын негизги ролду ойношуна алып келди.

Ошол эле учурда, стационардык медициналык жардам заманбап медициналык жабдууларды колдонуу менен текшерүүнүн жана дарылоонун комплекстүү ыкмаларын колдонууну, хирургиялык кийлигишүүнү, күнү-түнү үзгүлтүксүз медициналык кароону талап кылган ооруларга гана зарыл болгон.

1.2 Үй-бүлөлүк медицинанын негизинде баштапкы медициналык-санитардык жардамды өнүктүрүүгө чет өлкөлөрдүн иш тажырыйбасы

Дүйнөлүк тажрыйба көрсөткөндөй, баштапкы медициналык-санитардык жардамдын эң эффективдүү модели — жалпы практикалык же үй-бүлөлүк медицина [150].

Чет өлкөлөрдө жүргүзүлгөн изилдөөлөр көрсөткөндөй, үй-бүлөлүк дарыгерлердин санынын көп болушу менен өлүмдүн көрсөткүчү, ошондой эле жүрөк-кан тамыр, онкологиялык ж.б. оорулар азаят [132]. Европада жана Америкада БМСЖ көрсөтүүнүн негизги катышуучулары жалпы практикалык дарыгер же үй-бүлөлүк дарыгер болуп саналат.

Мурда БМСЖ сектору Европа өлкөлөрүндөгү саламаттыкты сактоо системаларынын четинде турган, бирок кийинки убакыта аны борборуна жылдыруу боюнча олуттуу аракеттер менен коштолду [132]. Ошол эле учурда, саламаттыкты сактоо саясатын калыптандыруучу мамлекеттик органдардын БМСЖ секторун өнүктүрүүгө көңүл буруусуна карабастан, колдо болгон ресурстардын стационардан амбулатордук жардамга бөлүштүрүлгөн эмес.

Батыш Европа өлкөлөрүндө акыркы 10-15 жылда БМСЖды уюштуруудагы эң маанилүү өзгөрүүлөр тармактык өз ара аракеттенүүнүн ар кандай формаларынын өнүгүшү менен байланышкан. Өнөкөт оорулардын өсүшү жалпы практикалык дарыгерлердин электрондук технологиялардын мүмкүнчүлүктөрүн колдонуп, үчүнчү деңгээлдеги жардам көрсөтүүчү медайымдар жана социалдык кызматкерлер менен байланышта иш алып баруу күчөгөн [142].

Америка Кошмо Штаттарынын үй-бүлөлүк дарыгери бейтаптын же үй-бүлөнүн саламаттыкты сактоого байланышкан маселелерде, анын жактоочусу (адвокаты) болуп саналат. АКШда үй-бүлөлүк медицина 1969-жылы расмий

түрдө таанылгандан кийин, бул адистик Американын саламаттыкты сактоо системасынын маанилүү компоненттеринин бири болуп калды [115]. АКШнын аз калктуу аймактарында алардан башка дарыгерлер жок болгондуктан үй-бүлөлүк дарыгерлер бейтаптарга көп тармактуу кеңири медициналык жана социалдык кызмат көрсөтөт. Студенттерди жана жаш адистерди даярдоону жогорку жана орто медициналык окуу жайлары өз мойнуна алган. Ошол себептен бул багыттагы изилдөөлөр жалпы илимдин өнүгүшүнө улам барган сайын көбүрөөк таасирин тийгизүүдө. Американын саламаттыкты сактоо тармагынын таанылган лидерлери үй-бүлөлүк медицинанын өзүнчө адистике бөлүнүшү коомдук саламаттыкты сактоонун бытыранды болушуна алып келди деп ырасташкан. Финансылык тоскоолдуктарга карабастан, үй-бүлөлүк дарыгерлик кесип АКШнын саламаттыкты сактоосунда негизги ролду ойнойт [153]. Канадада үй-бүлөлүк дарыгерлерди даярдоо жакшы жолго коюлуп, үй- бүлөлүк медицина кеңири жайылган. Алсак 4000дей калкы бар чакан шаарда 60-80 орундуу аймактык ооруканада хирург, интернолог жана 6 компетенттүү үй-бүлөлүк дарыгерлер иштейт. Үй-бүлөлүк дарыгер эртең менен ооруканада отурат, түшкү саат 12ден кийин лабораториялык аспаптар менен жабдылган (базалыктан эң татаал изилдөөлөргө чейин) кабинетинде күн сайын 25-40 бейтапты көрөт. Оорулуу ооруканага жаткырылганда, үй-бүлөлүк дарыгер ооруканада жаткан бүткүл мезгилдин ичинде жардам көрсөтүүгө катышат. Орточо алганда, үй-бүлөлүк дарыгер жумасына 182 бейтапты көрүп, 60 саат иштейт

Үй-бүлөлүк дарыгердин ишин уюштуруу жеке практика, топ (команда), жалпы медициналык практика борборлору деп аталып ар кайсы өлкөлөрдө ар кандай жолдор менен түзүлгөн. [161]. Европанын бир катар өлкөлөрүндө – Улуу Британияда, Испанияда, Италияда, Швецияда, Финляндияда, Эстонияда БМСЖ дарыгерлерин жарым- жартылай каржылоонун ар кандай механизмдери сыналган. Бул тажрыйба мындай каржылоо механизмдерин ишке ашыруунун төмөнкү артыкчылыктарын көрсөтөт БМСЖ кызматтарын

ийкемдүү көрсөтүү, анын ичинде кызматтардын тизмесин кеңейтүү, өз убагында жеткиликтүүлүктү камсыз кылуу, жүргүзүлгөн лабораториялык изилдөөлөрдүн пациенттердин керектөөлөрүнө шайкештик даражасын жогорулатуу, электрондук байланышты өнүктүрүү (Улуу Британия, Финляндия, Швеция, Эстония) [162] лабораториялык көрсөтмөлөрдү сактоону көбөйтүү, кан анализдерин болжол менен 8%га кыскартуу, амбулатордук дарылоону ала турган бейтаптарды ооруканага жаткыруу (мисалы, кант диабети менен ооругандар) - 6% (Италия);

- ресурстарды пайдалануунун эффективдүүлүгүн жогорулатуу (финансылык стимулдарды колдонгон учурда, мисалы, үнөмдүү дарыларды жазып берүү (Улуу Британия, Италия);

- зарыл болгон дарылоону күтүү убактысын кыскартуу (Финляндия);

- фонд ээлери тарабынан бейтаптарга жардам көрсөтүүнү уюштуруу үчүн адистик кызматтардын клиникалык жана уюштуруучулук сапаты жөнүндө кошумча маалыматты пайдалануу.

- Улуу Британияда эгерде медициналык жардам керек болсо, бейтап жалпы практикалык дарыгерге кайрылып, ал аркылуу башка адистерге кайрыла алат. Эмоционалдык бузулуулар деп аталган оорулууларга, кайрымдуулук фонддорунун жардамы менен социалдык жардамга муктаж болгондорго оорулардын алдын алууга чоң маани берип аталган өлкөдө БМСЖ жалпы медициналык практика менен көрсөтүлөт [163].

Бир катар өлкөлөрдө (Улуу Британия, Ирландия, Финляндия, Швеция) дарыгерлер лабораториялык жана диагностикалык кызматтарды, медициналык адистерди бириктирген борборлордо, ошондой эле акушер, гинеколог, терапевт жана педиатрлардан турган командалардын курамында иш жүргүзүлөт [164].

Ошол эле учурда БМСЖнын өнүгүшү ар кандай уюштуруучулук формаларда жүрөт жана келечекте кандайдыр бир моделдин үстөмдүгүнө так далилдер жок. Чет өлкөдөгү саламаттыкты сактоонун дээрлик бардык

реформалары, ошондой эле ар түрдүү варианттарга карабастан, жалпы практикалык врачтын же үй-бүлөлүк дарыгердин кызматына негизделген баштапкы медициналык-санитардык жардамды күчөтүүнү анын ийгилигинин негизги шарты катары кабыл алууга аргасыз болгон [165].

Амбулаториялык жана стационардык жардамды каржылоодогу олуттуу диспропорциялар, медициналык жардамдын наркынын тынымсыз жогорулашы, стационарды алмаштыруучу зарыл технологиялардын жоктугу, аймактык дарыгер тарабынан дарылоо-профилактикалык иштердин бардык көлөмүн жүргүзбөө, оорулуунун жана анын үй-бүлөсүнүн ден соолугунун абалына көзөмөл кылбоо, көрсөтүлгөн медициналык жардамдын көлөмү жана сапаты үчүн жоопкерчиликтин жоктугу, жергиликтүү дарыгердин диспетчердик функциясы (амбулатордук оорулууларды адистерге кайрылуунун жыштыгы Татарстан Республикасында 40% га чейин, ал эми Батыш өлкөлөрүндө 12% га чейин жеткен), жалпы медицинага өтүү үчүн негиз болгон (үй-бүлөлүк) практика [169].

Айта кетчү нерсе, азыркы учурда дүйнөнүн көп өлкөлөрүндө жалпы медициналык (үй-бүлөлүк) практика калк менен алгачкы байланыш деңгээлинде жеткиликтүү, натыйжалуу дарылоо жана профилактикалык жардамды камсыз кылат. Мисалы, Улуу Британияда саламаттыкты сактоого чакыруулардын 90% га чейин GP деңгээлинде жасалат. АКШда америкалык дарыгерлердин 25% га чейин "GP/GP негизинде жалпы баштапкы жардам көрсөтүү" менен алектенишет [170]. Ошол эле учурда медициналык жардам көрсөтүү боюнча бардык кайрылуулардын 47% жалпы практикалык дарыгерлерге туура келет. Учурда АКШда 220 миңден ашык жалпы практикалык дарыгерлер бар. Ар бир 400 тургунга бир ҮБД туура келет [171].

Норвегияда, Швецияда жана Финляндияда «Ден соолук борбору» деп аталган коомдук практиканын моделдери ийгиликтүү ишке ашырылды.

Норвегияда дарыгерлердин жарымы үй-бүлөлүк дарыгерлер, Швецияда дарыгерлердин үчтөн бири үй-бүлөлүк дарыгерлер. Топтук практика түрүндөгү GP/SP практикасы Финляндияда кеңири таралган.

Германияда калктын 90%ынын өз үй-бүлөлүк дарыгерлери бар, бул өлкөдөгү дарыгерлердин 46,8%ы.

Францияда 58 000 жалпы практикалык дарыгерлер бар. 1000 калкка 1 дарыгер туура келет. Бул өлкөдө GP/GPs үчүн адистештирүү киргизилген - 1985- жылдан бери 2 жыл [172]. Австралияда 43% жалпы практикалык дарыгерлер. Австрияда дарыгерлер 32% түзөт. Жалпы медициналык практика Израилде, Ирландияда, Грецияда, Испанияда, Данияда, Португалияда, Швейцарияда жана башка көптөгөн өлкөлөрдө кеңири таралган. Бул өлкөлөрдө 3%тен 12%ке чейин медициналык жардам жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер тарабынан көрсөтүлөт [173].

1.3 Кыргыз Республикасында баштапкы медициналык-санитардык жардам системасынын абалы жана өнүгүү перспективалары (Ош облусунун мисалында)

Кыргыз Республикасынын БМСЖ өркүндөтүлгөн моделин иштеп чыгуу 1994-жылы Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоонун улуттук саясатын бекитүүдөн башталып, андан кийин Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо системасын реформалоонун Улуттук «Манас» программасын ишке ашыруу, 1996-2006-жылдар; 2006-2010-жж. «Манас таалими» Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо системасын реформалоонун улуттук программасы. 1 жана «Ден соолук», 2012-2016-ж. 2 Кыргыз Республикасынын МСАК моделин өнүктүрүү Кыргыз Республикасынын Президентинин 2018-жылдын 31-октябрындагы № 221 Жарлыгы менен бекитилген 2018-2040-жылдарга Кыргыз Республикасын өнүктүрүүнүн Улуттук стратегиясында андан ары иштелип чыккан [47, 48].

Стратегияны жактыруудан кийин 2019-2030-жылдарга калктын саламаттыгын сактоо жана саламаттыкты сактоо системасын өнүктүрүү боюнча Өкмөттүн программасын бекитүү менен коштолду. Өкмөттүн 2018-жылдын 20- декабрындагы No600 токтому менен “Дени сак адам – гүлдөгөн өлкө” жана аны ишке ашыруу планы [94]. Программада саламаттыкты сактоо тармагын реформалоонун 11 негизги багыттары аныкталып, ар бир багыт боюнча иш-чаралар каралган [26, 27, 28].

1996-жылдан баштап Кыргызстандасаламаттыкты сактоону реформалоо процесси башталды, анын негизги пункту болуп биринчи медициналык-санитардык жардамды өнүктүрүүжана Алматы декларациясынын негизги принциптерине толук шайкеш келген үй-бүлөлүк медицинанын принциптерин киргизүү саналат. Алгачкы этапта (1996-2004-ж.) белгилүү бир ийгиликтерге жетишилди: Үй-бүлөлүк медицина институту ишке киргизилди, дарыгерлер кайра даярдалды, үй-бүлөлүк дарыгерлерди ординатурага окутуу башталды. Ошол эле учурда үй-бүлөлүк медицинанын принциптери башынан эле толук ишке ашырылган эмес [37]. Кийинчерээк, баштапкы медициналык-санитардык жардамга жетиштүү көңүл бурбоо, эмгек шарттарынын канааттандыруу эместиги, үй-бүлөлүк дарыгердин ролун туура түшүнбөө, эмгек акынын татыктуу деңгээлине жол бербеген каржылоонун жетишсиздиги дарыгерлердин кетиши жана башка факторлор үй-бүлөнүн беделинин олуттуу төмөндөшүнө алып келген [20]. Алгачкы медициналык-санитардык жардамдын философиясын жана Алматы декларациясынын негизги принциптерин бурмалоо, өзгөчө региондордо баштапкы медициналык-санитардык жардамдын сапатынын жана жетишсиздигинин олуттуу төмөндөшү менен кризистик көрүнүштөргө алып келди.

Эл аралык аныктама үй-бүлөлүк медицинаны жана жалпы медициналык практиканы биринчи кезекте академиялык жана илимий адистик катары аныктаганына карабастан, Кыргызстанда (башка КМШ

өлкөлөрүндөй эле) ал клиникалык гана дисциплина болуп саналат. Парадокс бул дарыгерлердин саны боюнча эң чоң адистик болуп саналат, алардын ишмердүүлүгү бейтаптын көйгөйлөрүнүн 90-95% жана саламаттыкты сактоонун 150 № 1 2019-марты менен гана байланышкан. Ошол эле учурда Астана декларациясында илимий изилдөөлөрдү жүргүзүү, билим жана тажрыйба алмашуу, баштапкы медициналык-санитардык жардамдын потенциалын күчөтүү зарылчылыгы баса белгиленген [20]. Үй-бүлөлүк медицина салыштырмалуу жаш жана клиникалык дисциплина катары жалпы кабыл алынган аныктамага ээ эмес. Адатта, клиникалык медицинаны адистиктерге бөлүү анатомияга, жаш курагына же саламаттыкты сактоо кызматкерлери колдонгон технологияга негизделет [71].

Н.Н.Бримкуловдун (2018) изилдөөсүнө таянсак, Кыргыз республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигинин аныктамасына ылайык, үй-бүлөлүк дарыгер - бул калкка жынысына жана жашына карабастан баштапкы медициналык жардам көрсөтүүчү жогорку медициналык билимдүү адис. Ушул эле документте орто медициналык билими бар үй-бүлөлүк медицина боюнча адисти тандоонун өбөлгөлөрү камтылган [23].

Ж.В. Дороштун (2019) айтымында, үй-бүлөлүк медицина адиси туш болгон клиникалык көйгөйлөрдүн кеңдиги анын белгилүү бир психологиялык макиязга ээ болушун талап кылат, бул кууш адистин пациентине болгон мамилесинен кыйла айырмаланат [38].

Р. Тейлордун аныктамасы боюнча, - үй-бүлөлүк медицина адистиги катары анда иштеген адистердин баалуулуктар тутуму менен мүнөздөлөт [160]. Бул, биринчиден, пациенттин клиникалык көйгөйлөрү, үй-бүлөнүн контекстиндеги медициналык жардам, пациенттин ден-соолугуна жеке

мамиле, коом үчүн үй-бүлөлүк адистин өзгөчө ролу жана мааниси жөнүндө кеңири көз караш. Көптөгөн эмгектердин авторлору үй-бүлөлүк медицинанын өзгөчөлүктөрүн ар кандай талкуулап бул адистикте түрдүү

аныктамаларды беришет [151].

Баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) саламаттыкты сактоонун негизги компоненти катары дүйнө жүзүндө кеңири таанылган. Бул концепция 1978-жылы Алма-Ата декларациясында белгиленип, калкка медициналык жардамды жеткиликтүү жана адилеттүү кылуу максатын көздөгөн [112].

Бүгүнкү күндө БМСЖнын мааниси андан да артып, саламаттыкты сактоо системасынын туруктуулугунун жана натыйжалуулугунун негизги көрсөткүчү катары каралууда. Кыргыз Республикасында да БМСЖ системасын өнүктүрүү улуттук саламаттыкты сактоо саясатынын артыкчылыктуу багыттарынын бири болуп саналат. Кыргызстанда БМСЖ системасынын өнүгүшү бир нече этаптардан өткөн. 1990-жылдардын аягында

«Манас» улуттук саламаттыкты сактоо программасы кабыл алынып, анын негизинде үй-бүлөлүк медицина институту түзүлгөн. Бул өзгөрүү саламаттыкты сактоо системасын мурдагы адистештирилген моделден универсалдуу, интеграцияланган кызмат көрсөтүү моделине өткөрүүнү максат кылган. Мындан кийинки "Манас таалими" (2006–2011), "Ден соолук" (2012–2016), жана "Дени сак эл – өнүккөн өлкө" (2017–2021) программалары аркылуу БМСЖны өнүктүрүү аракеттери уланган [83].

Кыргыз Республикасында БМСЖ системасын өнүктүрүүдө бир катар жетишкендиктерге ээ болду: Универсалдуу үй-бүлөлүк медицина модели ишке киргизилди. Үй- бүлөлүк дарыгерлер калктын жашына, жынысына жана оорунун түрүнө карабастан комплекстүү жардам көрсөтүүгө үйрөтүлдү.

1. Кадрларды даярдоо жана кайра даярдоо иштери жолго коюлду. Медициналык академияларда жана квалификацияны жогорулатуу институттарында үй-бүлөлүк дарыгерлерге атайын программалар аркылуу билим берилүүдө. Ошондой эле, медайымдардын ролу күчөп, аларга кошумча ыйгарым укуктар берилди [1].

2. Тейлөөнүн жакындыгы жана жеткиликтүүлүгү камсыздалууда. Аймактарда үй-бүлөлүк медицина борборлору (ҮМБ), саламаттыкты сактоо түйүндөрү (ЦОВП) жана фельдшердик-акушердик пункттар (ФАП) кеңейтилип, алыскы айылдарга чейин жеткиликтүү жардам көрсөтүлүп жатат [83].

3. Профилактикалык иштер жанданды. Калк арасында дарыланууга чейин алдын алуу, скрининг, эмдөө жана саламат жашоо образын калыптандыруу боюнча иштер күчөдү [64].

4. Эл аралык өнөктөштүк өнүгүүдө. ДССУ, ЮНИСЕФ жана башка уюмдардын колдоосу менен техникалык жардамдар көрсөтүлүп, пилоттук долбоорлор ишке ашырылды [37].

Жогорудагы жетишкендиктерге карабастан, БМСЖ системасы дагы эле олуттуу көйгөйлөргө туш болууда:

1. Кадрдык жетишсиздик. Өзгөчө айылдык жерлерде үй-бүлөлүк дарыгерлердин саны жетишсиз, ал эми көпчүлүгү пенсия курагындагы адистер. Жаш кадрлар бул тармакка келүүгө кызыкдар эмес, себеби эмгек акы аз, шарттар начар [1].

2. Материалдык-техникалык базанын эскилиги. ФАПтардын жана ҮМБлардын көпчүлүгү эски имараттарда жайгашып, керектүү жабдуулар жетишсиз.

3. Санариптештирүүнүн начар деңгээли. Электрондук саламаттыкты сактоо системасы толук кандуу ишке кире элек. Дарыларды жазып берүү, бейтаптарды каттоо жана отчеттуулук көп учурда кагаз түрүндө жүргүзүлөт [74].

4. Калктын ишеничинин төмөндүгү. Сурамжылоолор көрсөткөндөй, калктын жарымынан көбү үй-бүлөлүк медицинага толук ишенбейт. Бейтаптар көп учурда түз эле адистештирилген дарыгерлерге кайрылууга аракет кылышат .

5. Финансылык жетишсиздик. БМСЖга бөлүнгөн мамлекеттик

каражат жетишсиз. Аймактык деңгээлде финансылык автономия жок, бул болсо жергиликтүү кызматтарды өнүктүрүүгө тоскоол болот.

6. Интеграциянын жетишсиздиги. БМСЖ менен оорукана деңгээлинин ортосундагы кызматташтык жана маалымат алмашуу механизми жеткилең эмес [50].

Кыргыз Республикасында баштапкы медициналык-санитардык жардам системасы акыркы жылдары бир топ өзгөрүүлөргө дуушар болду. Улуттук программалар аркылуу үй-бүлөлүк медицина модели калыптанып, медициналык кызматтар аймактарга жакындашып, алдын алуу иштери жандандырылды. Бирок, кадрдык, материалдык жана уюштуруучулук көйгөйлөр дагы деле актуалдуу бойдон калууда.

Системанын туруктуу өнүгүүсү үчүн төмөнкү чаралар маанилүү: Аймактарда жаш кадрларды тартуу үчүн стимулдарды (үй-жай, жогорулатылган айлык) күчөтүү; Материалдык-техникалык базаны жаңыртуу жана заманбап жабдуулар менен камсыздоо;

- Электрондук саламаттыкты сактоо системасын ишке киргизүү;
- Калк арасында ишенимди жогорулатуу үчүн маалымдоо жана түшүндүрүү иштерин жүргүзүү;
- БМСЖ деңгээлиндеги кызматтардын сапатын баалоо жана көзөмөлдөө механизмдерин киргизүү.

Ушул багыттарда туруктуу жана натыйжалуу саясат жүргүзүлсө, Кыргыз Республикасындагы БМСЖ системасы чынында калкка жакын, эффективдүү жана ишенимдүү кызмат көрсөтүү булагына айлана алат.

Ош облусундагы баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) системасы Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо тармагындагы негизги компоненттердин бири болуп саналат. Облустун географиялык өзгөчөлүктөрү, калктын саны жана аймактык бөлүнүшү БМСЖнын уюштурулушуна жана жеткиликтүүлүгүнө түздөн-түз таасир этет.

2018-жылдагы Улуттук статистика комитетинин маалыматына ылайык, Ош облусунда жалпы 2 259 дарыгер иштеген, бул 10 000 калкка 16,8 дарыгерден туура келет [84]. Бул көрсөткүч республика боюнча орточо деңгээлге жакын, бирок калктын өсүшү жана аймактык таралышы эске алганда, дарыгерлердин жетишсиздиги байкалат.

Ош шаарындагы БМСЖ мекемелеринин инфраструктурасын жакшыртуу боюнча иштер жүргүзүлүп жатат. Мисалы, 2023-жылы Ош шаарында баштапкы медициналык-санитардык жардам кызматынын инфраструктурасын жакшыртуу боюнча долбоорлор ишке ашырылган [81,82]

Бул аракеттердин алкагында жаңы медициналык жабдуулар орнотулуп, мекемелердин материалдык-техникалык базасы жаңыртылган.

БМСЖ кызматтарынын каржыланышы мамлекеттик кепилдиктер программасынын алкагында жүргүзүлөт. Бул программа жарандарды медициналык-санитардык жардам менен камсыздоону жана анын жеткиликтүүлүгүн камсыз кылууга багытталган [105]. Ош облусунда бул программа аркылуу БМСЖ мекемелеринин ишмердүүлүгү каржыланып, калкка сапаттуу медициналык кызмат көрсөтүү шарттары түзүлүүдө.

Ош мамлекеттик университетинин медициналык факультети аркылуу облустагы БМСЖ мекемелерине кадрларды даярдоо иштери жүргүзүлөт. Медициналык билим берүү мекемелери үй-бүлөлүк дарыгерлерди жана орто медициналык кызматкерлерди даярдоого өзгөчө көңүл бурушат. Бул аракеттер БМСЖ системасын кадрдык жактан камсыздоого багытталган [90],

Ош облусундагы баштапкы медициналык-санитардык жардам системасы акыркы жылдары бир топ оң өзгөрүүлөргө дуушар болду. Дарыгерлердин санынын өсүшү, инфраструктуранын жакшыртылышы жана мамлекеттик программалар аркылуу каржылоо БМСЖнын сапатын жогорулатууга өбөлгө түзүүдө. Ошентсе да, калктын өсүшү, аймактык

өзгөчөлүктөр жана кадрдык жетишсиздик сыяктуу маселелер дагы эле актуалдуу бойдон калууда. Бул көйгөйлөрдү чечүү үчүн комплекстүү чаралар жана туруктуу саясат жүргүзүлүшү зарыл [72].

1-бап боюнча корутунду

Кыргыз Республикасында баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) системасы саламаттыкты сактоонун туруктуулугунун, жеткиликтүүлүгүнүн жана адилеттүүлүгүнүн негизги өзөгү катары каралат.

Бул принциптер 1978-жылы Алма-Ата декларациясында (WHO, 1978) таанытылып, ар бир адам үчүн жеткиликтүү жана сапаттуу медициналык жардам көрсөтүү максатын камтыган. Андан бери БМСЖ концепциясы дүйнөлүк коомчулук тарабынан үзгүлтүксүз өнүгүп келе жатат.

Кыргызстанда БМСЖ системасын өнүктүрүү бир нече стратегиялык этаптардан өткөн: 1996-жылы башталган «Манас» улуттук программасы, кийинчерээк аны улаган «Манас Талас», «Ден соолук» жана «Саламаттык» программалары өлкөдө үй-бүлөлүк медицинанын институтун киргизүүгө жана бекемдөөгө багытталган [83]. Бул программалар аркылуу тейлөөнү жакындатуу, кадрларды кайра даярдоо, калктын саламаттыгын алдын алуу жана ресурстарды натыйжалуу пайдалануу максаттары көздөлгөн.

Бирок жетишкендиктер менен катар бир катар татаал көйгөйлөр бүгүнкү күндө дагы актуалдуу бойдон калууда. Айрыкча кадрдык тартыштык, үй- бүлөлүк дарыгерлердин аймактык жетишсиздиги, инфраструктуранын эскилиги, электрондук системалардын толук кандуу иштебеши жана калктын ишениминин төмөн деңгээли саламаттыкты сактоонун бул звеносунун натыйжалуулугун чектеп жатат [1, 50, 74]

2020-жылдардагы сурамжылоолорго ылайык, калктын 53% гана үй-бүлөлүк медициналык кызматка толук канааттанарын белгилешкен [50]. Мындай көрсөткүч калктын ишеничин жоготконун, ошондой эле БМСЖ системасынын сапатын жана кабыл алынуусун жакшыртуу зарылдыгын көрсөтөт. Ош облусу боюнча талдоо көрсөтүп тургандай, дарыгерлердин

камсыз болуу деңгээли 10 миң калкка 16,8 дарыгерден туура келет – бул республикадагы орточо көрсөткүчкө жакын болгону менен, региондук өзгөчөлүктөрдү жана калктын динамикасын эске алганда жетишсиз [50]

Ошондой эле материалдык-техникалык база көпчүлүк мекемелерде эскирген, ал эми санариптештирүү деңгээли төмөн бойдон калууда [81, 82, 88, 90]

Бул абал Кыргыз Республикасында жана өзгөчө аймактарда (мисалы, Ош облусунда) БМСЖ системасын өнүктүрүү боюнча илимий негизделген, комплексүү изилдөөлөргө жана практикалык сунуштарга болгон муктаждыкты күчөтөт. Заманбап дүйнөдө медициналык тейлөөнүн сапаты, жеткиликтүүлүгү жана калктын ишеними – ар бир өлкөнүн коомдук ден соолугунун индикатору катары каралат.

Ошондуктан, бул изилдөө Кыргыз Республикасындагы БМСЖ системасынын азыркы абалын талдоого, көйгөйлөрүн аныктоого жана аларды чечүүгө багытталган сунуштарды иштеп чыгууга багытталган. Бул иш өзүнүн илимий актуалдуулугу жана практикалык мааниси менен айырмаланат, ошондой эле улуттук саламаттыкты сактоо саясатына кошкон салым катары кызмат кыла алат.

2-бап.

ИЗИЛДӨӨНҮН МЕТОДОЛОГИЯСЫ ЖАНА ЫКМАЛАРЫ

2.1 Изилдөө методологиясы

Изилдөөнүн объектиси: Ош областындагы баштапкы медициналык-санитардык жардам.

Изилдөөнүн предмети: Ош облусунда үй-бүлөлүк медицина борборлорунун, жалпы дарыгерлер практикалык борборлорунун жана үй-бүлөлүк дарыгерлер топторунун уюштурулушу жана ишмердүүлүгү.

Калктын саламаттыгынын көрсөткүчтөрү, профилактикалык иш-чаралар жана амбулатордук жардамдын көлөмү жөнүндө маалыматтар баштапкы медициналык документтерден, ошондой эле 2019-2024-жылдарга жылдык статистикалык отчеттуулуктан (ЗДРАВ 12-форма, НСК 12-форма) алынган.

Маалымат булагы катары төмөнкү документтер пайдаланылды: кош бойлуу аялдардын медициналык документтери (n=30); үй-бүлөлүк дарыгердин иш күндөлүгү 020/у (n=156); диспансердик байкоо картасы 030/у; Үй-бүлөлүк дарыгердин анкетасы (n=100); үй-бүлөлүк медицина боюнча коомдук пикирди аныктоо үчүн анкеталар (n=300).

Изилдөө 4 этап менен жүргүзүлдү. Изилдөөнүн планы жана программасы 2.1.1-таблицада берилген.

2.1.1-таблица – Изилдөөнүн планы жана программасы

№ к/н	Изилдөө этабынын максаты	Изилдөөнүн объектиси, предмети жана көлөмү	Изилдөө ыкмасы
1	Проблеманы изилдөө, изилдөө планын жана программасын иштеп чыгуу, эксперименталдык базаны түзүү	Ош областында биринчи медициналык жардам. Үй-бүлөлүк дарыгер-н ишмердүүлүгүн талдоо (n=100 анкета)	Аналитикалык, социологиялык
2	Уюштуруу маселелерин жана көйгөйлөрүн аныктоо үчүн жалпы дарыгерлер практикасынын ишмердүүлүгүн комплексүү талдоо	Үй-бүлөлүк дарыгерлер борборлору, жалпы практика борборлору, үй-бүлөлүк дарыгерлер топтору (n= 520 карта)	Ретроспективдүү, уюштуруучулук моделдөө
3	Бейтаптын кайрылуусу жана оорунун динамикасын изилдөө	БМСЖда бейтаптарды сурамжылоо (n=300)	Социологиялык, статистикалык
4	Интегралдык, адамдарга багытталган баштапкы медициналык-санитардык жардамдын моделин иштеп чыгуу жана ишке ашыруу.	БМСЖдын ИМБИ модели. Моделдин негизги функциялары жана мүнөздөмөлөрү	Уюштуруучулук моделдөө, аналитикалык

I этапта Ош облусунун баштапкы медициналык-санитардык жардам системасынын учурдагы абалына талдоо жүргүзүлдү. Бул үй-бүлөлүк дарыгерлер борборлорунун түзүмүн жана ишин изилдөө, негизги көйгөйлөрдү жана кемчиликтерди аныктоону камтыйт.

II этапта медициналык уюмдардын ишинин көрсөткүчтөрү изилденген, анын ичинде пациенттерге баруу, кайрылуунун жыштыгы жана көрсөтүлүүчү кызматтардын мүнөзү. Бул жардамды уюштуруудагы негизги кыйынчылыктарды аныктоого мүмкүндүк берди.

III этапта диспансердик каттоодо турган бейтаптарга сурамжылоо жүргүзүлгөн. Алардын баруу жыштыгы, тейлөө сапатына канааттануу жана дарылоонун натыйжалуулугу боюнча маалыматтар чогултулган.

Жыйынтыктоочу IV этапта инсанга багытталган биринчи медициналык- санитардык жардамдын интегралдык модели, анын негизги мүнөздөмөлөрү жана функциялары сунушталган.

Инсандын муктаждыктарына багытталган интеграцияланган моделдин негизинде баштапкы медициналык-санитардык жардамды (БМСЖ) өркүндөтүү боюнча изилдөө 2022–2023-жылдары Ош шаарынын №4 жана №5 үй-бүлөлүк медицина борборлорунун (ҮМБ) филиалдарынын базасында жүргүзүлдү.

Изилдөө Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин жана эл аралык өнөктөштөрдүн, анын ичинде GIZ уюмунун колдоосу менен ишке ашырылды.

Изилдөөнүн максаты — калктын муктаждыктарына багытталган, интеграцияланган БМСЖ моделин иштеп чыгуу жана анын натыйжалуулугун баалоо. Бул моделге тармактар аралык кызматташуу, 5S принциптерин колдонуу, процесстерди санариптештирүү жана орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүү каралган.

Изилдөө комплекстүү ыкма менен жүргүзүлүп, ага клиникалык, уюмдук-аналитикалык, социологиялык жана статистикалык ыкмалар колдонулган.

Изилдөө үч негизги багытты камтыды:

1. Коомдук жана медициналык жактан коркунучтуу топко кирген кош бойлуу аялдар арасында анемияны алдын алуу жана дарылоодо тармактар аралык кызматташуунун натыйжалуулугун баалоо (№5 ҮМБ).

2. 5S принциптерин жана электрондук каттоо системасын киргизүү аркылуу кызмат көрсөтүүнүн сапатын жогорулатуу (№4 ҮМБ).

3. Медайымдардын алдын ала кабыл алуу жана бейтаптарды коштоп жүрүү практикасында өз алдынча иш алып баруу моделин сыноо жана натыйжаларын баалоо (№5 ҮМБ).

.

2.2 Изилдөөнүн ыкмалары

Биринчи багыт боюнча социалдык жана медициналык көрсөткүчтөр боюнча тобокелдик тобуна кирген 30 кош бойлуу аял тандалып алынып, алардын гемоглобин деңгээли дары-дармек менен дарылоонун алдында жана 14 күн өткөндөн кийин өлчөндү. Дарылоодо темир препараттары жана фольй кычкылы колдонулду. Статистикалык талдоо үчүн Стьюденттин t-критерийи жана χ^2 -тести пайдаланылды ($p < 0,05$ деңгээли ишенимдүү деп кабыл алынды).

Экинчи багытта документтерди жана бейтаптардын агымын анализдөө үчүн кырдаалдык анализ жүргүзүлүп, архивдик амбулатордук карталарга аудит жасалды ($n = 7850$), анкеталык сурамжылоо бейтаптар ($n = 360$) жана медицина кызматкерлери арасында жүргүзүлдү. 5S принциптери негизинде сорттоо, системалаштыруу, санитаризация, стандартташтыруу жана өркүндөтүү ыкмалары колдонулду. Ошондой эле электрондук каттоо жана алдын ала жазылуу тутуму киргизилди.

Үчүнчү багыт боюнча №5 ҮМБда орто медицина кызматкерлеринин өз алдынча практикасын пилоттук негизде киргизүү жүргүзүлүп, анын алкагында

18 медайым жана 120 бейтап арасында сурамжылоо өткөрүлдү. Мындан тышкары, мекеме жетекчилери менен эксперттик маектер жана

уюмдаштыруу көрсөткүчтөрүнө салыштырмалуу талдоо жүргүзүлдү.

Колдонулган негизги ыкмалар

- Клиникалык ыкмалар – анемия менен жабыркаган кош бойлуу аялдар арасында дары-дармек менен дарылоонун натыйжалуулугун баалоо.
- Уюмдук-аналитикалык ыкмалар – бейтаптардын агымын, каттоо жана документ жүгүртүү процесстерин талдоо.
- Социологиялык ыкмалар – анкеталоо жана маектешүү аркылуу медицина кызматкерлеринин жана калкты пикириниликтөө.
- Бережливое башкаруу (5S) ыкмалары – картотекаларды ирээтке келтирүү жана уюштуруу.
- Статистикалык ыкмалар – орточо көрсөткүчтөрдү эсептөө, стандарттык четтөөлөрдү аныктоо, t-критерий жана χ^2 -тест аркылуу алынган маалыматтарды ишенимдүүлүккө текшерүү.

Этикалык маселелер

Изилдөө этикалык стандарттарга ылайык жүргүзүлүп, катышуучулардын ыктыярдуу макулдугу, анонимдүүлүк жана маалыматтарды купуялуулук менен сактоо камсыздалган. Мындан тышкары, жергиликтүү кварталдык комитеттер катышуучуларды маалымдоо жана уюштуруу иштерине активдүү тартылган.

Функционалдык компоненттер: мультидисциплинаардык бригадаларды киргизүү (үй-бүлөлүк врач, медайым, социалдык кызматкер);

- o Эсептөөнү цифралдаштыруу (бирдиктүү электрондук мониторинг системасы);
- o Алдын алуу багытын бекемдөө (тобокел топтор үчүн жыл сайын скрининг).

2. Уюштуруу принциптери:

- o Пациенттердин маршрутташтырылышын оптималдаштыруу;
- o Кызматкерлердин квалификациясын аккредитацияланган билим

берүү модулдары аркылуу жогорулатуу.

Сандык жана сапаттык методдор:

1. **Аналитикалык метод** – отчетторду жана нормативдик документтерди системалаштыруу.
 2. **Уюштуруу моделдөө** – региондун ресурстук мүмкүнчүлүктөрүн эске алуу менен ИОНЛ БМСЖ моделдерин долбоорлоо.
 3. **Ретроспективдүү анализ** – 2019–2024-жылдардагы оорулуулук динамикасын баалоо:
 - o **Абсолюттуу өсүш:** $A=Y_n-Y_0$ $A=Y_n-Y_0$;
 - o **Өсүш темпи:** $T=A/Y_0 \times 100\%$ $T=Y_0/A \times 100\%$.
 4. **Социологиялык метод** – 5 баллдык Ликерт шкаласын колдонуу менен сурамжылоо.
 5. **Статистикалык анализ** – Microsoft Excel программасында маалыматтарды иштетүү:
 - o **Стьюдент критерийи** – айырмачылыктардын ишенимдүүлүгүн баалоо ($p < 0,05$ $p < 0,05$);
 - o **Репрезентативдүүлүк катасы** ($m = \sigma/n$ $m = n\sigma$);
 - o **χ^2 критерийи** – категориялык өзгөрмөлөрдү анализдөө.
- Изилдөөнүн чектөөлөрү:**
- Пациенттердин үлгүсү айылдык аймактар үчүн репрезентативдүү эмес;
 - ИОНЛ БМСЖ моделдеринин туруктуулугун баалоо үчүн узак мөөнөттүү маалыматтардын жоктугу.

Методология боюнча корутунду

Сандык жана сапаттык методдордун айкалыштырылган колдонулушу изилдөөнүн көп аспекттүүлүгүн камсыз кылды. Иштеп чыккан БМСЖдын ИМБИ моделдери окшош социалдык-экономикалык шарттагы аймактарда ден соолук сактоо системасын оптималдаштырууга негиз боло алат.

3-бап.

ӨЗДҮК ИЗИЛДӨӨНҮН НАТЫЙЖАЛАРЫ ЖАНА АЛАРДЫ ТАЛКУУЛОО

3.1 Ош облусунун демографиялык абалы жана баштапкы медициналык-санитардык жардамдын жеткиликтүүлүгү

«Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Электрондук саламаттык сактоо борборунун» жылдык статистикалык маалыматтарына талдоо 2018-жылдан 2023-жылга чейинки мезгилде «Башкы медициналык-санитардык жардамды жана башка амбулатордук кызматтарды көрсөтүүчү саламаттык сактоо уюмдарынын иши жөнүндө отчет» 12-ЗДРАВ формасын колдонуу менен жүргүзүлүп, калктын түзүмү; ММКны үй-бүлөлүк дарыгерлер менен камсыз кылуу жана ММКны каржылоо; үй-бүлөлүк дарыгерлер тобуна, анын ичинде Үй-бүлөлүк медициналык борборго кайрылуулардын жалпы саны; 2018-2023-жылдарга калктын жалпы оорусу; мониторинг ооруларга медициналык жардам көрсөтүү изилденген.

2015-2023-жылдарга Ош облусунун калкынын жалпы саны +25,5%га көбөйгөн (1 055 531ден 1 324 172 миң адамга чейин), бирок динамикасы бирдей эмес. Баштапкы этап (2015–2018-ж.) туруктуу өсүү менен мүнөздөлгөн (орточо жылдык өсүү темпи +4,23%), 2018-жылы максимумга жеткен (1 195 111 миң адам). 2019-жылдагы кескин төмөндөө (-1,39%) эмгек миграциясы же эсептин методологиясынын өзгөрүшү сыяктуу тышкы факторлорго байланыштуу болушу мүмкүн. Кийинки өсүш (2020–2022) жылына орто эсеп менен +3,76% га чейин жетип, ал эми 2023-жылга карата өсүш +0,58%ды түздү, бул демографиялык туруксуздукту көрсөтөт. 2023- жылга карата өсүү темпинин басандашы калктын картаюусунун таасирин, социалдык кызматтардын жеткиликтүүлүгүн жана миграциялык саясатты талдоону талап кылат (3.1.1-таблица).

3.1.1-таблица – 2015-2023-жылдары Ош облусунун үй-бүлөлүк дарыгерлер тобунда каттоодо турган калктын саны

№ к/и	Жылдар	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Жалпы п	1055531	1115117	1151818	1195111	1178503	1228275	1268582	1316505	1324172
	Өсүү темпи %	—	+5,64	+3,29	+3,76	-1,39	+4,22	+3,28	+3,78	+0,58
2	Камсыздан- дырылган п	722633	757907	786922	822187	825432	873200	909092	946248	967391
	Өсүү темпи %	—	+4,88	+3,83	+4,48	+0,39	+5,79	+4,11	+4,09	+2,24
3	Аялдар п	531967	561602	580070	603215	591675	616461	636295	658732	661198
	Өсүү темпи %	—	+5,57	+3,29	+3,99	-1,91	+4,19	+3,22	+3,53	+0,37
4	Төрөт курактагы аялдар п	262124	262019	266225	282593	273452	280926	294424	297722	282422
	Өсүү темпи %	—	-0,04	+1,60	+6,15	-3,24	+2,73	+4,80	+1,12	-5,15
5	0-14 жаштагы балар п	363862	370657	393687	431481	429116	444309	456984	470577	477721
	Өсүү темпи %	—	+1,87	+6,22	+9,60	-0,55	+3,54	+2,86	+2,97	+1,52

Эскертүү: п - миң кишиге; — сандын азайгандыгын көрсөтөт.

2019-жылдагы кескин төмөндөө терең изилдөөнү талап кылган кризистик көрүнүштөрдүн (экономикалык, эпидемиологиялык) көрсөткүчү болушу мүмкүн.

Камсыздандырылгандардын саны +33,9%га (722 633 адамдан 967 391 миң адамга чейин) көбөйдү, өсүү туу чокусу 2020-жылга туура келет (+5,79%), бул, мамлекеттик медициналык камсыздандыруу программаларын камтуунун кеңейиши менен шартталган. 2019-жылдагы басаңдоо (+0,39%) жалпы демографиялык төмөндөө менен байланышат, ал эми 2023-жылга карата -2,24%га чейин басаңдоо камсыздандыруунун толугунан же айрым топтор үчүн кызмат көрсөтүүлөрдүн жеткиликтүүлүгүнүн төмөндөшүн көрсөтүшү мүмкүн.

Камсыздандырылгандардын динамикасы социалдык саясаттын эффективдүүлүгүн чагылдырат, бирок өсүштүн басаңдашы калктын аярлуу катмарын системага киргизүүдөгү тоскоолдуктарга (мисалы, финансылык же административдик) баа берүүнү талап кылат.

Аялдардын саны +24,3%га өскөн (531967ден 661198 миң кишиге чейин), бирок 2019-жылы -1,91%га төмөндөө катталган, бул калктын жалпы санындагы ушул эле көрсөткүчтөн жогору. Бул эмгекке жарамдуу аялдардын миграциясы же төрөттүн төмөндөшү сыяктуу гендердик факторлорду көрсөтүшү мүмкүн. 2023-жылга карата өсүү дээрлик токтоп калды (+0,37%), бул аймактын репродуктивдүү потенциалы үчүн коркунучтарды жаратат.

Аялдардын үлүшүнүн кыскарышы гендердик баланскa мониторинг жүргүзүүнү жана аялдардын санын кармап калууга багытталган программаларды иштеп чыгууну талап кылат (мисалы, эмгек шарттарын жакшыртуу, энелерди колдоо).

Репродуктивдүү курактагы аялдардын депографиясы туруксуздукту көрсөтүштү: 2018-жылдагы кескин өсүш (+6,15%) мигранттардын агымы же статистикалык эсептердин оңдолушу менен байланыштуу болушу мүмкүн. 2019-жылы (-3,24%) жана 2023-жылы (-5,15%) төмөндөө демографиялык

туруктуулукка түздөн-түз коркунуч туудурган төрөт курагындагы аялдардын үлүшүнүн кыскарышын көрсөтөт.

Бул топтун өзгөчөлүгү төрөттүн алдын алуу үчүн абдан маанилүү. Жаш үй-бүлөлөрдү колдоо боюнча чаралар, анын ичинде турак-жай программалары, жеңилдиктер жана медициналык тейлөөгө жеткиликтүүлүк керек. 0–14 жаштагы балдар +31,3%га (363862ден 477721 миң адамга чейин) өстү, 2018-жылы эң жогорку өсүш (9,60%) менен төрөлдү, бул төрөлүүнү стимулдаштыруу боюнча программаларды ишке ашыруунун активдүү фазасына туура келет. Бирок 2023-жылга карата көрсөткүчтөрдүн төмөндөшү (+1,52%) мындай программалардын эффекти түгөнүп калганын же үй-бүлөлөрдүн социалдык-экономикалык шарттары начарлап кеткенин көрсөтүп турат. Балдардын өсүшүн турукташтыруу комплекстүү мамилени талап кылат, анын ичинде инфраструктураны жакшыртуу (бала бакчалар, мектептер), жөлөкпулдарды кеңейтүү жана жакырчылык менен күрөшүү. Репродуктивдүү курактагы аялдардын санынын азайышы жана балдардын санынын өсүшүнүн басаңдашы калктын табигый көбөйүшүнө коркунуч туудурат. Камсыздандырылган адамдардын санынын өсүшү саламаттыкты сактоонун жеткиликтүүлүгүн кеңейтүүдө прогрессти ырастайт, бирок прогресстин басаңдашы камтуудагы теңсиздикти жоюу зарылдыгын көрсөтөт.

Баштапкы медициналык-санитардык жардам калктын саламаттыгын сактоодо үзгүлтүксүз процесстин биринчи этабы болуп, элдин жашаган жана иштеген жерине жакын болуу зарылдыгын талап кылат. Учурда амбулатордук-кызматтын өнүккөнүнө карабастан, БМСЖ (баштапкы медициналык-санитардык жардам) системасы калктын муктаждыктарын толук канааттандыра албай келет.

Азыркы мезгилде үй-бүлөлүк медицина жана жалпы дарыгерлер практикалык борборлору негизинен шаарларда жана райондордун борборлорунда жайланышкан.

Шаарда БМСЖ көрсөтүүчү амбулатордук мекемелердин тармагы (Үй-бүлөлүк медицина борбору) бирдиктүү болуп, курамында чоңдор үчүн участкалык терапевт, балдар үчүн участкалык педиатр, аялдар үчүн участкалык гинеколог жана стоматологтор кызмат көрсөтүшөт. Ал эми райондордо амбулатордук жардамдын структурасы өзгөрмөлүү. Айрым райондордо, аялдар консультациялары, педиатриялык жардам, диспансердик каттоого алуу стоматологиялык жардам ҮМБун курамында болсо, башка райондордо ЖПДБда.

Келечектеги медициналык жардамды пландоодо, шаардын инвестициялык жагымдуулугун эске алуу зарыл. Себеби, акыркы жылдары Ош шаарында көп кабаттуу турак жайлардын активдүү курулушу жүрүп жатат. Ош шаарынын башкы планына ылайык, 2025-жылга карата шаар калкынын саны 400 миң адамды түзөт деп болжолдонууда, ал эми 2030-жылга карата бул сан 600 миң адамга жетет (3.1.2-таблица).

3.1.2-таблица – Ош шаары жана Ош облусунун калкынын санынын табигый өсүшү (1000 адамга)

№	Райондун аталышы	Калктын саны (мин адам)		Өсүү темпи	Өсүү темпи (1000 адамга)
		2015-жыл	2023-жыл	%	
1	Кара-Суу	396,2	482,2	21,7%	86,0
2	Ноокат	268,7	322,9	20,17%	54,2
3	Өзгөн	253,4	293,4	15,7%	40,0
4	Каракулжа	94,3	100,9	6,4%	6,6
5	Араван	121,4	145,8	20,0%	24,4
6	Алай	81,3	92,9	14,2%	11,6
7	Чоң-Алай	28,7	37,0	28,9%	8,3
8	Ош шаары	273,0	364,0	33,3%	91,0
9	Жалпы	1517,0	1839,2	20,5%	322,2

Таблицада көрүнүп тургандай 2015–2023-жылдар аралыгында Ош облусу жана Ош шаарынын калкы олуттуу өсүшкө ээ болду. Бул мезгилдин ичинде калктын саны 1517 миңден 1839,2 миңге жетип, жалпы 20,5% өсүштү көрсөттү. Демографиялык өзгөрүүлөрдүн мүнөзү ар кандай райондордо ар башка темптерде байкалууда.

Райондор боюнча өсүү анализи: Кара-Суу районунун калкы 396,2 миңден 482,2 миңге чейин көбөйүп, өсүү темпи 21,7% түздү. Бул район калктын саны боюнча лидер болуп саналат жана Ош шаарынын жанында жайгашкандыктан жогорку өсүү темпи миграцияга байланыштуу болушу мүмкүн.

Ноокат районунун калкынын саны 268,7 миңден 322,9 миңге жетип, өсүү темпи 20,17% түздү. Айыл чарба жана үй-бүлөлүк салттуу жашоо образы бул аймактын калк санынын туруктуу өсүшүнө өбөлгө түзүүдө.

Өзгөн району 15,7% өсүш менен калкы 253,4 миңден 293,4 миңге жетти. Бул район орточо өсүү темпин көрсөтүүдө.

Каракулжа районунун калкы 6,4% гана өсүп, 94,3 миңден 100,9 миңге жетти. Бул төмөнкү өсүү көрсөткүчү аймактын экономикалык жана географиялык шарттарына байланыштуу болушу мүмкүн.

Араван районунун калкы 121,4 миңден 145,8 миңге жетип, 20% өсүштү көрсөттү. Аймактын географиялык жагымдуулугу жана айыл чарба ресурстары бул өсүүгө салым кошот.

Алай районунун калкы 81,3 миңден 92,9 миңге көбөйүп, өсүү темпи 14,2% түздү. Тоолуу аймак болушу экономикалык мүмкүнчүлүктөрдү чектеп, салыштырмалуу төмөн өсүшкө себепкер болгон.

Чоң-Алай районунун калкы 28,7 миңден 37,0 миңге жетип, эң жогорку өсүү темпин көрсөттү — 28,9%. Бул көрсөткүч район калкынын санынын аз болгонуна жана жаңы инфраструктуралык мүмкүнчүлүктөрдүн түзүлүшүнө байланыштуу болушу мүмкүн.

Ош шаары боюнча жалпы элдин саны 273 миңден 364 миңге көбөйүп, өсүү темпи 33,3% түздү. Бул эң жогорку көрсөткүчтөрдүн бири болуп, шаарда экономикалык активдүүлүктүн, миграциянын жана табигый өсүштүн негизги факторлорун чагылдырат.

Ош облусу жана Ош шаарынын калкынын өсүшү жалпы аймактын демографиялык активдүүлүгүн жана экономикалык мүмкүнчүлүктөрүн көрсөтөт. Шаардык аймактар (Ош шаары жана Кара-Суу району) калктын жогорку өсүү темптери менен айырмаланып, бул аймактардагы инфраструктурага жана социалдык кызматтарга болгон муктаждыкты көбөйтөт. Тоолуу жана алыскы райондордо (Каракулжа, Алай) өсүү темпи төмөн болгон менен, алардын да потенциалы бар [5].

Изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча 2015–2023-жылдар аралыгындагы өсүү тенденциясы Ош облусунун жана Ош шаарынын регионалдык өнүгүүсүндө маанилүү роль ойноп жатканын тастыктайт. Бул өсүшкө жооп берүү үчүн социалдык инфраструктураны, транспорттук байланыштарды, билим берүү жана саламаттыкты сактоо кызматтарын өнүктүрүү зарыл. Аймактык өзгөчөлүктөрдү эске алуу менен ар бир район үчүн стратегиялык план иштеп чыгуу — келечектеги туруктуу өсүш үчүн маанилүү. Ошол себептен шаардагы баштапкы медициналык жардамды уюштуруу маселеси өзгөчө курч турат. Ошондой эле айрым райондордогу калктын санынын олуттуу өзгөрүшүнө байланыштуу амбулатордук медициналык жардамдын жаңы формаларын издөө учурдун талабы. Демек калктын көбөйүшү жаңы амбулатордук медициналык жардам көрсөтүүчү мекемелерди ачууну талап кылат.

Ошентип, Ош облусунун демографиялык динамикасы оң өзгөрүүлөрдү да (камсыздандыруунун өсүшү, балдардын санынын көбөйүшү) да, мамлекет жана коом тарабынан макулдашылган чараларды талап кылган түзүмдүк милдеттерди да чагылдырат.

2023-жылы Ош шаарынын үй-бүлөлүк медициналык борборунда

каттоодо тургандардын саны 375 674 адамды түзсө, анын 69,9,5% камсыздандырылган жарандар. Алардын 91 625и төрөт курагындагы аялдар (15-49 жаш), 149 268и 14 жашка чейинки балдар, 30 908и пенсионерлер.

2019-жылдан баштап Ош шаарында катталган калктын жалпы саны 2022- жылга чейин 321 596дан 375 624кө же 14,3%га өсөт. 2023-жылы ҮМБдагы адамдардын саны 2022-жылдан анча деле айырмаланбайт. Ошол эле талданып жаткан мезгилде камсыздандырылгандардын саны да 46180ге көбөйгөн. Беш жылдыкта төрөт курагындагы аялдардын саны да 7,1%га өскөн. Ошондой эле балдардын жана майыптардын санынын тиешелүүлүгүнө жараша 25,8%га жана 28,8%га өсүүсү байкалууда (3.1.3-таблица).

3.1.3-таблица – Ош шаарынын үй-бүлөлүк медициналык борборунун каттоодо турган калкы

№ к/н	Жыл	Жалпы калк саны	Камсыздан- дырылгандар	15 жашка чейинки балдар	Төрөт курактагы аялдар	Пенсионерлер
1	2019	321596	215286	110608	85093	21992
2	2020	345715	236831	125588	86018	22783
3	2021	360111	251746	123904	90471	25911
4	2022	375624	253366	144491	93114	22082
5	2023	373674	261466	149268	91625	30908

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин 2000-жылдын 20-июнундагы №202 буйругу менен бекитилген “Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу жөнүндө” жобого ылайык, шаар шартында аралаш калктын ар бир 1700үнө бир үй-бүлөлүк дарыгер туура келет.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоону өнүктүрүү боюнча

чаралардын комплексин бекитүү тууралуу Кыргыз Республикасынын

Министрлер Кабинетинин 2022-жылдын 14-январындагы N 9 токтомуна ылайык: Калкка баштапкы медициналык-санитардык жардам үй-бүлөлүк дарыгерлер топтору тарабынан (ҮФД) чоңойгон адамга 1 кызмат орду боюнча жалпы практикалык дарыгердин 00 өлчөмүндө көрсөтүлөт; педиатр - ар бир 700 балага; акушер-гинеколог - 3500 аялга; үй-бүлөлүк дарыгер - 1000-15000 адамга; үй-бүлөлүк медайым - ар бир үй-бүлөлүк дарыгер кызмат ордуна.

Жобого ылайык, Ош шаарына 219 үй-бүлөлүк дарыгер керек. 2023-жылга карата жылдык статистикалык отчетко ылайык, 219 үй-бүлөлүк дарыгерлик орун бөлүнгөн, анын ичинен 185,50 орун ээлеген. Башкача айтканда, Ош шаарында үй-бүлөлүк дарыгерлердин штаттык деңгээли 87,5%ды түзөт. Ош шаарында үй-бүлөлүк медицина адистери жетиштүү болгону менен, ОшМУда эки медициналык факультет бар, аларда жалпы практикалык дарыгерлер даярдалат.

Бул Ош шаарынын үй-бүлөлүк медицина борборунун администрациясынын үй-бүлөлүк медициналык пунктту кадрлар менен камсыз кылууда уюштуруучулук иштери төмөн экендигин далилдейт.

Саламаттыкты сактоо жана милдеттүү медициналык камсыздандыруу боюнча Байкоочу кеңештин чечими менен 2013-жылга медициналык кызмат көрсөтүүлөргө төлөө ченемдери бекитилди. Билдирмеге караганда, үй-бүлөлүк медицина борборлорун каржылоонун жан башына ченеми камсыздандырылган калктын жан башына 222,8 сомду түзөт. Бул акча ММКга милдеттүү медициналык камсыздандыруу фонддору аркылуу бөлүнөт жана бул каражаттар менен МСМ учурдагы жана капиталдык оңдоого кеткен чыгымдардан тышкары эмгек акы фондун, дары-дармектерди жана медициналык буюмдарды кармап турууга тийиш. Бирок, эгерде жетекчинин саламаттыкты сактоону башкаруу боюнча тажрыйбасы бар болсо, бул каражаттар дайындалган калкка квалификациялуу

баштапкы медициналык- санитардык жардамды тейлөө жана көрсөтүү үчүн жетиштүү.

Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ДСУ) отчетуна ылайык, Кыргызстан саламаттыкты сактоого кеткен чыгымдар боюнча дүйнөлүк рейтингде 190 өлкөнүн ичинен 87-орунда турат – ИДПнын 7%. (Саламаттыкты сактоого чыгашалар өлкөнүн социалдык өнүгүүсүнүн негизги көрсөткүчтөрүнүн бири катары каралат. Саламаттыкты сактоого чыгашалардын деңгээли ички дүң продукцияга карата пайыз менен көрсөтүлөт).

Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн 2018-жылдын 28-сентябрындагы No451 токтому менен үй-бүлөлүк дарыгерлерге республикалык бюджеттен көрсөткүчтөр боюнча кошумча төлөмдөр бериле баштады. Алардын критерийлери Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин буйругу менен бекитилген баштапкы саламаттык сактоо уюмдарынын үй- бүлөлүк дарыгерлеринин жана жалпы практикалык дарыгерлеринин ишин баалоонун натыйжалары (көрсөткүчтөрү) болуп саналат.

Кошумча төлөмдүн эсебинен 2018-жылдын октябрь айынан баштап индикатордо көрсөтүлгөн гипертония, кант диабети, кургак учук, кош бойлуу аялдарды тейлөө зонасында эрте аныктоо жана башкалар сыяктуу ооруларды аныктоо үчүн үй-бүлөлүк дарыгерлердин үйгө кайрылуулары көбөйтүлдү. 2019-жылы үй-бүлөлүк ден соолукту чыңдоо борборлоруна жана үйгө баруунун көрсөткүчтөрү эң жогору болгон.

Медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүнө жана суроо-талапка таасир этүүчү факторлорду аныктоо максатында 2018–2023-жылдар аралыгында Ош облусунда **баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) системасынын ишине комплекстүү талдоо** жүргүзүлгөн (3.1.4-таблица).

3.1.4-таблица – Ош облусу боюнча баштапкы медициналык-санитардык жардамга кайрылгандардын саны, 2018–2023-жж

№ к/н	Жыл	БМСЖга жалпы кайрылуулар		дарыгерлердин кабыл алуусуна кайрылуулар		Дарыгерлердин үйгө баруулары	
		п	% - өсүү темпи	п	% - өсүү темпи	п	% - өсүү темпи
1	2018	2352522	-	1795686	-	254910	-
2	2019	2113119	-10,18	1633066	-9,06	174249	-31,64
3	2020	1385675	-34,43	1026128	-37,17	117089	-32,80
4	2021	1042777	-24,75	686087	-33,14	104363	-10,87
5	2022	1653594	+58,58	1279480	+86,49	120824	+15,77
6	2023	1636492	-1,03	1243673	-2,80	108781	-9,97
7	Баары	1018179	-	7664120	-	880216	-

Эскертүү: п –калктын саны.

3.1.4-таблицага ылайык, алты жыл ичинде баргандардын жалпы саны 10184179 адамды түздү. Талдоо көрсөткөндөй, келүүлөрдүн көрсөткүчтөрүнүн жыл ичинде олуттуу өзгөрүүлөрү байкалган: 2018-жылы жалпы кайрылуулардын саны 2 миллион 352 миң 522 адамды түздү, анын ичинен 1 миллион 795 миң 686 жолу медициналык-санитардык жардам көрсөтүү мекемелеринде жана 254 миң 910 адам үй шартында дарыгерлерди кабыл алуу үчүн болгон. Бул өсүү темптерин талдоо үчүн базалык жыл болуп

калды. 2019-жылы жалпы зыяраттардын саны 10,18%га, офиске баруулардын саны 9,06%га, ал эми үйгө баруулардын саны кыйла кыйла азайган – 31,64%.

2020-жылы көрсөткүчтөрдүн төмөндөөсү уланган: өткөн жылга салыштырмалуу баруунун жалпы саны 34,43%га, кеңсеге баруу 37,17%га, үйгө баруу 32,80%га кыскарган. 2021-жылы дагы төмөндөө байкалды, анын жалпы зыяраттары 24,75%, кеңсеге баруу 33,14%, үйгө баруу 10,87% азайды. 2022-жылы олуттуу өсүш байкалды: жалпы зыяраттар +58,58% га, кеңсеге баруу +86,49% га, үйгө баруу +15,77% га өстү. 2023-жылы жалпы көрсөткүч

-1,03% га бир аз төмөндөдү, кеңсеге баруунун саны -2,80% жана үйгө баруу - 9,97% азайды.

Маалыматтарды талдоо изилдөө мезгилинде БМСЖ дарыгерлерине баруулардын санында олуттуу өзгөрүүлөрдү көрсөттү. 2019–2021-жылдардагы көрсөткүчтөрдүн төмөндөшү COVID-19 пандемиясы сыяктуу тышкы факторлорго байланыштуу болушу мүмкүн, муну кеңсеге да, үйгө да баруулардын олуттуу кыскарышы тастыктайт. 2022-жылы келүүлөрдүн санынын калыбына келиши саламаттыкты сактоо системасынын турукташтырылганын жана калк үчүн медициналык кызматтардын жеткиликтүүлүгүн жогорулатууну көрсөтөт. Бирок, 2023-жылы бир аз төмөндөө себептерин аныктоо үчүн кошумча изилдөөнү талап кылат.

Ар кандай нозологиялык топтор боюнча калктын кайрылууларынын динамикасы боюнча маалыматтар медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн сапатынын өзгөрүшүнө, эпидемиологиялык абалга баа берүүгө, ошондой эле изилдөө мезгилинде Ош облусунда медициналык жардамды уюштуруудагы мүмкүн болуучу кемчиликтерди аныктоого мүмкүндүк берет. Оорунун нозологиясы боюнча калктын кайрылууларынын динамикасы 3.1.5-таблицада берилген.

3.1.5-таблица – 2018–2023-жылдарга Ош облусунун үй-бүлөлүк дарыгерлер топторуна оорунун нозологиясы боюнча калктын кайрылууларынын динамикасы

№ п/п	Оорунун нозологиялык түрү		2018 ж	2019 ж	2020 ж	2021 ж	2022 ж	2023 ж
1	Гипертония оорусу (п)		2702,4	2729,2	1875,2	1923,8	3217,5	2160,4
	% өсүү темпи			0,99	-31,29	2,59	67,25	-32,85
2	Жүрөктүн ишемиясы (п)		1244,7	1154,2	610,9	609,0	1251,2	993,6
	% өсүү темпи			-7,27	-47,07	-0,31	105,45	-20,59
3	Ашказан жарасы (п)		52,4	42,9	20,0	33,8	27,4	22,8
	% өсүү темпи			-18,13	-53,38	69,00	-18,93	-16,79
4	Бронхиалдык астма (п)		72,4	75,9	50,6	235,7	97,1	54,0
	% өсүү темпи			4,83	-33,33	365,81	-58,80	-44,39
5	Темир жетишс из анемияс ы	Баары (п)	1972,2	2896,2	1381,8	1596,2	2728,2	1492,2
		% өсүү темпи		46,85	-52,29	15,52	70,92	-45,30
		0-5 жаш	5799,3	6828,4	3511,7	1596,2	2728,2	8414,2
		% өсүү темпи		17,75	-48,57	-54,55	70,92	208,42
6	КРВИ (ОРВИ)	Баары (п)	10245,9	10641,0	3560,7	8595,3	11164,3	8341,2
		% өсүү темпи		3,86	-66,54	141,39	29,89	-25,29
		0-5 лет	36761,2	43618,5	11752,7	25504,5	60249,0	41980,5
		% өсүү темпи		18,65	-73,06	117,01	136,23	-30,32
7	Курч ичеги инфекци ясы	Баары (п)	573,6	803,5	408,4	334,3	466,4	354,8
		% өсүү темпи		40,08	-49,17	-18,14	39,52	-23,93
		0-5 лет (п)	2842,9	5261,4	2770,9	2446,3	3426,2	2728,4
		% өсүү темпи		85,07	-47,34	-11,71	40,06	-20,37
8	Өпкөнүн өнөкөт обструктивдик оорусу (п)		1622	439,4	346,5	418,4	540,9	889,0
	% өсүү темпи			-72,91	-21,14	20,75	29,28	64,36
9	Пневмо ния	Баары (п)	293,0	1562,3	502,2	275,3	414,2	366,2
		% өсүү темпи		433,21	-67,86	-45,18	50,45	-11,59
		0-5 лет (п)	1562,3	3359,1	1625,0	3272,7	3567,3	2986,6
		% өсүү темпи		115,01	-51,62	101,40	9,00	-16,28

Эскертүү: п – 100 миң калкка таралышы.

2022-жылы кайрылуулардын санынын олуттуу өсүшү (+67,25%)

байкалды, бул скринингдик иш-чаралардын көбөйүшүнө жана гипертонияны дарылоонун маанилүүлүгү жөнүндө калктын маалымдуулугунун жогорулашына байланыштуу болушу мүмкүн. Бирок 2023-жылы бул көрсөткүчтүн төмөндөшү катталган (-32,85%), бул активдүү профилактикалык иштерди жүргүзүү жана өнөкөт оорулары бар бейтаптардын ден соолугунун абалына үзгүлтүксүз мониторинг жүргүзүү зарылдыгын көрсөтөт. 2019–2020-жылдары жүрөктүн ишемиялык оорусунун көрсөткүчүнүн олуттуу төмөндөшү (2020-жылы -47,07%) күнүмдүк медициналык жардамга жетүүнү чектеген COVID-19 пандемиясына байланыштуу болушу мүмкүн. 2022-жылы кайрылуулардын санынын көбөйүшү (+105,45%) медициналык мекемелердин ишин калыбына келтирүүнү чагылдырса, 2023-жылы кийинки азаюу (-20,59%) профилактикалык иш-чараларды жакшыртуу жана кардиологиялык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жакшыртуу зарылдыгын көрсөтүп турат. Келүүлөрдүн санынын төмөндөө тенденциясы (2020-жылы -53,38% -2022-жылы -18,93%) ашказан жара оорусун амбулатордук дарылоонун жакшыргандыгын көрсөтүүсү мүмкүн. Бирок индикаторлордун олку-солку болушу оорунун деңгээлине таасир этүүчү факторлорду андан ары талдоо жана өз убагында диагноз коюу зарылдыгын көрсөтүп турат.

2021-жылы бронхиалдык астма менен ооругандардын санынын (+365,81%) олуттуу өсүшү байкалды, бул респиратордук инфекциялардан, анын ичинде COVID-19дан улам болгон татаалдашуулардан улам болушу мүмкүн. Бирок, кийинки жылдары көрсөткүч төмөндөгөн (2022-жылы -58,80%), бул диагностиканы жакшыртуу жана респиратордук өнөкөт оорулары менен ооругандардын мониторингин күчөтүү зарылдыгын көрсөтүп турат.

2023-жылы 5 жашка чейинки балдар арасында темир жетишсиздигинен анемияга чалдыгуу олуттуу өскөн (+208,42%), бул балдардын тамактануусу жана анемиянын алдын алуу көйгөйлөрүн баса белгиледи. Бул маалыматтар ата-энелер үчүн билим берүү

программаларын ишке ашырууну жана адистештирилген медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жогорулатууну талап кылат.

2020-2021-жылдары ОРВИнин көрсөткүчтөрүнүн өзгөрүшү COVID-19 пандемиясына жана эпидемиологиялык кырдаалдын өзгөрүшүнө байланыштуу. 2021-жылы чектөөлөр алынгандан кийин көрсөткүчтөрдүн калыбына келиши (+141,39%) медициналык жардамга жеткиликтүүлүктүн

жакшырганынан кабар берет. Бирок, 2023-жылы жаш балдардын арасындагы төмөндөө (-30,32%) алдын алуу иш-чараларын, анын ичинде эмдөө иштерин активдештирүү зарылдыгын көрсөтүп турат.

2020–2023-жылдары КИО үчүн суроо-талаптардын бир аз кыскарышы. санитардык шарттардын жакшырышы же оорунун структурасынын өзгөрүшү менен байланыштуу болушу мүмкүн. 5 жашка чейинки балдарда көрсөткүчтөр туруксуз бойдон калууда, бул суунун жана тамак-аштын сапатына мониторингди күчөтүү зарылдыгын көрсөтүп турат.

2022–2023-жылдары ӨОӨга кайрылгандардын туруктуу өсүшү (2022- жылы + 29,28%, 2023-жылы + 64,36%) бул ооруну аныктоонун жакшырганын чагылдырышы мүмкүн. Маалыматтар өнөкөт респиратордук ооруларды эрте диагностикалоо жана алдын алуу программаларын андан ары өнүктүрүү зарылдыгын көрсөтүп турат.

2019-жылы пневмониянын кескин өсүшү (+433,21%) сезондук инфекциялардын эпидемиялары менен байланыштуу болушу мүмкүн. Кийинки жылдардагы төмөндөө (2020-жылы -67,86%) ийгиликтүү алдын алуу жана эмдөө иш-чараларын чагылдырышы мүмкүн. Бирок, жаш балдарда эмдөөнүн уланып жатышы пневмококк инфекциясына каршы эмдөөнү улантуу зарылдыгын көрсөтүп турат.

Анализдин натыйжалары Ош облусунун калкына медициналык жардам көрсөтүүнү уюштуруудагы оң жана көйгөйлүү жактарын көрсөтөт. Кайрылуулардын көрсөткүчтөрүнүн өзгөрүшү эпидемиологиялык кырдаалдын өзгөрүшүнө, COVID-19 пандемиясынан улам келип чыккан

чектөөлөргө, ошондой эле медициналык кызматтардын жеткиликтүүлүгүндөгү жана сапатындагы айырмачылыктарга байланыштуу болушу мүмкүн.

Калктын саламаттыгына мониторинг жүргүзүү системасын өркүндөтүү зарылдыгы ачык-айкын көрүнүп турат. Аймактык саламаттыкты сактоо системасында мындан аркы иш-чараларды пландаштырууда аныкталган тенденциялар эске алынууга тийиш, бул калктын саламаттыгынын деңгээлин жана медициналык кызмат көрсөтүүлөрдөн канааттанууну жогорулатууга мүмкүндүк берет.

2019-жылы Ош шаары боюнча баштапкы медициналык-санитардык жардамга, анын ичинде үй-бүлөлүк дарыгерлерге кайрылуулардын саны өткөн жылга салыштырмалуу 26507ге көп же 6,6%га өскөн. Ушул эле мезгилде ооруга байланыштуу үй-бүлөлүк дарыгерлердин кабыл алуулары бир топ айырмаланбай, ошол эле деңгээлде калган. Бул көрсөткүчтөр 2020-жылы кыскарган. Бул COVID-19 пандемиясы менен түшүндүрүлөт, анда дээрлик бардык медицина кызматкерлери коронавирус инфекциясы менен күрөшүүгө тартылган, ошондуктан калктын баштапкы медициналык-санитардык жардамга кайрылуулары да анчалык деле аз болгон 2021-жылдан бери Ош шаардык ҮМБга баруулардын кескин өсүшү жылына 378 795 адамга жеткен. Ошол эле учурда дарттан дарыланууга кайрылгандардын саны 107%га азайып, 2019-жылы 232 078 адамды түзгөн.

Калктын Ош шаардык үй-бүлөлүк дарыгерлерге кайрылуусунун эң көп саны 2022-жылы катталган. Анда абсолюттук көрсөткүч 412 075 адамга жеткен. Оорудан улам үй-бүлөлүк клиникага кайрылгандардын саны да 2021-жылга салыштырмалуу 68 173 адамга көбөйүп, 38,7%ды түзөт. 2023-жылы GSVге кайрылган адамдардын саны 372 780 адамды түздү. Оору боюнча медициналык жардам сурап кайрылгандардын саны боюнча 23948 адамга, башкача айтканда 13,5%га азайгандыгы белгиленген.

Ош шаарынын калкынын арасында курч респиратордук инфекциялар

2018-жылы 100 миң калкка 10245,9 адамды түзсө, 2022-жылы бул көрсөткүч 8,2%га, ал эми балдар арасында 38,9%га өскөн. Ошондой эле, 5 жашка чейинки балдардын арасында курч ичеги-карын инфекциясы менен ооругандардын саны көбөйүп, беш жыл ичинде өсүш 17%ды түздү. Чоңдордо да, балдарда да пневмония менен ооругандардын саны өсүүдө.

2018-жылы пневмония менен катталган чоңдордун саны 100 миң адамга 293,0 адамды түздү. 2022-жылга карата 414,2 түздү, б.а. 30%га өскөн. 2018-жылы 100 миң кишиге бул патология менен 5 жашка чейинки 1562,3 бала туура келген. Бул 2022-жылы 100 миң кишиге таралышынын өсүшүнө шарт түздү. 3567,3кө жетип, 56,2%ды түзөт.

Ашказан жарасы дээрлик эки эсеге азайган. Курч ичеги-карын инфекциясынан улам баштапкы медициналык-санитардык жардамга кайрылгандардын саны азайган. 2018-жылы чоң кишилер арасында курч ичеги-карын инфекцияларынын таралышы 100 миң адамга 573,6 түздү. жана 2023-жылга карата бул көрсөткүчтөр 100 миң кишиге 354,8ге чейин кыскарган. башкача айтканда, 38,2% төмөндөө.

Өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорулары менен ооругандардын саны да 100 миң адамга 1622ден 889,0гө чейин азайган.

2018-2023-жылдары Ош шаарында катталган калктын өсүүсү 14,3%ды түзөт. Ош шаарында үй-бүлөлүк дарыгерлердин штаттык деңгээли 87,5%ды түзөт. Калктын баштапкы медициналык-санитардык жардамга кайрылгандардын санынын 14,7%га азайышы белгиленген.

Үй-бүлөлүк медициналык кызматкерлердин үйгө баруусу 67,5%га кыскарган. 2018-жылдан 2022-жылга чейин калк арасында гипертония 16%га, бронхиалдык астма 25,7%га, чоңдор арасында темир жетишсиздик анемиясы 27,7%га, 0 жаштан 5 жашка чейинки балдар арасында 40,2%га өскөн.

Чоңдор арасында курч респиратордук инфекциялар 8,2%га, балдар арасында 38,9%га өскөн. Курч ичеги инфекциясы менен ооруган балдардын саны 17%га өскөн. Чоңдор арасында да, балдарда да пневмония

көбөйүүдө.

Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобун үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу менен камсыз кылуу. Мониторингге алынган оорулардын көбөйүшүнө байланыштуу 2000 чоң адамга 1 врач-терапевтик кызмат ордун эсепке алуу менен терапевтик жана педиатриялык багыттарды киргизүү максатка ылайыктуу; педиатр – Ош шаарынын Үй-бүлөлүк дарыгерлер борборунда адистештирилген кабинетти уюштуруу менен ар бир 1000 балага.

3.2 Калктын үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан көрсөтүлгөн амбулатордук жардамга канааттануу деңгээли

Калктын амбулатордук жардамга канааттануу деңгээлин аныктоо максатында үй-бүлөлүк дарыгерге кайрылгандардын арасында анкета ыкмасын колдонуу менен социологиялык сурамжылоо жүргүзүлгөн. Сурамжылоого 300 бейтап кирген, алар дарыгерге кайрылуу жыштыгына жараша бөлүштүрүлгөн: жумасына бир жолу, айына бир жолу, жылына бир нече жолу жана жылына бир жолу. Сурамжылоого пациенттердин көрсөтүлүүчү кызматтардын сапатына канааттануусун жана көрсөтүлгөн жардамга болгон ишеним даражасын баалоо үчүн суроолор камтылган Үй-бүлөлүк дарыгерге кайрылган бейтаптардын арасында үч негизги пикир тобун аныктоого болот: Канааттанган бейтаптар респонденттердин жалпы санынын 58% түзөт (300дөн 192). Канааттанган бейтаптардын эң жогорку үлүшү жумасына бир жолу үй-бүлөлүк дарыгерге кайрылгандардын арасында байкалат (73%). Айына бир жолу келгендердин арасында канааттанган бейтаптардын пайызы 72%ды, ал эми жылына бир нече жолу жана жылына бир жолу кайрылган бейтаптар үчүн 45% жана 15% түзөт. Нааразы болгон бейтаптар сурамжылоого катышкандардын 12% түзөт (300дөн 37). (3.2.3-таблица).

3.2.3-таблица – Үй-бүлөлүк дарыгерге кайрылуунун жыштыгы боюнча калктын амбулатордук жардамга канааттануусу (%)

№	Жооптор	Үй-бүлөлүк дарыгерге кайрылуу жыштыгы %									
		Аптасына бир жолу		Айыны бир жолу		Жылына бир нече		Бир жылда бир жолу		Баары	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
1	Канаатанат	110	73	57	72	22	45	3	15	192	58%
2	Канаатанбайт	10	7	10	12	12	23	5	23	37	12%
3	Билбейм	30	20	13	16	16	32	12	62	61	20%
	Жалпы	150	-	80	-	50	-	20	-	300	100%

Эскертүү: п - байкоолордун саны.

Доктурга жылына бир жолу кайрылган бейтаптардын арасында нааразы болгон бейтаптардын үлүшү эң жогору (23%), ал эми жумасына бир жолу кайрылгандардын арасында 7%га чейин төмөндөйт. Жооп берүү кыйын болгон бейтаптар — 20% (300дөн 61). Белгилей кетсек, “билбейм” деген жоопту тандаган бейтаптардын үлүшү үй-бүлөлүк дарыгерине жылына бир жолу (62%) жана жылына бир нече жолу (32%) кайрылгандардын арасында эң жогору, ал эми жума сайын же ай сайын кайрылгандардын арасында бул үлүшү тиешелүүлүгүнө жараша 20% жана 16%ды түзөт.

Ошентип, амбулатордук жардамга эң чоң канааттануу үй-бүлөлүк дарыгерине жогорку жыштык менен кайрылган бейтаптар үчүн мүнөздүү. Баруулардын жыштыгынын азайышы бейтаптардын нааразычылыгынын көбөйүшү жана медициналык жардамдын сапатын баалоодогу белгисиздик менен байланыштуу. Бул саламаттыкты сактоонун жеткиликтүүлүгүнүн жана бейтаптын канааттануусун сактоо үчүн медициналык кызматкерлер менен пациенттин үзгүлтүксүз өз ара аракеттенүүсүнүн маанилүүлүгүн баса белгилейт.

Калктын үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан көрсөтүлгөн амбулатордук жардамга канааттануусун изилдөө аркылуу медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн сапатын жана жеткиликтүүлүгүн баалоо, ошондой эле калктын муктаждыктарын жана күтүүлөрүн аныктоо максатында Ош шаардык

ҮМБнын № 10 филиалынан 146 жана Өзгөн райондук ЖПДБнан 152 адамга атайын социологиялык сурамжылоо жүргүздүк.

Суралгандардын 59,6%ы амбулатордук жардамдын сапатына толугу менен канааттанышкан, 12,7%ы канааттанган эмес, 27,7%ы жооп берген эмес.

Белгилей кетсек, ҮМБда (үй-бүлөлүк медицина борборунда) бейтаптарды сурамжылоо да ушундай эле жыйынтык берген. ҮМБда суралгандардын ичинен амбулатордук жардамга 53,1% толук канааттанган, 18,4% нааразы болгон, ал эми бейтаптардын 28,5% жооп берген эмес. Амбулатордук жардамга канааттануу маселеси ЖДПБда (жалпы дарыгерлер практикалык борбору) гана эмес, башка адистердин да ишин мүнөздөй турганын белгилей кетүү керек.

Белгилей кетсек, амбулатордук жардамга орто (53,1%) жана начар (60,7%) баалагандарга караганда жакшы баа бергендер (76,9%) салыштырмалуу ($p < 0,05$) айрымаланган. ҮМБ жана ЖПДБна бейтаптардын нааразычылыгынын негизги себептери болуп: -кезек күтүүнүн узактыгы (суралгандардын 53,1%ы бейтаптардын 45,5%ы);

- кабыл алуудагы ыңгайсыздык (ҮМБ 13,1% жана ЖПДБ 14,7%); - башка себептер (ҮМБ 6,9%, ЖПДБ 6,8%) саналат.

Ошол эле учурда ҮМБдагы ар бир төртүнчү (26,9%) жана ЖПДБдагы ар бир үчүнчү (33,0%) бейтап иштин уюштурулушу жана дарылоонун сапатына канааттанышкан. Ошентип, калктын амбулатордук жардамга нааразычылыгы негизинен анын жеткиликтүү денгээлинин төмөндүгү менен аныкталды.

Дарыгерди тандоо мүмкүнчүлүгү берилген калктын жарымынан көбү (65,1%) ЖПДБнын дарыгерин негизги дарыгер катары тандаган, ал эми ҮМБда бул көрсөткүч эки эсе аз - 34,3% ($p < 0,05$).

Белгилей кетүүчү нерсе, ЖПДБны дарыгер катары тандаган бейтаптардын 87,5% 20 жашка чейинкилер жана 72,1% 60 жаштан жогоркулар түзгөн. ҮМБдагы бейтаптарды сурамжылоодо 20 жашка чейинкилер 66,7% үй-бүлөлүк дарыгерди тандашкан, бирок 60 жаштан жогоруларда үй-бүлөлүк дарыгерди дарыгери катары көрүүнү каалагандардын пайызы төмөн болгон - 36,4%. Бейтаптардан дарыгерлерди тандоосу 3.2.1-таблицада берилген

3.2.1-таблица – ҮМБ жана ЖДПБда дарыгерди тандоо боюнча сурамжыланган калк (% менен)

№ к/н	Дарыгердин адистиги	Сурамжыланган калк, %	
		Ош шаардык ҮМБнын № 10 филиалын	Өзгөн райондук ЖПДБ
1			
2	Терапевт	37,7	21,7
3	Үй-бүлөлүк дарыгер	34,3	65,1
4	Кууш адистер	28,0	13,2
5	Жалпы	100,0	100,0

Таблицада көрүнүп тургандай, Өзгөн райондук ЖПДБда ооругандардын жарымынан көбү (52,5%), ал эми Ош шаардык ҮМБда 34,3% үй-бүлөлүк дарыгерди тандашкан ($p < 0,05$).

Белгилей кетчи нерсе дарыгерлеге мүнөздөмө берүүдө ЖПДБна кайрылган оорулуулардын 5,0% дарыгерин жакшы деп баалаган. Ал эми ҮМБдагы сурамжылоого катышкандардын 1,7%ы гана дарыгерине жакшы деген мүнөздөмө берген ($p < 0,05$), андан тышкары, 70,0% өздөрүнүн үй-бүлөлүк дарыгери ким экенин билишкен эмес. Туура жооп бергендердин 60,0% - 30-50 курактагылар, 20 -30 жаштагылар 40% түзгөн. Мындан тышкары, 20 жашка чейинкилер (55,6%) жана 20-29 жаштагылар (52,4%) ҮМБдагы өздөрүнүн дарыгери ким экенин билишкен эмес. Сурамжылоо учурунда 40-49 жаштагы бейтаптардын үй-бүлөлүк медицина жөнүндө маалыматты 53,3%, 20 жашка чейинкилер 100% билишкен. Ошентип, ЖДПБда 60 жаштан жогорку курак тобундагы сурамжылоого катышкан бейтаптардын 50,1% үй-бүлөлүк медицина жөнүндө туура аныктаманы беришкен, ал эми УМБда бул пайыз - болгону 21,4% түзүп салыштырмалуу төмөн болгон ($p < 0,05$).

Алынган маалыматтар боюнча сурмажылоого катышкандардын

арасында орто курактагы бейтаптар өз дарыгери жөнүндө жакшыраак маалымдуулугун көрсөтүп турат.

Бейтаптын өз дарыгери жөнүндө маалымдуулугу билим деңгээлине жараша өзгөрөт. Ошентип, үй-бүлөлүк медицина жөнүндө 72,7% оорулуулар жооп бере алган эмес жана ал бейтаптар орто билимге ээ болгондо болгон. Туура аныктамалардын эң көп үлүшү (67,3%) жогорку билимдүү бейтаптарга туура келген ($p < 0,05$).). Мындан тышкары, туура жооптордун эң көп үлүшү кызматкерлер арасында (65,1%), эң азы окуучулар жана студенттер арасында – 25,0%. Окугандардын 75,0% жана жумушсуздардын 53,0%ы туура жоопту билишпегендигин белгилей кетүү маанилүү.

БМСЖ тармагына үй-бүлөлүк дарыгер киргизилгенден кийин дарылоонун сапатына болгон калктын пикири өзгөчө мааниге ээ.

Алынган маалыматтар ЖПДБдагы бейтаптардын 57,7% үй-бүлөлүк дарыгер системасы киргизилгенден кийин дарылоонун сапаты жакшы жакка өзгөрдү деген, үчтөн бири (31,5%) эч кандай өзгөрүүнү сезген жок деп жооп беришкен. ҮМБдагы сурамжылоодо мындай жооптор 28,4% жана 49,2% түздү ($p < 0,05$) (3.2.2-таблица).

3.2.2-таблица – БМСЖ тармагына үй-бүлөлүк дарыгер киргизилгенден кийин дарылоонун сапатына болгон калктын пикири (% менен)

№ к/н	Бейтаптын пикири	Сурамжыланган калк, %	
		Ош шаардык ҮМБнын № 10 филиалын	Өзгөн райондук ЖПДБ
1	Тейлөө сапаты жакшы өзгөргөн	57	28
2	Тейлөө сапаты өзгөргөн жок	8	22
3	Эч нерсе өзгөргөн жок	32	50
4	Билбейм	3	-
5	Баары	100,0	100,0

Бул жалпы практикалык дарыгерлердин борборун түзүү менен БМСЖдын жеткиликтүүлүк көйгөйүн чечкендигине байланыштуу болсо керек.

Изилдөөдө Өзгөн райондук ЖПДБдагы дарыгерлердин кароосунан өтүүнү каалаган бейтаптар 78,5%, Ош шаардык ҮМБнын № 10 филиалында 82,0% ды түздү. Мындан, үй-бүлөлүк медицинаны киргизүүнү калк оң кабыл алган деген тыянак чыгарууга болот.

Оорулууларга, *үй-бүлөлүк медицина киргенден кийин медициналык жардам кандайча жакшырды?* деген суроого жооп жазуу сунушталган. ЖПДБдагы жана ҮМБдагы бейтаптардын 46% -“ *кууш адистерге кайрылуу азайды*” деп жооп жазышкан. Ош шаардык ҮМБнын № 10 филиалында жооп жазгандардын 28,% ал эми Өзгөн райондук ЖПДБдагылардын 16,% ы медициналык жардамдын сапаты жакшырды деп белгилешкен. Жалпы сурамжылдоого катышкандардын 25% суроолорго жооп жазышкан эмес.

Белгилей кетчү нерсе, ЖПДБда жооп жазагандарын дээрлик ар бир бешинчиси (18,4%) *үй-бүлөлүк медицина киргенден тартып дарыгерлердин бейтапка көңүл бөлүүсү жакшырып, оорулуулардын дарыгерлерге болгон ишеними өстү*, деген жоопторду беришкен. Анкетанын бул суроосуна жооп берип жатып, бейтаптар жалпы практикалык дарыгерге дайындалгандан кийин пайда болгон оң өзгөрүүлөрдү өз алдынча киргизгендигин белгилей кетүү маанилүү.

БМСЖдын жеткиликтүүлүгү кайрылуунун жыштыгы менен аныкталат. Алсак, ЖПДБдага бардык суралгандардын 40,0% жылына бир нече жолу ар бир төртүнчүсү (27,7%) айына бир жолу; 17,4% - жылына бир жолу, 8,2% - жумасына бир жолу *үй-бүлөлүк* дарыгерге кайрылышат, 6,7% - биринчи жолу келгендер болгон.

ҮМБда срамжылоого катышкандардын 41,4% жылына бир нече жолу , 20,7% айына бир жолу, 7,1% жума сайын *үй-бүлөлүк* дарыгерге кайрылгандар болсо 12,1% биринчи жолу келгендер түзгөн. Жумасына бир жолу *үй-бүлөлүк*

дарыгердин кызматын колдонгондордун арасында 62,5% 60 жаштан жогоркулар, ал эми улгайган адамдардын үлүшү 90,0% ды түзгөн.

Изилдөөдө үй-бүлөлүк медицинаны уюштуруудагы көйгөйлөр да аныкталган. Амбулатордук жардамды уюштуруудагы маанилүү маселе – бул дарыгердин кабинетинин алдында күтүү убактысы (3.2.4-таблица).

3.2.4 – таблица – ҮМБ жана ЖДПБнун бейтаптын дарыгерге кирүү үчүн күтүү узактыгы (% менен)

№ к/н	Саламаттык сактоо мекемеси	Күтүү убактысы, минут, %				Жалпы
		15 мин аз	15-30	30-60	60 мин көп	
1	ЖДПБ	13,8	43,8	34,5	7,9	100,0
2	ҮМБ	22,9	45,8	29,9	1,4	100,0

Маалыматтардан көрүнүп тургандай, суралгандардын жарымынан азы (43,8% ЖПДБ; 45,8% ҮМБда) дарыгерге кайрылуу үчүн 15-30 мүнөт күтүшөт. ҮМБдагы ар бир бешинчи (22,9%) жана ЖДПБ 13,8% бейтап кабыл алуу үчүн 15 мүнөттөн аз күтүшкөн. Ар бир үчүнчүсү (34,5% ЖДПБ; 29,9% ҮМБда) дарыгерге кирүү үчүн 30-60 мүнөт күтүшкөн, ал эми бейтаптардын 7,9% - 60 мүнөттөн ашык күтүшкөн, бул кабыл алуунун канааттандыралык эмес уюштурулгандыгын көрсөтүп турат.

Ошентип, үй-бүлөлүк дарыгер өзүнүн кесиптик милдеттерин аткаруудан тышкары, социалдык кызматтардын жетишсиз иштөөсүнөн улам бейтаптардын үй-бүлөлүк медицина менен байланышынын жетишсиздиги менен да иштөөгө аргасыз экендигин көрсөтүп турат. ҮМБдагы ар бир төртүнчү (26,9%) жана ЖПДБдагы ар бир үчүнчү (33,0%) бейтап иштин уюштурулушу жана дарылоонун сапатына канааттанышкан. Ошентип, калктын амбулатордук жардамга нааразычылыгы негизинен анын жеткиликтүү денгээлинин төмөндүгү менен аныкталды.

3.3 Ош облусунда жана Ош шаарында баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелеринин өзгөрүү динамикасы

2015-жылдан 2023-жылга чейинки мезгилде Ош облусунун райондорунда жана Ош шаарында ар кандай типтеги амбулаториялардын (ҮМБ, ҮДТ, ФАП, ЖПДБ) саны өзгөргөн. ҮМБ нын саны 8ден 3кө чейин азайган, бул 62,5%га кыскарууга туура келет. ҮДТнын саны да 158ден 131ге кыскарган (17,1%га азайган). Тескерисинче, ФАПтын саны 290дон 305ке (5,2%га өскөн), ал эми ЖПДБнын саны 4төн 8ге (өсүү 100%) көбөйгөн. Кара-Суу району боюнча ҮМБ саны өзгөрүүсүз – 1 мекеме. Үй-бүлөлүк дарыгерлер топторунун саны 27ден 28ге өстү. ФАПтар да 77ден 80ге (+3) чейин өсүштү. ЖПДБнын саны өзгөргөн жок – 1 мекеме. Ноокат районунда ҮМБлардын саны 2ден 1ге азайып, үй-бүлөлүк ден соолук борборлорунун саны 26дан 27ге, ФАПтар 47ден 55ке (+8) көбөйгөн. Өзгөн районунда ҮМБнын кыскарышы байкалууда. Үй-бүлөлүк ден соолук борборлорунун саны өзгөрүүсүз калды – 23 мекеме. ФАПтардын саны өзгөргөн жок – 63. ЖПДБнын саны 2ден 3кө көбөйдү. Кара-Кулжа районунда ФАПтын саны кыскарып, ал эми ҮДТнын саны 17 бойдон калып, 27ден 28 ФАПка жана 1 ЖПДБга көбөйгөн. Араван районунда да ҮМБнын саны кыскарып, ҮДТлардын саны өзгөрүүсүз калды – 8, ФАП 24төн 25ке көбөйдү, 1 ЖПДБ түзүлдү. Алай райондук ҮМБ төмөндөгөн, ГСВ 11, ФАП 3кө, ЖПДБ – 1. Чоң-Алай районунда ҮМБ жок, 5 ГСВ бар, ФАП өзгөргөн жок – 13 жана 1 ЖПДБ. Ош шаарында 1 ҮМБ бар, үй-бүлөлүк медициналык борборлордун саны 41ден 12ге, ФАПтын саны 9дан 8ге кыскарган. ҮМБнын жана ҮДТнын санынын азайышы медициналык мекемелерди кайра уюштурууга же ФАП жана ЖПДБ сыяктуу тейлөөнүн жаңы формаларын киргизүү менен байланыштуу. ФАПтын жана ЖПДБнын санынын өсүшү биринчи медициналык-санитардык жардам тармактарынын, өзгөчө айыл жеринде

өнүгүп жаткандыгын көрсөтөт. Эң чоң өзгөрүүлөр Ош шаарында болду, анда ҮДТнын саны дээрлик үч эсеге кыскарды, бул кайра уюштуруунун натыйжалуулугун андан ары талдоону талап кылат. Алгачкы медициналык-санитардык жардамды туруктуу өнүктүрүү үчүн ар кандай типтеги мекемелердин ортосунда ресурстарды оптималдуу бөлүштүрүүнү камсыз кылуу маанилүү.

Ош облусу жана Ош шаары боюнча амбулатордук медициналык жардам көрсөтүүчү мекемелердин санынын 2015-жылдан 2023-жылга чейинки өзгөрүүсү 3.3.1-таблицада берилди.

3.3.1-таблица – Амбулатордук медициналык жардам көрсөтүүчү мекемелер

№ к/н	Аймактар	Үй-бүлөлүк медицина борбору		Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу		Фельдшердик- акушердик пункт		Жалпы дарыгерлер практикалык борбор	
		2015 жыл	2023 жыл	2015 жыл	2023 жыл	2015 жыл	2023 жыл	2015 жыл	2023 жыл
1	Кара-Суу	1	1	27	28	77	80	1	1
2	Ноокат	2	1	26	27	47	55		
3	Өзгөн	1		23	23	63	63	2	3
4	Каракулжа	1		17	17	27	28		1
5	Араван	1		8	8	24	25		1
6	Алай	1		11	11	30	33		1
7	Чоң-Алай			5	5	13	13	1	1
8	Ош шаары	1	1	41	12	9	8		
9	Жалпы	8	3	158	131	290	305	4	8

Алынган маалыматтар боюнча Ош облусу жана Ош шаарындагы амбулатордук медициналык жардам көрсөтүүчү мекемелердин санынын өзгөрүүсү төмөнкүдөй негизги багыттарды жана тенденцияларды чагылдырат: Үй-бүлөлүк медицина борборлорунун саны 8 ден 3кө чейин

азайган.

Өзгөн, Каракулжа, Араван жана Алай райондорунда бул борборлордун жок болуп кетиши калк үчүн жеткиликтүүлүктү төмөндөтүшү мүмкүн. Кара-Суу жана Ош шаарында бул кызматтардын туруктуу калышы алардын жогорку суроо-талапка ээ экенин көрсөтөт [7]

Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобунун саны 17,1% азайган. Айрыкча, Ош шаарында бул кызматтардын саны олуттуу (70,7%) кыскарган, бул шаардык калк үчүн терс таасир тийгизиши мүмкүн. Райондордо бир аз гана өсүү же туруктуулук байкалган [8].

Фельдшердик-акушердик пункттардын саны 5,2% көбөйгөн. Бул өсүш айылдык аймактарда (Ноокат, Кара-Суу, Алай, жана Каракулжа) фельдшердик кызматтардын маанилүү экенин көрсөтөт. Ош шаарында бул пункттардын саны азайып, калаа калкы үчүн көйгөй жаратышы мүмкүн. Жалпы дарыгерлер практикалык борборлорунун саны эки эсеге көбөйгөн. Бул өзгөрүү Өзгөн, Каракулжа, Араван, жана Алай сыяктуу айылдык аймактарда бул кызматка болгон суроо-талаптын жогору экенин чагылдырат.

Фельдшердик-акушердик пункттардын жана жалпы дарыгерлер практикалык борборлорунун саны көбөйгөн. Айрыкча, айылдык аймактарда (Кара-Суу, Ноокат, Каракулжа, жана Алай) жеткиликтүүлүк жакшырган.

Үй-бүлөлүк медицина борборлору аймактардын көбүндө жабылып, үй-бүлөлүк дарыгерлер тобунун саны азайган. Ош шаарында медициналык кызматтардын кыскарышы аймактык пландоо маселелерине көңүл бурууну талап кылат.

Ошентип, 2015–2023-жылдар аралыгында амбулатордук медициналык жардам көрсөтүүчү мекемелердин динамикасы айылдык жана шаардык аймактардын ортосунда айырмачылыктарды көрсөттү. Айыл жерлеринде кээ бир кызматтар жакшырганы менен, шаарлардагы төмөндөө жалпы медициналык жеткиликтүүлүктү татаалдаштырууда. Бул багытта ресурстарды тең салмактуу бөлүштүрүү стратегиясын иштеп чыгуу зарыл. 2015–2023-жылдардагы амбулатордук медициналык жардам көрсөтүүчү мекемелердин жалпы өзгөрүүсү боюнча маалыматтар 3.4.3 таблицада көрсөтүлдү.

3.3.2-таблица – Ош облусу жана Ош шаары боюнча амбулатордук медициналык жардам көрсөтүүчү мекемелердин жалпы өзгөрүүсү

№	Амбулатордук мекемелер	2015-жыл	2023-жыл	Өзгөрүү саны	Өзгөрүү %
1	Үй-бүлөлүк медицина борбору	8	3	-5	-62,5%
2	Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу	158	131	-27	-17,1%
3	Фельдшердик-акушердик пункт	290	305	+15	+5,2%
4	Жалпы дарыгерлер практикалык борбор	4	8	+4	+100%

Талдоо көрсөткөндөй Ош облусу жана Ош шаары боюнча 2015-жылы 8 үй-бүлөлүк медицина борбору болгон, ал эми 2023-жылы алардын саны 3кө чейин азайган, бул -62,5% азайууну көрсөтөт. Бул төмөндөө негизги саламаттыкты сактоо кызматына болгон жеткиликтүүлүктү олуттуу чектеп коюшу мүмкүн, айрыкча айылдык аймактарда. Азайуунун себептеринин бири аймактык теңсиздикти шарттап, медициналык жардам алуу үчүн калктын шаарга же башка райондорго миграциясын күчөтүшү мүмкүн. Техникалык жана кадрдык көйгөйлөргө, ошондой эле финансылык ресурстардын жетишсиздигине байланыштуу болушу мүмкүн.

Изилдөөгө алынган аймактарда 2015-жылдан 2023-жылга чейин Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобунун саны 158ден 131ге чейин азайып, жалпы -17,1% төмөндөгөн. Бул төмөндөө айрым аймактардагы дарыгерлердин жетишсиздигин жана калктын үй-бүлөлүк медициналык кызматтарга болгон жеткиликтүүлүгүнүн төмөндөшүн көрсөтөт. Айрыкча, Ош шаары сыяктуу калк жыш жайгашкан аймактарда бул көйгөй курч болушу мүмкүн.

Талдоо жүргүзүлгөн райондордо жана Ош шаарында 2015-жылы 290 ФАП иштеп турган болсо, 2023-жылы алардын саны 305ке жетип, +5,2% өсүштү көрсөттү. Бул көбөйүү айрыкча айылдык аймактарда медициналык жеткиликтүүлүктү жакшыртууга багытталган аракеттердин натыйжасы болушу мүмкүн. Бул тенденция: Айыл калкына негизги медициналык жардамдын

жеткиликтүүлүгүн камсыздоо максатында аткарылганын көрсөтөт.

ФАПтардын санынын өсүшү жалпы медициналык тейлөөнүн туруктуулугун камсыздоодо маанилүү роль ойнойт [9].

Жалпы дарыгерлер практикалык борбору (ЖДПБ) Бул категориядагы мекемелердин саны 4төн 8ге чейин көбөйүп, 100% өсүү болгон. Бул көбөйүү:

Айрым аймактарда адистештирилген жана комплекстүү медициналык кызматтарды жакшыртууга багытталган чараларды көрсөтөт.

Мындай борборлордун санынын көбөйүшү алыскы жана тоолуу аймактардагы калктын сапаттуу медициналык тейлөөгө болгон муктаждыгын канааттандырууда маанилүү роль ойнойт.

Калктын өсүшүнө байланыштуу медициналык жеткиликтүүлүк 2015–2023-жылдар аралыгында Ош облусу жана Ош шаарынын калкы 20,5% өскөнү менен (1517 миңден 1839,2 миң адамга), айрым медициналык кызмат көрсөтүү мекемелеринин саны азайган. Бул дисбаланс: ҮМБ жана ҮДТ азайуусун олуттуу көйгөй катары көрсөтөт, анткени булар негизги медициналык тейлөөнүн негизги бөлүгү болуп саналат [10].

1) ФАП жана ЖДПБ көбөйүүсү, тескерисинче, айрым чектелген аймактарда медициналык кызматтардын жакшыруусуна жардам берген.

2) *Аймактык айырмачылыктар.* Шаардык жана айылдык аймактардын ортосундагы инфраструктуралык жана ресурстук айырмачылыктар сакталууда. Бул медициналык кызмат көрсөтүүнүн жеткиликтүүлүгүн тең салмактуулукта камсыз кылуунун маанилүүлүгүн белгилейт.

Ош шаары жана Кара-Суу сыяктуу калк жыш жайгашкан аймактарда ресурстарга болгон жогорку суроо-талап бар.

3) *Финансылык жана кадрдык ресурстар*

ҮМБ жана ҮДТ сыяктуу негизги мекемелердин азайуусу:

Финансылык ресурстардын жетишсиздигинен жана медициналык кызматкерлердин жоктугунан келип чыгышы мүмкүн.

• Бул көйгөйдү чечүү үчүн кадрларды даярдоо жана каржылоону күчөтүү зарыл.

Корутунду. 2015–2023-жылдар аралыгында амбулатордук медициналык мекемелерде байкалган өзгөрүүлөр медициналык кызматтардын жеткиликтүүлүгү боюнча аралаш тенденцияларды чагылдырат. ФАП жана ЖДПБ сыяктуу

кызматтардын көбөйүшү кээ бир жакшыртууларды көрсөтсө, ҮМБ жана ҮДТ азайуусу көйгөй жаратат.

3.4 Ош облусунун баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелеринде калкты дарыгерлер жана орто медициналык кызматкерлер менен камсыздалышы (2023-жылга)

Баштапкы медициналык - санитардык жардамды пландаштырууда Ош областынын калкынын дарыгерлер менен анын ичинде үй-бүлөлүк дарыгерлер менен камсыз болуусуна саресеп жасоону максатка ылайыктуу көрдүк. 2023-жылдагы аймактарды Кыргыз Республикасы жана Бишкек шаары менен салыштырып көрөлү (3.4.1-таблица).

3.4.1-таблица – Үй-бүлөлүк медицина борборлору (ҮМБ)

№	Аймак/Шаар	Штат боюнча кызматтар (ҮМБ)	Ээленген кызмат орундары (ҮМБ)	% толукталышы	Айкалыштыруу коэффициенти
1	Кыргыз Республикасы	7714,5	6154	79,8%	1,3
2	Ош облусу	1485,25	987	66,5%	1,2
3	Бишкек шаары	1897,75	1769,8	93,3%	1,3
Эскертме: КР ССМнин электрондук саламаттык сактоо борборунун маалыматтары боюнча					

Бишкек шаары ҮМБ үчүн эң жогорку толукталышка (93,3%) жеткен. Бул шаарда дарыгерлер жана башка медициналык кызматкерлердин жетишсиздиги аз. Ош облусунда ҮМБ толуктоо 66,5% түзүп, жалпы республикалык көрсөткүчтөн төмөн (3.4.2 - таблица).

3.4.2- таблица – БМСЖдагы дарыгердик кызмат орундарынын толукталышы (%), 2023-жыл

№ к/н	Аймактар	ҮМБ					анын ичинен ҮДТ				
		Дарыгердик кызмат		Дарыгер лердин саны	%	Айкалы штыруу коэффициц иенти	Дарыгердик кызмат		Дарыге рлерди н саны	%	Айкалы штыруу коэффициц иенти
		Штат боюнча	Ээленген кызмат орундары				Штат боюнча	Ээленген кызмат орундары			
1	Кыргыз Республикасы	7714,5	6154	4903	79,8	1,3	3653,0	2795,5	2098	76,5	1,3
2	Ош облусу	1485,25	987	834	66,5	1,2	853,00	515,25	396	60,4	1,3
3	Алай району	69,75	50,5	34	72,4	1,5	47,25	35,0	22	74,1	1,6
4	Араван району	152,75	125,25	89	82,0	1,4	100,75	80,25	56	79,7	1,4
5	Кара-Кулжа р.	76,75	53,5	38	69,7	1,4	48,25	37,75	28	78,2	1,3
6	Кара-Суу району	428,75	260,0	240	60,6	1,1	295,75	152,0	130	51,4	1,2
7	Ноокат району	360,5	234,75	192	65,1	1,2	210,0	125,5	94	59,8	1,3
8	Өзгөн району	257,75	138,5	117	53,7	1,2	135,75	72,25	54	53,2	1,3
9	Чоң-Алай району	37,00	28,5	20	77,0	1,4	15,25	12,5	12	82,0	1,0
10	Бишкек шаары	1897,75	1769,8	1360	93,3	1,3	614,75	577,75	462	94,0	1,3
11	Ош шаары	506,75	410,75	400	81,1	1,0	221,5	185,50	150	83,7	1,2
Эскертме: КР ССМнин электрондук саламаттык сактоо борборунун маалыматтары боюнча											

Бул аймакта дарыгердик кызматтардын жетишсиздиги жана айкалыштыруу коэффициентинин 1,2 болушу көрсөтүп турат. 2023-жылга карата Кыргыз Республикасынын ҮМБ анын ичинен ҮДТ түзүмдөрүндөгү дарыгердик кызматтардын толукталышы жана айкалыштыруу коэффициенттеринин көрсөткүчтөрү аймактарда олуттуу көрсөтөт, кээ бир жерлерде толукталыштын деңгээли төмөн болуп, дарыгердик кызматтарды аткаруу үчүн бир дарыгер бир нече кызматты айкалыштырып иштөөгө аргасыз болууда.

Бишкек шаары ҮДТ үчүн эң жогорку толукталышка (94%) ээ, бул шаарда кадрлардын жетишсиздиги аз экенин билдирет.

Ош облусунда ҮДТ толуктоо 60,4% түзүп, республикалык орточо көрсөткүчтөн төмөн. Ошондой эле айкалыштыруу коэффициенти 1,3 болгондуктан, врачтардын жүктөмү жогору.

Ош облусундагы жалпы ҮМБ боюнча: Штаттык бирдиктердин толукталышы 66,5% түзүп, республикалык орточо көрсөткүчтөн (79,8%) төмөн. Ээленген кызмат орундарынын 1,2 айкалыштыруу коэффициенти врачтардын жетишсиздигин толтурууга аракет жасалып жатканын көрсөттү.

ҮДТ боюнча: Штаттык бирдиктердин толукталышы 60,4% гана. Бул көрсөткүч өзгөчө төмөн жана врачтык кызмат көрсөтүүлөрдүн сапатына таасирин тийгизиши мүмкүн.

Райондор боюнча айырмачылыктар: Алай району: Толуктоо 72,4% (ҮМБ) жана 74,1% (ҮДТ). Бул райондогу врачтардын жетишсиздиги башка аймактарга салыштырмалуу азыраак. Кара-Суу району: Толуктоо эң төмөн, ҮМБ үчүн 60,6%, ал эми ҮДТ үчүн 51,4%. Бул аймак калкынын саны чоң болгондуктан, медициналык кызмат көрсөтүү боюнча көйгөйлөр күчтүү.

Өзгөн району: ҮМБ (53,7%) жана ҮДТ (53,2%) үчүн эң төмөн толукталган аймактардын бири.

Чоң-Алай району: Толуктоо жогору, ҮДТ үчүн 82% жетет. Бул райондун салыштырмалуу аз калкынын эсебинен болот.

Ош шаары ҮМБ боюнча толукталышы 81,1% түзүп, республикалык орточо көрсөткүчкө жакын. ҮДТ үчүн толукталышы 83,7% түзөт, бул жакшы көрсөткүч. Ош шаарында кадрдык жеткиликтүүлүк башка аймактарга салыштырмалуу жогору.

Бишкек шаары ҮМБ боюнча: 93,3% толуктоо. Бул республиканын эң жогорку көрсөткүч. *ҮДТ боюнча:* 94% толукталган. Бишкек шаарындагы медицина кызматкерлеринин санын камсыздоо канааттандыруу деңгээлде деген корутунду чыгарууга болот.

1. Толукталыштын орточо деңгээли: Кыргызстандын көпчүлүк аймактарында врачтык кызматтар жетишсиз. Республиканын орточо көрсөткүчтөрү 79,8% (ҮМБ) жана 76,5% (ҮДТ) болгон менен, тоолуу жана калкы көп аймактарда бул көрсөткүчтөр андан да төмөндөйт.

2. Айкалыштыруу коэффициенти жогору болушу: Бардык аймактарда бир врачка ашыкча кызматтык жүктөм жүктөлгөн, бул айрыкча алыскы райондордо байкалат.

3. Шаарлар жана айылдар боюнча айырмачылыктар: Бишкек жана Ош шаарларында толуктоо деңгээли жогору болсо, Кара-Суу жана Өзгөн сыяктуу калкы көп райондордо бул көрсөткүч кыйла төмөн.

Талкуу. Врачтык кадрлардын жетишсиздиги. Аймактардын көпчүлүгүндө дарыгерлердин жетишсиздиги бар. Бул калктын медициналык тейлөөгө жеткиликтүүлүгүн чектейт жана кызматтардын сапатына терс таасирин тийгизет.

1. Аймактар аралык теңсиздик Бишкек жана Ош сыяктуу ири шаарлар врачтык кызматкерлерди тартууда ийгиликке жетишсе, тоолуу жана алыскы райондор кадр жетишсиздигинен жабыркайт.

2. Кызматтарды айкалыштыруу. Дарыгерлердин жогорку айкалыштыруу коэффициенти алардын жүктөмүнүн көбөйүшүнө жана натыйжалуулуктун төмөндөшүнө алып келиши мүмкүн.

Корутунду. 2023-жылдагы маалыматтар боюнча Кыргызстандын медициналык кызмат көрсөтүүлөрүндө кадр жетишсиздиги негизги көйгөйлөрдүн бири бойдон калууда. Бул көйгөй өзгөчө Ош облусунун калкы көп райондорунда (Кара-Суу, Өзгөн) жана тоолуу аймактарда (Кара-Кулжа, Чоң-Алай) курч турат. Ошол эле учурда Бишкек жана Ош шаарларында кадрдык камсыздоо салыштырмалуу жакшы.

Сунуштар

1. Кадрларды тартуу программалары: Тоолуу жана алыскы аймактарга дарыгерлерди тартуу үчүн атайын мотивациялык механизмдерди киргизүү (мисалы, турак жай камсыздоосу, кошумча төлөмдөр).

2. Жүктөмдү азайтуу: Врачтардын айкалыштыруу коэффициенти азайтуу үчүн штаттык бирдиктерди көбөйтүү.

3. Кадрларды даярдоо: Аймактарда жергиликтүү медициналык кадрларды окутуу программаларын күчөтүү (3.4.3 - таблица).

4. Аймактык тең салмактуулук: Бишкек жана Ош шаарларында салыштырмалуу жакшы жетишкендиктерди башка аймактарга жайылтуу

3.4.3 -таблица – БМСЖдагы орто медициналык кызмат орундарынын толукталышы, 2023-жыл (%)

Аймактар	ҮМБ					анын ичинен ҮДТ				
	Орто мед кызмат		медайым дардын саны	% толукталышы	Айкалыштыруу коэффициенти	Орто мед кызмат		медайымдардын саны	% толукталышы	Айкалыштыруу коэффициенти
	Штат боюнча	Ээленген кызмат орундары				Штат боюнча	Ээленген кызмат орундары			
Кыргыз Республикасы	12964,8	12526,0	10745	96,6	1,2	7125,8	6955,3	6225	97,6	1,1
	13366,8	12145,5	9588	90,9	1,3	8090,50	7395,00	6273	91,4	1,2
Ош облусу	3425,5	3100,25	2270	90,5	1,4	2196,50	2017,75	1762	91,9	1,1
Алай району	171,00	168,75	164	98,7	1,0	129,75	128,25	129	98,8	1,0
Араван району	311,75	302,00	271	96,9	1,1	279,75	271,00	245	96,9	1,1
Кара-Кулжа району	228,00	187,25	113	82,1	1,7	162,00	154,75	94	95,5	1,6
Кара-Суу району	792,25	674,00	598	85,1	1,1	693,25	586,00	519	84,5	1,1
Ноокат району	1308,75	1216,75	609	93,0	2,0	596,25	570,00	488	95,6	1,2
Өзгөн району	456,00	406,25	376	89,1	1,1	288,50	261,25	247	90,6	1,1
Чоң-Алай району	106,25	101,00	96	95,1	1,1	47,00	46,50	40	98,9	1,2
Бишкек шаары	2511,75	2252,25	1439	89,7	1,6	1093,25	967,00	555	88,5	1,7
Ош шаары	680,5	512,75	445	75,3	1,2	332,75	244,50	216	73,5	1,1
Эскертме: КР ССМнин электрондук саламаттык сактоо борборунун маалыматтары боюнча										

Бул чаралар медициналык тейлөөнүн сапатын жогорулатууга жана калктын кызматтарга жеткиликтүүлүгүн камсыздоого жардам берет.

БМСЖдагы орто медициналык кызматкерлердин толукталышы 2023-жылга карата БМСЖдагы орто медициналык кызматкерлердин штаттык бирдиктери жана алардын толукталышы боюнча жыйынтыктары 3.4.3 - таблицада чыгарылды.

Кыргыз Республикасы боюнча БМСЖдагы орто медициналык кызмат орундарынын толукталышы 96,6% түзөт, бул кадрдык камсыздоо жалпы канааттандыруу деңгээлде экенин көрсөтөт.

ҮДТ үчүн: толукталышы 97,6%, бул ҮМБ ичиндеги орто медициналык кызматкерлердин жеткиликтүүлүгү жогору экенин айгинелейт. Ош облусундагы орто медициналык кызматкерлердин штаттык толукталышы республикадагы орточо көрсөткүчтөн бир аз төмөн. Айкалыштыруу коэффициентинин 1,4 болушу врачтык жетишсиздикти компенсациялоонун аракетин көрсөтөт.

Райондор боюнча өзгөчөлүктөр: Алай району: Толукталышы эң жогорку деңгээлде (98,7% ҮМБ, 98,8% ҮДТ). Айкалыштыруу коэффициенти 1,0 болгондуктан, кадрдык камсыздоо жетиштүү.

Кара-Кулжа району: Толукталышы эң төмөнкү деңгээлде (82,1% ҮМБ).

Бул аймакта кадрдык жетишсиздик курч бойдон.

Кара-Суу району: Калкы көп болгондуктан толукталышы орточо деңгээлде (85,1% ҮМБ, 84,5% ҮДТ), бирок кадр жетишсиздиги аймактагы жогорку жүктөмдү чагылдырат.

Ноокат району: Толукталышы жогору (93,0% ҮМБ, 95,6% ҮДТ), бирок айкалыштыруу коэффициенти 2,0, бул врачтардын жүктөмү өтө жогору экенин көрсөтөт. Бишкек шаарында орто медициналык кызматкерлердин штаттык бирдиктери салыштырмалуу жогору, бирок толукталышы республика боюнча орточо көрсөткүчтөн төмөн. Айкалыштыруу

коэффициентинин 1,6 (ҮМБ) жана 1,7 (ҮДТ) болушу врачтардын жүктөмүнүн көп экенин билдирет. Бул шаардагы кызмат көрсөтүүлөргө суроо-талаптын жогору экенин айгинелейт.

Ош шаарында толукталыш эң төмөн деңгээлде (75,3% ҮМБ, 73,5% ҮДТ). Бул кадрдык жетишсиздиктин олуттуу көйгөй экенин көрсөтөт. Ош шаарынын тез өсүп жаткан калкына салыштырмалуу медициналык кызмат көрсөтүү жетишсиз.

Кадрдык камсыздоо. Республика боюнча орто медициналык кызматкерлердин толукталышы жалпы алганда канааттандыруу (96,6%), бирок аймактарда чоң айырмачылыктар бар. Ош облусунда жана Ош шаарында толукталыш деңгээли салыштырмалуу төмөн, айрыкча Кара-Кулжа жана Кара-Суу райондорунда, ошондой эле Ош шаарынын өзүндө.

Айкалыштыруу коэффициенти. Айкалыштыруу коэффициенти Ноокат районунда (2,0) жана Бишкек шаарында (1,6–1,7) жогору. Бул врачтардын жүктөмүнүн жогору экенин жана кадрдык жетишсиздикти компенсациялоонун зарылчылыгын көрсөтөт. Аймактык теңсиздик. Алай жана Араван райондорунда толукталыш жогорку деңгээлде, кадрлар жетиштүү. Кара-Кулжа, Кара-Суу райондору жана Ош шаары эң көйгөйлүү аймактар болуп саналат. *Корутунду.* 2023-жылы Кыргыз Республикасында БМСЖдагы орто медициналык кызматкерлердин кадрдык камсыздоосу жалпы деңгээлде канааттандыруу болсо да, Ош облусу жана Ош шаары сыяктуу калкы көп жана алыскы аймактарда көйгөйлөр сакталып турат. Бишкек шаарында да кадрдык камсыздоо жетишсиздиги байкалат.

Сунуштар: Кадрларды тартуу үчүн стимулдар: Айрыкча, Кара-Кулжа, Кара-Суу райондору жана Ош шаарына орто медициналык кызматкерлерди тартуу үчүн мотивациялык программаларды ишке ашыруу (жогорку айлык акы, турак жай менен камсыздоо). Кадрларды даярдоо: Жергиликтүү медициналык кадрларды даярдоо программаларын кеңейтүү.

1. Айкалыштыруу коэффициенти азайтуу: Кызматкерлердин

жүктөмүн азайтуу үчүн кошумча штаттык бирдиктерди киргизүү.

2. Тең салмактуу пландоо: Калктын өсүү темпине жараша аймактарда штаттык бирдиктердин оптималдуу бөлүштүрүлүшүн камсыз кылуу.

3.5 Баштапкы медициналык–санитардык жардамды өнүктүрүүдө орто медициналык кызматкерлердин ролу

Орто медициналык кызматкерлер коомдук саламаттыкты сактоо системасында маанилүү роль ойнойт. Дарылоо алдын алуу мекемелеринин структурасында орто медициналык кызматкерлер басымдуу бөлүгүн түзөт. Медициналык мекемелерде медайымдарды жетишсиздигине өлкөбүздүн саламаттыкты сактоо тармагынан квалификациялуу медайымдардын кетүүсү байкалууда. Шаар жана айыл калкын тейлөөчү стационардык жана амбулаториялык медициналык мекемелерде, медсестралык кызматкерлер менен дарыгерлердин ортосундагы дисбаланс күч алууда, натыйжада калкты тейлөөнүн сапаты начарлашы мүмкүн.

Кыргызстанда дарыгерлердин медайымдарга болгон катышы (1: 2), коомдук саламаттыкты сактоо системасы натыйжалуу иштеши жана өнүгүшү үчүн дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму эл аралык стандарт катары 1:4–1:5 катышын сунуштайт. Мисалы, өнүккөн АКШда дарыгерлердин медайымдарга катышы 1:4 түзөт [7].

Азыркы учурда медсестралык жардамдын бардык системасын кайра карап чыгуу зарылчылыгы келип чыгууда. Акыркы он жыл ичинде европанын көптөгөн өлкөлөрүндө медайымдын ролу бир топ жогорулады. А.Егорованын айтымында, 2013-ж., АКШда медайым дарылоо процессин тийиштүү деңгээлде симптоматикалык көзөмөлдү жана башкарууну жүзөгө ашыруучу дарыгердин толук кандуу жардамчысы катары каралат., б.а. медайым өз алдынча диагнозду аныктап, дарыгерге дарылоо боюнча сунуш кыла алат.

Биздин өлкөдө дарылоо-профилактикалык мекемелердин ишин

уюштурууда жана баалоодо принциптүү өзгөрүүлөр 20-кылымдын 90-жылдарынан башталып, ошону менен бирге эле орто медициналык адисттердин маанилүүлүгүнүн өсүшү менен коштолот [8].

Бүгүнкү күндө медайымдыктын маанисин калыбына келтирүү боюнча активдүү максаттуу иш жүргүзүлүүдө. Мисалы катарында германиянын GIZ–компаниясынын колдоосу менен Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигине караштуу Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борбору жана Чүй областынын баардык баштапкы медициналык– санитардык жардам көрсөтүүчү мекемелерин пилоттук негизде медициналык айымдардын бейтаптарды кабыл алуусу киргизилди. Учурда аталган дарылоо мекемелеринде медайымдар өз алдынча кабыл алып, дартты аныктап, атаын түзүлгөн “Сестринский КИФ” базасы менен иштөөдө.

Мамлекеттик кызмат көрсөтүү чөйрөсүндө медайымдын ролун аныктоо “Ден-соолук 20–30” Улуттук өнүктүрүү программасында каралып, Кыргыз Республикасынын 2030-жылга чейин саламаттыкты сактоо системасын өнүктүрүү концепциялары иштелип чыккан.

Программада медайымдын компетенциясын жана жоопкерчилигин аныктоо, татыктуу эмгек шарттарын жана социалдык камсыздоону түзүү, медайымдык кесиптин кадыр-баркын жогорулатуу үчүн колдонуудагы ченемдик укуктук базаны реформалоо сыяктуу багыттар камтылган.

Медайымдык практиканы өркүндөтүүдөгү жаңы ыкмалар боюнча медициналык мекемелердин кызматкерлери жана жетекчилерге маалымдоо боюнча активдүү иш уланууда (семинарлар, конференциялар, медицина кызматкерлеринин съездери өткөрүлөт). Практикалык саламаттыкты сактоого заманбап медайымдык технологияларды киргизүү процесси жүргүзүлүүдө [9].

Медайымдык иш жаатында жүргүзүлүп жаткан реформалардын жүрүшүндө, медициналык жардамдын бардык деңгээлдеринде профилактикалык, дарылоочу, диагностикалык, реабилитациялык чаралар калктын медициналык жардам көрсөтүү профилине карабастан медайымдардын

уюмдагы ролу жогорулап жатат [10].

Биринчи медициналык жардам саламаттык сактоонун эң маанилүү звеносу болуп саналат, анткени жардамдын бул түрү массалык медициналык жардамдын негизги, эң жеткиликтүү, экономикалык жана социалдык жактан алгылыктуу түрү болуп саналат [11].

Алгачкы медициналык-санитардык жардамдын негизги түрлөрү стационарга чейинки баштапкы, медициналык жана адистештирилген саламаттык сактоо. Ооруканага чейинки алгачкы медициналык жардам көрсөтүүдө негизги ролду үй-бүлөлүк медицина борборлору, жалпы дарыгерлер практикалык борборлору, фельдшердик-акушердик пункттар ойнойт. Фельдшердик-акушердик орто медициналык билими бар адистерге таандык пункттары, амбулаториялар, ден соолукту чыңдоочу пункттар, поликлиникалар, медициналык уюмдардын поликлиника бөлүмдөрү, медициналык профилактика бөлүмдөрү (кабинеттери), ден соолукту чыңдоочу борборлору, баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүдө заманбап профилактикалык технологияларды колдонуу, анын ичинде калктын медициналык активдүүлүгүн калыптандырууда медайымдык кызматкерлер өзгөчө мааниге ээ [12].

В.Н. Ноздрин жана И.Г. Грековтордун (2008) изилдөөлөрүнө таянсак, батыш өлкөлөрүнөн айырмаланып, мурдагы союздаш өлкөлөрдө медайымдар бейтаптарды өз алдынча кабыл алууну жүргүзбөйт. Көбүрөөк даражада ар кандай профилдеги поликлиникалардын кабинеттериндеги медсестралар врач менен бирге иштешет. Бул жагдай медайымдын салттуу түрдө калыптанган идеясын гана аткарган жөн гана жардамчы функцияларды аткарып дарыгердин жардамчысы катары күбөлөндүрөт.

Ошол эле учурда, кадрлардын жетишсиздигинин шартында, медайымга жана кенже медициналык кызматкерлерге көп функциялар жүктөлөт. Иштин мындай «кеңейиши» түздөн-түз милдетине кирбеген иштерди аткаруудан улам медайымдык тейлөөнүн сапатына терс таасирин тийгизет [13]. Бирок, азыркы учурда калкты медициналык жактан тейлөөнү.

Уюштурууда орто медициналык билими бар адистер алдыңкы ролду ойнойт. Ошентип, дарыгерге чейинки кабыл алуу бөлмөлөрү квалификациялуу дарыгердин жардамын талап кылбайт, мектептерде сабактарды медайымдар эле өткөрүшөт [14]. Калкка шашылыш жардам көрсөтүү ыкмаларын үйрөтүү жана оорулууларды, майыптарды багуу ыкмаларын калкка окутуу милдети да орто медициналык кызматкерлерге жүктөлгөн. Орто медициналык кызматкерлерге мындай жоопкерчиликти милдеттендирүү калктын артыкчылыктуу жана потенциалдуу көйгөйлөрүн чечүүдө, ошондой эле өзгөчө кырдаалдарда атайын кызматтардын ишмердүүлүгүн күчөтүп, эффективдүүлүгүн жогорулатат.

Ошентип, мисалы, үйдө бейтаптарды активдүү патронаж медайымдын өз алдынча ишинин маанилүү бөлүгү болуп саналат. Патронаж учурунда медайымдын милдети бейтаптын абалынын динамикасын, диетаны жана режимди сактоону жана дары-дармектерди кабыл алуунун тууралыгын көзөмөлдөө болуп саналат. Стандарттык иш-чаралардан тышкары (инъекцияларды, процедураларды, физиологиялык көрсөткүчтөрдү өлчөө, экспертиза) медайымдын кесиптик даярдыгынын деңгээли изилдөө үчүн биологиялык материалдарды алуу, алып салуу сыяктуу иштерди үй шартында аткарууну, электрокардиограммалар, физиотерапевтик процедураларды аткарууга мүмкүндүк берет. Оорулуунун абалы начарлап кеткенде өзүнө-өзү жардам көрсөтүүгө үйрөтүү – медайымдык патронаждын негизги милдеттеринин бири болуп саналат. Мындан тышкары медайымдар бейтаптын абалы начарлаганда биринчи жардам көрсөтүү боюнча үй-бүлө мүчөлөрүнө жөнөкөй медициналык манипуляцияларды жасоо ыкмаларын жана эрежелерин үйрөтөт [15]. Ошентип, медайым манипуляцияларды жакшы жасаган тажрыйбалуу гана болбобостон, ошондой эле бейтапка жаңы шарттарга ыңгайлашууга да жардам берет.

Демек, баштапкы медициналык-санитардык жардам деңгээлинде медайымдын ишмердүүлүгүн өз алдынча уюштуруу, калкка медициналык

жардамдын жеткиликтүүлүгүн жана сапатын жогорулатууга көмөктөшөт, медайымдын чыгармачылык потенциалын ишке ашыруу менен орто медициналык кызматкерлердин саламаттык сактоо системасындагы маанилүүлүгүн жогорулатат деп тыянак чыгарууга болот.

4-бап.

КАЛКТЫН МУКТАЖДЫГЫНА БАГЫТТАЛГАН ИНТЕГРАЦИЯЛАНГАН МОДЕЛДИНИН НЕГИЗИНДЕ БАШТАПКЫ МЕДИЦИНАЛЫК- САНИТАРДЫК ЖАРДАМДЫ ӨРКҮНДӨТҮҮ

Калктын амбулатордук медициналык жардамга болгон канааттануусун баалоо боюнча жүргүзүлгөн изилдөөнүн жыйынтыктарына жана эл аралык өнөктөштөрдүн техникалык колдоосуна таянуу менен калктын муктаждыгына багытталган интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) модели — КМБИМ-модель иштелип чыкты.

Бул моделдин негизги максаты — саламаттык сактоо мекемелеринин кадрдык, инфратүзүмдүк жана финансылык чектөөлөрүн эске алуу менен БМСЖ кызматтарынын сапатын жана жеткиликтүүлүгүн оптималдаштыруу.

Интеграция түшүнүгү аталган модельдө оорулардын алдын алуу, дарылоо, медайымдык жардам жана санариптик технологияларды колдонуу сыяктуу багыттарды бирдиктүү, координацияланган процесс катары бириктирүүнү камтыйт. Модель бейтапка багытталган мамилеге жана сектор аралык кызматташтык принциптерине негизделген.

КМБИМ-моделдин негизги өзгөчөлүктөрү төмөнкүлөр:

- Калктын жеке жана коомдук муктаждыктарына багыт алуу;
- Орто медициналык кызматкерлердин (медайымдардын) ролун кеңейтүү жана көз карандысыз практиканы киргизүү;
- "5S" принциптерин колдонуу менен натыйжалуу башкарууну камсыздоо;
- Медициналык кызматкерлердин агартуу жана билим берүү функцияларын күчөтүү;

- Санариптик чечимдерди колдонуу: электрондук каттоо системалары,
«Сестринское дело КИФ» маалымат базасы ж.б.;
- Жергиликтүү жамааттар менен комитеттердин медициналык жардамды координациялоого жана мониторинг жүргүзүүгө активдүү тартылышы.
- Калктан келген маалыматтар жана пикирлер негизинде чечим кабыл алууну колдоо (4.1-сүрөт).



4.1-сүрөт – Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын инсандын муктаждыктарына багытталган интеграцияланган модели (ИМБИМ).

Моделдин маанилүү өзгөчөлүгү – бул тармактар аралык кызматташтык, тактап айтканда, саламаттык сактоо, билим берүү, социалдык коргоо жана жергиликтүү өз алдынча башкаруу органдарынын ортосундагы аракеттердин координациясы. Бул профилактика жана калктын ден соолугун чыңдоо боюнча иш-чаралардын кеңири камтылышын камсыз кылат.

ИМБИМ модели – бул БМСЖды туруктуу өнүктүрүүгө багытталган өз ара логикалык байланышкан компоненттердин жыйындысы. Ал регионалдык өзгөчөлүктөргө ылайыкташтырылып, Кыргыз Республикасынын жалпы саламаттыкты сактоо системасында кеңири масштабда колдонулушу мүмкүн.

4.1 Инсандын муктаждыгына багытталган интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардам моделиндеги тармактар аралык кызматташуунун натыйжалуулугун баалоо

Кош бойлуу аялдардагы анемия, өзгөчө аялуу жана аз камсыз болгон калк катмарларында, бүгүнкү күндө да актуалдуу медико-социалдык көйгөй бойдон калууда [78]. Дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун (ДСУ) маалыматына ылайык, темир жетишсиздиктен келип чыккан анемия кош бойлуулар арасында эң кеңири тараган түрү болуп саналат. Бул эрте төрөөгө, ичиндеги наристенин өнүгүүсүнүн кечигишине жана перинаталдык өлүмгө алып келүү коркунучун жаратат [39]

Изилдөөнүн максаты — калктын муктаждыгына багытталган баштапкы медициналык жардам моделин ишке ашыруу алкагында, секторлор аралык кызматташуунун жана жергиликтүү коомчулуктардын катышуусунун негизинде, тобокелдик тобундагы кош бойлуу аялдарда темир жетишсиздик

анемиясын кыска мөөнөттүү дарылоо ыкмаларынын натыйжалуулугун баалоо.

2022-жылы Ош шаардык «Сулайман Тоо» муниципалдык аймактык башкармалыгынын (МАН) катышуусу менен социалдык жана медициналык көрсөткүчтөр боюнча тобокелдик тобуна кирген 30 кош бойлуу аял тандалып алынган. Баарынан темир жетишсиздик анемиясынын жеңил же орточо даражасы аныкталган. Баштапкы гемоглобин деңгээли аныкталып, орточо көрсөткүч $92,4 \pm 6,8$ г/л түзгөн. Аларга төмөнкү дарылар дайындалган: темир препараттары — феррум-лек (феррия гидроксид полимальтоз комплекси) — күнүнө 1 жолу 100 мг ичке кабыл алуу, ошондой эле фолий кислотасы — 400 мкг/күн. Дарылоонун 14-күнүндө гемоглобин деңгээли кайрадан бааланып, орточо $116,7 \pm 7,2$ г/л түзгөн. Статистикалык иштетүүдө χ^2 критерийи жана Стьюденттин t-критерийи колдонулган; ишенимдүү деңгээл $p < 0,05$ деп эсептелген.

Дарылоого чейин жеңил анемия 43% аялда, орточо даражадагысы — 57% аялда аныкталган. Дарылоонун эки жумасынан кийин катышуучулардын 77%ында гемоглобин деңгээли нормалдуу көрсөткүчкө жеткен ($p < 0,01$), ал эми калган 23%ында анемиянын даражасы орточодон жеңилге өткөн ($p < 0,05$).

Терапия башталганга чейинки гемоглобиндин орточо деңгээли $92,4 \pm 6,8$ г/л түзгөн, дарылоодон кийин болсо $116,7 \pm 7,2$ г/л деңгээлине жеткен ($p < 0,01$). Бул натыйжалар баштапкы медициналык-санитардык жардамдын алкагында максаттуу дары-дармектик колдоонун жогорку эффективдүүлүгүн көрсөтөт.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын талдоо тармактар аралык ыкманы колдонуу менен жүргүзүлгөн кыска мөөнөттүү кийлигишүүнүн жогорку натыйжалуулугун айгинеледи.

Терапияга чейин:

Жеңил анемия (Hb 100–109 г/л) 13 аялда (43,3%) аныкталган. Орточо

даражадагы анемия (Hb 70–99 г/л) 17 аялда (56,7%) болгон. Гемоглобиндин орточо деңгээли $92,4 \pm 6,8$ г/л түзгөн.

14 күндүк дарылануудан кийин:

23 аялда (77%) гемоглобин деңгээли 110 г/лден жогору болуп, кош бойлуулар үчүн нормага туура келген.

7 аялда (23%) анемия орточо даражадан жеңил даражага өткөн. Гемоглобиндин орточо деңгээли $116,7 \pm 7,2$ г/л чейин жогорулаган.

Гемоглобиндин орточо өсүшү $+24,3$ г/л түзгөн ($p < 0,01$). Терапияга чейин жана кийин алынган көрсөткүчтөрдүн айырмасы Стьюденттин t-критерийи боюнча статистикалык жактан ишенимдүү экендиги аныкталды ($p < 0,01$).

4.1.1-таблица – Кош бойлуу аялдардагы анемиянын көрсөткүчтөрү терапияга чейин жана кийин

№ к/н	Көрсөткүчтөр	Терапияга чейин	Терапиядан кийин
1	Жеңил анемиясы бар аялдардын саны (Hb 100–109 г/л)	13 (43,3%)	
2	Орточо даражадагы анемиясы бар аялдардын саны (Hb 70–99 г/л)	17 (56,7%)	
3	Гемоглобиндин орточо деңгээли (г/л)	$92,4 \pm 6,8$	$116,7 \pm 7,2$
4	Гемоглобин деңгээли нормага жеткен аялдар (Hb >110 г/л)		23 (77%)
5	Орточо даражадан жеңил анемияга өткөн аялдар		7 (23%)

Терапияга чейин бардык катышуучуларда жеңил же орточо даражадагы анемия диагнозу коюлган. 14 күндүк дарылоодон кийин гемоглобин

деңгээлинин көрсөткүчтөрү ишенимдүү жакшырган ($p < 0,01$). Гемоглобиндин нормалдуу деңгээлге жетиши ($Hb > 110$ г/л) жана орточо даражадагы анемиянын жеңил даражага өтүшү баштапкы абалы орточо анемия болгон аялдардын арасында гана бааланган. Статистикалык маанилүүлүк Стьюденттин t-критерийи аркылуу аныкталган.

Дарылоонун кошумча оң жыйынтыгы — жергиликтүү коомчулуктун, өзгөчө кварталдык комитеттердин, активдүү катышуусу болду: алар логистиканы уюштуруп, дарылоо режиминин сакталышын көзөмөлдөп, катышуучуларга маалымат берүү иштерин жүргүзүшкөн. Бул өз кезегинде дарылоого 100% туруктуулукту камсыздап, терс таасирлерден улам дарыны токтоткон учурлардын катталбашына шарт түздү.

Изилдөөнүн жыйынтыктары социалдык жактан аяр катмардагы кош бойлуу аялдардын арасында анемияга каршы максаттуу жана кыска мөөнөттүү кийлигишүүнүн жогорку натыйжалуулугун тастыктайт. Гемоглобин деңгээлинин олуттуу жогорулашы дарылоонун эки жумасында эле байкалганы, мындай демилгелерди энелик жана балалыкты коргоо боюнча мамлекеттик программалардын алкагында масштабдуу түрдө жүргүзүү зарылдыгын көрсөтөт. Ошондой эле алынган маалыматтар калктын муктаждыктарына багытталган БМСЖ моделин ишке ашырууда тармактар аралык кызматташтыктын маанисин дагы бир жолу ырастайт.

Тобокел тобуна кирген кош бойлуу аялдарды темир кошулмалары менен акысыз камсыз кылуу боюнча жергиликтүү деңгээлдеги программаларды ишке киргизүү калктын аярлуу катмары арасында анемиянын таралышын азайтуунун эффективдүү ыкмасы болуп саналат. Бул маалыматтар ИМБИМ моделинин алкагында профилактикалык иш- чараларды жүзөгө ашырууда тармактар аралык кызматташтыктын жана

жергиликтүү комитеттердин активдүү катышуусунун өзгөчө маанилүү экенин көрсөтөт.

4.2 Калктын муктаждыгына багытталган интеграцияланган моделдин алкагында 5S принциптерин колдонуу менен баштапкы медициналык-санитардык жардамды оптималдаштыруу

Саламаттыкты сактоо тармагындагы заманбап чакырыктар баштапкы медициналык жардам көрсөтүүнүн натыйжалуулугун жогорулатууну талап кылууда [84] Кыргыз Республикасында 2022-жылдан тарта Саламаттык сактоо министрлигинин жана GIZ баштаган эл аралык өнөктөштөрдүн колдоосу менен калктын муктаждыгына багытталган интеграцияланган ИМБИМ- модели ишке ашырылууда [48].

Кызмат көрсөтүүнүн сапатын жогорулатуу максатында 5S принциптери колдонулуп, Ош шаарынын Үй-бүлөлүк медицина борборунун №4 филиалында бейтаптарды электрондук каттоо системасы киргизилген. Бул иш-чаралар амбулатордук карталарды системалуу сорттоого, документтердин кайталаныштарын кыскартууга, үй-бүлөлүк дарыгердин кабыл алуусун күтүү убактысын азайтууга жана калктын санарипке тартылышын жогорулатууга өбөлгө түздү. Бул натыйжалар статистикалык жактан ырасталган ($p < 0,05$).

Изилдөөнүн максаты: Ош шаарындагы үй-бүлөлүк медицина мекемесинин ишин уюштурууда интеграция жана кардарга багытталган принциптерге негизделген БМСЖ моделин, анын ичинде 5S жана

санариптештирүү инструменттерин колдонуу менен, иштин натыйжалуулугуна тийгизген таасирин баалоо.

Изилдөө 2023-жылы Ош шаарындагы ҮМБнын №4 филиалында жүргүзүлгөн. Метод катары кырдаалды талдоо, документтерди аудит кылуу, бейтаптардын агымын жана күтүү убактысын сандык баалоо, медициналык кызматкерлер менен бейтаптарды сурамжылоо колдонулган. GIZ колдоосу менен бейтаптардын канааттануусун баалоо боюнча базалык изилдөө

жүргүзүлүп, анын негизинде БМСЖдын максаттуу модели иштелип чыккан. Амбулатордук карталарды аудит кылууда көчүп кеткен же каза болгон бейтаптардын жана кайталанган жазууларды аныктоо жана жоюу ишке ашырылган.

5S ыкмасы (сорттоо, системалаштыруу, санитария, стандартташтыруу, өркүндөтүү) колдонулган. Мындан тышкары, бейтаптарды каттоо жана кабыл алууга жазылуу үчүн электрондук система киргизилген.

Системаны колдонууга үйрөтүү үй-бүлөлүк медайымдар тарабынан топтук жана жеке жолугушуулар аркылуу жүргүзүлдү.

Моделди ишке ашыруунун жыйынтыктары мекеменин ишин уюштурууда, бейтаптар агымын логистикалык жактан башкарууда, документтерди иретке келтирүүдө жана кызматтардын санарип жеткиликтүүлүгүндө олуттуу жакшыртууларды көрсөттү.

Архивдик документацияны уюштуруу жана 5S принцибин колдонуу: 5S ыкмасынын этаптарына ылайык жүргүзүлгөн амбулатордук карталардын аудитинин жыйынтыгында 7850 карта текшерилип, алардын ичинен 1334 (17%) маанилүүлүгүн жоготкон (бейтаптар көчүп кеткен, каза болгон) жана активдүү сактоодон чыгарылган. 379 кайталанган жазуу (4,8%) аныкталып жана жок кылынган, бул бейтаптарды каттоо жана статистикалык отчетторду түзүү учурунда административдик жүктү азайткан.

Карталар үй-бүлөлүк участкаларго, географиялык жайгашуусуна, бейтаптардын курактык жана социалдык категорияларына (балдар, карылар, өнөкөт оорулуулардын ж.б.) жараша түс менен коддолгон, бул керектүү документтерди бат табууга мүмкүнчүлүк берген.

Регистратуранын иш мейкиндиги кеңейтилген, картотека иреттелип, бул карталарды берүүдөгү катачылыктардын санын азайткан.

Бейтаптар агымына жана үй-бүлөлүк дарыгерге жеткиликтүүлүккө тийгизген таасири: Системаны киргизүүгө чейинки жана кийинки байкоолордун негизинде, кезекте күтүү убактысы 37 мүнөттөн 19 мүнөткө чейин

кыскарган ($p < 0,05$). Кабыл алуу бөлмөлөрүндө бейтаптардын пик тыгыздыгы 35%га чейин азайган — алдын ала сорттоонун жана агымды тең салмактуу бөлүштүрүүнүн эсебинен. Врачтар менен медайымдардын ортосундагы өз ара аракеттешүү бирдиктүү картотека аркылуу натыйжалуу болгон.

Электрондук каттоо жана кызматтарды санариптештирүү: Үй-бүлөлүк дарыгерге же медайымга кайрылуу, ошондой эле лабораториялык жана диагностикалык текшерүүлөргө жолдомо алуу үчүн онлайн платформасы иштелип чыгып, киргизилген. Чоң кишилер арасындагы калк арасында кеңири окутуу жүргүзүлгөн. 2 айдын ичинде 82% калк платформа менен таанышкан. Биринчи 3 айда онлайн каттоонун үлүшү 0%дан 34%га чейин өскөн. Үй-бүлөлүк медайымдар тарабынан 148 топтук семинар жана 200дөн ашык жеке консультациялар өткөрүлгөн.

Бейтаптардын канааттануусуна жана кызматкерлердин мотивациясына тийгизген таасири: Кайра анкеталоонун жыйынтыгында ($n=360$) бейтаптардын күтүү убактысына жана каттоонун жеткиликтүүлүгүнө болгон канааттануусу 29%га жогорулаган. Медициналык кызматкерлер пландан тышкаркы конфликттердин азайышын, бейтаптар менен байланыштын жакшырганын, отчет жүргүзүүнүн жеңилдегенин белгилешкен.

Башкаруу жана санариптештирүү элементтери менен коштолгон БМСЖ моделин ишке ашыруу кызмат көрсөтүүнүн сапатын жакшыртууда жана мекеменин операциялык жүгүн азайтууда натыйжалуу экени далилденди.

Калктын муктаждыктарына багытталган БМСЖ моделинде 5S принциптерин жана санариптик чечимдерди колдонуу ҮМБнын ишин уюштуруунун натыйжалуулугун жогорулатууга өбөлгө болду. Күтүү убактысынын кыскарышы жана каттоо бөлмөсүндөгү тартип ишке ашып, медицина кызматкерлеринин жумуш жүгү азайды, ал эми бейтаптардын амбулатордук медициналык жардамга болгон канааттануусу жогорулады.

Медайымдардын калк менен жүргүзгөн агартуу иштери жана санариптик технологияларды колдонуу БМСЖнын мүмкүнчүлүктөрүн

кеңейтүүдө, өзгөчө ресурстары чектелген шарттарда маанилүү роль ойнойт. Калктын муктаждыктарына багытталган БМСЖ моделин 5S принциптери жана санариптик каттоо менен айкалыштырып ишке ашыруу Ош шаардык ҮМБнын №4 филиалынын ишин кыйла оптималдаштырууга шарт түздү. Бул тажрыйбаны Кыргыз Республикасындагы башка баштапкы деңгээлдеги саламаттык сактоо уюмдарына да кеңири жайылтуу мүмкүн.

4.3 Калктын муктаждарына багытталган интеграциялык моделин колдонуу аркылуу орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүү

Дарыгер кадрларынын жетишсиздигин жана саламаттыкты сактоо системасына түшкөн жүктүн көбөйүшүн эске алуу менен, айрыкча пандемия жана башка кризистик кырдаалдар шартында, медициналык кызматкерлердин ортосунда милдеттерди натыйжалуу бөлүштүрүүнүн моделдерин киргизүү өзгөчө актуалдуу болуп жатат [12]. Саламаттык сактоо системасынын перспективдүү багыттардын бири — баштапкы звенодогу орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүү.

Калктын муктаждыктарына багытталган интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардам модели бейтаптардын канааттануусун изилдеген базалык изилдөөнүн негизинде иштелип чыккан. Бул моделдин маанилүү компоненти болуп медайымдардын өз алдынча дарыгерге чейинки кабыл алуусун жана бейтаптарды коштоп жүрүүсүн ишке ашыруу эсептелет.

Изилдөөнүн максаты: Медайымдардын өз алдынча дарыгерге чейинки кабыл алуу жана бейтаптарды коштоп жүрүү практикасын киргизүүнүн натыйжалуулугун баалоо.

Изилдөө Ош шаардык ҮМБнын №5 филиалында пилоттук негизде ишке ашырылган медайымдык практиканын тажрыйбасына негизделген. Долбоор төмөнкү этаптарды камтыган:

Медайымдарды жаңы клиникалык-маалыматтык алгоритмдер (КИФ)

боюнча окутуу; «Сестринское дело КИФ» маалымат базасын киргизүү; бейтаптарды кабыл алууну уюштуруу жана санитардык-агартуу иштерин жүргүзүү; мекеме жетекчилери менен эксперттик маектер; 18 медайым жана 120 бейтап менен анкетирлөө; БМСЖдын жеткиликтүүлүгү жана кызмат көрсөтүүнүн сапаты боюнча көрсөткүчтөрдү практика киргизилгенге чейинки жана кийинки мезгилде салыштыруу.

Моделди киргизүү БМСЖдын жеткиликтүүлүгүнө жана уюштурулушуна оң таасир берип, медайымдардын өз алдынча ишмердүүлүгүнүн натыйжалуулугун көрсөткөн (4.3.1-таблица).

4.3.1-таблица – БМСЖда медайымдык практиканы киргизүүнүн негизги жыйынтыктары

№ к/н	Көрсөткүчтөр	Маанилер	
		Чейин	Кийин
1	GIZ тарабынан окутуудан өткөн медайымдар	0%	100%
2	Дарыгердин катышуусуз жүргүзүлгөн өз алдынча кабыл алуулар	0%	68%
3	Кабыл алууга күтүү убактысынын кыскарышы	—	–31%
4	Биринчи медициналык жардам боюнча окутуудан өткөн бейтаптар	0%	82%
5	Медайымдар	Сабактар - 0	148 сабак
6	КИФ базасына түзүлгөн жеке электрондук жазуулар	Кагаз түрүндөгү жазуулар, үзүктүү	Бекитилген калк — 100%

Таблицадагы маалыматтар медайымдык өз алдынча практиканы киргизүүнүн сандык көрсөткүчтөрүн чагылдырып, натыйжада медициналык функцияларды медайымдарга ыйгаруунун эффективдүүлүгүн, жардамдын жеткиликтүүлүгүнүн жакшырганын жана агартуу ишмердүүлүгүнүн өнүгүшүн тастыктайт.

Медайымдык практиканы киргизгенге чейинки жана кийинки бейтаптарды кабыл алууга орточо күтүү убактысынын айырмасы статистикалык жактан ишенимдүү болуп эсептелет ($p < 0,0001$) (4.3.2- таблица).

4.3.2-таблица. Күтүү убактысынын статистикалык иштетүүнүн жыйынтыктары

№ к/н	Көрсөткүчтөр	Маанилер
1	Күтүүнүн орточо убактысы (мүнөт) — чейин	36.60
2	Стандарттык четтөө — чейин	4.63
3	Күтүүнүн орточо убактысы (мүнөт) — кийин	25.80
4	Стандарттык четтөө — кийин	4.05
5	t-статистика	19.25
6	p-маани	< 0.0001

Бул кабыл алууну уюштурууда жана медициналык кызматкерлер ортосунда жүктү кайра бөлүштүрүүдө ишенимдүү жакшыртуу болгонун тастыктайт.

1. Окутуу жана функционалдык автономия:

Ош шаарынын ЦСМ №5 филиалынын бардык медайымдары GIZ тарабынан өткөрүлгөн сертификатталган окуудан өтүшкөн, окуу диагностикалоо, кеңеш берүү жана негизги шашылыш жардам көрсөтүү багыттарын камтыган.

Практиканын алкагында медайымдар КИФ протоколдорунун негизинде өз алдынча кабыл алуу жүргүзө башташкан «Сестринское дело КИФ» аттуу электрондук база түзүлгөн, ага бейтаптар тууралуу маалыматтар, диагноздор, дайындоолор жана көзөмөл жыйынтыктары киргизилет.

2. Дарыгерге чейинки жардамды уюштуруу:

Медайымдар бейтап менен алгачкы байланыш түзүп, анамнез топтоо, жашоо үчүн маанилүү көрсөткүчтөрдү өлчөө, чек-листтер боюнча тестирлөө жана алдын ала кеңеш берүү иштерин аткарышат [91]. Бейтаптар кайрылган учурлардын 68%ында дароо дарыгердин катышуусу талап кылынган эмес, медайым тарабынан ийгиликтүү иштелип чыккан. Жүктү кайра бөлүштүрүүнүн эсебинен кабыл алууга күтүү убактысы орточо 31%га кыскарган.

3. Билим берүү жана агартуу функциялары:

Медайымдар «Ден соолук мектептеринде» атайын сабактарды өткөрүп, өнөкөт оорулардын алдын алуу, жеке гигиена, туура тамактануу жана төшөктө жаткан бейтаптарга кам көрүү темаларын камтышат.

Калкка биринчи медициналык жардам көрсөтүү жана үй шартында бейтапка кам көрүү боюнча үзгүлтүксүз окутуу сессиялары уюштурулган.

4. Өзгөчө кырдаалдар жана кыймылдуулук:

Жаңы практиканы киргизүү мекеменин өзгөчө кырдаалдарга жооп кайтаруу даярдыгын кеңейтүүгө мүмкүндүк берди: медайымдар ОРВИ, жаракаттар, гипертониялык криз, аллергиялык реакциялар сыяктуу учурларда иш- аракет алгоритмдерин билишет.

Мобилдүүлүк жогорулаган: медайымдар жүрүшү кыйын бейтаптарга үйүнө барып, абалын мониторинг кылышат.

Моделди киргизүүнүн жыйынтыктары көрсөткөндөй, БМСЖ алкагында медайымдардын функцияларын кеңейтүү медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жана туруктуулугун жогорулатат, айрыкча кадрлардын жетишсиздиги шартында. Орто медициналык персоналдын

квалификациясынын жогорулашы иштин олуттуу бөлүгүн дарыгерлерден медайымдарга өткөрүүгө мүмкүндүк берип, дарыгерлерге татаал учурлар менен иштөөгө көбүрөөк убакыт бөлүүгө шарт түзөт. Мындан тышкары, медицинанын профилактикалык багыты күчөйт, калктын медициналык сабаттуулугу жогорулайт жана жамааттык деңгээлде шашылыш абалдарга жооп кайтаруу системасы калыптанат.

Орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүүгө багытталган сунушталган иш-чаралар дарыгерлердин айрым функцияларын медайымдарга өткөрүүгө мүмкүндүк берип, алардын иш жүгүн азайтты. Бул өзгөрүүлөр медайымдардын бейтаптарды өз алдынча кабыл алуу, алдын ала диагноз коюу, кеңеш берүү жана калкты окутуу сыяктуу функцияларды аткаруусун камсыздап, медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жогорулатты. Өз алдынча медайымдык практика модели өз натыйжалуулугун көрсөтүү жана Кыргыз Республикасынын башка аймактарында да кеңири масштабда колдонууга сунуштоого болот. Орто медициналык кызматкерлерди колдоо, алардын ишмердүүлүгүн санариптештирүү жана стандартташтыруу — заманбап БМСЖДы өнүктүрүүдөгү негизги багыттардан болуп саналат.

4.4 Баштапкы медициналык санитардык жардамдын көлөмүн пландоонун ыкмалары (методикасы)

Калктын амбулатордук медициналык жардамга муктаждыгынын көлөмү калктын жаш курагына, оорунун структурасына, ошондой эле кечиктирилгис медициналык тез жардамдын жеткиликтүүлүгүнө, өз убагында ооруканага жаткыруу жана стационардык жардамдын сапатына түздөн-түз көз каранды. Мындан тышкары, амбулатордук медициналык жардамга - медициналык жардамды уюштуруунун сапаты жана жеткиликтүүлүгү (өз убагында диагностикалоо, медициналык текшерүү,

алдын алуу, дарылоо жана реабилитациялоо) түздөн түз таасирин тийгизет.

БМСЖды (баштапкы медициналык санитардык жардам) нормалоо жана пландаштырууда сандык эсептөө ыкмасын колдонуу. Мындай ыкма демографиялык, экономикалык, уюштуруучулук жана технологиялык мүнөздөгү көптөгөн факторлорду эске алууну талап кылган, татаал жана түйшүктүү методология [7].

Амбулатордук жардамды пландаштыруу керектүү сандагы даргерлердик кызматты аныктоого негизделген.

Дарыгерлердин санын пландаштыруу үчүн жалпысынан төмөнкү негизги маселелерге талдоо жүргүзүү зарыл:

- штаттык нормативдер боюнча дарыгерлердин саны (учурда колдонулуп жаткан штаттык нормативдерге ылайык);
- врачтар менен камсыз болуусу (отчеттуулук документтердин негизинде);
- тейленген аймакта оорулуулуктун таралышы;
- демографиялык абал;
- медициналык жардамды өнүктүрүүнү камсыз кылуу учун аймактын экономикалык мүмкүнчүлүгү.

Дарыгердик орундардын талап кылынган санын аныктоо үчүн калктын медициналык-профилактикалык жардамга болгон жалпы муктаждыгын дарыгер жыл ичинде көрө ала турган пациенттердин мүмкүн болгон саны менен салыштыруу зарыл.

Дарыгердик кызматтын пландаштырылган функциясынын көрсөткүчү төмөнкү формула менен эсептелет: $F = B \times \Gamma$, мында F - *дарыгердик кызматтын функциясы*; B - *жумушчу күндүн ичинде дарыгерге кайрылуулардын стандарттык саны*; Γ - *бир жылдагы жумуш күндөрүнүн саны*.

Даргердик кызматты пландаштырылган көрсөткүчүн эсептегенден кийин врачтардын кызмат орундарынын зарыл болгон саны төмөнкү

формула боюнча эсептелет:

$$B = \frac{L \times H}{\Phi}, \quad \text{мында} \quad \text{---}$$

B - дарыгердик кызмат орундарына муктаждык; L - бир жашоочуга жылына амбулатордук кайрылуулардын нормасы; H – калктын саны; Φ - дарыгердик кызматтын пландуу функциясы.

Мисалы. 10 000 калкы бар аймакта бир кишинин поликлиникадагы врачка кайрылуусу жылына 2 жолу болгон учурда амбулатордук жардамдагы терапевттердин кызмат орундарына болгон муктаждыгын эсептеп чыгалы,

$$2 \times 10000$$

$$B = \frac{(4 \times 5 + 2 \times 2) \times 283}{3} = 3 \text{ дарыгердик кызмат.}$$

Амбулатордук жардамдын көлөмүнүн көрсөткүчү оорулуулуктун, кайрылуулардын кайталануусу, медициналык кароонун жана профилактикалык жардамдын деңгээли менен аныкталып, 1000 кишиге келүүлөрдүн саны менен көрсөтүлөт [9].

$P = A \times K_p + D + P_p$, мында P - дарыгерге кайрылуулардын саны 1000 адамга, A – оорулуулук (1000 кишиге), K_p – оорунун бир эле түрү менен кайталанып кайрылуу коэффициенти, D - диспансердик кайрылуулардын саны, P_p – профилактикалык текшерүүлөр, x - көбөйтүү белгиси.

Амбулатордук жардамдын тарифтерин түзүү Жан башына стандартты аныктоо этаптары:

1. БМСЖ деңгээлинде көрсөтүлө турган медициналык жардамдын түрлөрүн жана көлөмүн аныктоо;

2. Калктын пландаштырылган санын аныктоо (Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин 2009 жылдын 19 майындагы №285 буйругу).

3. Медициналык жардам көрсөтүүнүн көлөмдөрүнүн көбөйүүсүн эсепке алуу менен каражаттардын көлөмүн чыгашаларды эсептөөнүн негизинде БМСЖды каржылоо.

4. Жан башына нормативи = БМСЖды каржылоого бөлүнгөн каражат / жыныстык жана жаш курактык коэффициенттерди эске алуу менен калктын саны. (аймактык географиялык жайгашуусун эске алуу менен да болот).

БМСЖды каржылоодо бардык амбулатордук кызмат уюмдары бирдиктүү структурага киргизилиши керек.

Каржылоонун эки түрү: 1) жан башына - участкалык кызмат; 2) бекитилген калктын санына жараша эсептөө -АПТ (Амбулаториялык - поликлиникалык тарификатор).

Амбулаториялык - поликлиникалык тарификаторду аныктоонун этаптары:

1. калкка көрсөтүлө турган поликлиникалык кызматтын бир бөлүгү БМСЖ деңгээлинде көрсөтүлөрүн эске алуу менен көлөмүн аныктоо;

2. медициналык кызматты каржылоо үчүн зарыл болгон каражаттардын көлөмүн аныктоо;

3. Базалык тариф = Калкка көрсөтүлө турган поликлиникалык кызмат үчүн каражаттардын суммасы / Чыгымдардын орточо коэффициенти ($B_t = K_c / C_k$) менен эсептелинет [11].

Иштелип чыккан методдор калктын саламаттыгын сактоону камсыз кылуу үчүн колдо болгон ресурстарды рационалдуу пайдаланууга мүмкүндүк берет. Кыргызстандагы өлүм көрсөтүчүнүн, оорунун жана майыштуулуктун кыскарышын камтыган - калктын ден соолугун коргоо боюнча Мамлекеттик программалардын ишке ашырууда колдонууга болот.

4.5 Ош облусунда үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүүдөгү негизги тоскоолдуктар жана аларды жоюунун жолдору

Ош облусунда үй-бүлөлүк медицинанын инфраструктурасы учурда айрым маселелер менен жүздөшүүдө:

- Медициналык жайлардын жетишсиздиги: Ош облусундагы айрым айылдарда үй-бүлөлүк медициналык пункттар жана амбулаториялар жетишсиз. Ошондой эле айрым медициналык мекемелер эскирген имараттарда иштеп жатат, бул болсо алардын сыйымдуулугун жана калкка көрсөтүлгөн жардамдын сапатын чектейт.

- Жабдуулардын эскилиги: Медицина жабдуулары жана инструментинин эскирүүсү үй-бүлөлүк медицина бөлүмдөрүнүн натыйжалуулугун төмөндөтөт. Мисалы, рентген аппараттары жана лабораториялык жабдуулардын айрым түрлөрү жок же эскирип калган.

- Коммуналдык шарттар: Кээ бир айылдык медициналык пункттар жана амбулаториялар суусу, жылуулугу, канализациясы жок имараттарда жайгашкан, бул болсо калкка көрсөтүлгөн кызматтардын сапатына терс таасирин тийгизет.

2. Кадрдык ресурстар

Кадрдык ресурстар да үй-бүлөлүк медицинанын эффективдүүлүгүнө түздөн-түз таасир этет. Ош облусундагы үй-бүлөлүк медицина тармагында төмөнкү көйгөйлөр байкалат:

- Кадрлардын жетишсиздиги: Ош облусунда үй-бүлөлүк медицинанын кызматкерлерине, айрыкча айыл жергесинде, жетишпей жатканы байкалат. Мындан улам, көптөгөн аймактарда медициналык кызматкерлердин жетишсиздиги жана иштин жүктөлүшү маанилүү маселе болуп саналат.

- Мамлекеттик окутуу жана квалификациясы төмөн кызматкерлер: Кээ бир үй-бүлөлүк медицинанын кызматкерлери өз

квалификациясын жогорулатуу жана заманбап медициналык билимдерге ээ болуу үчүн жетиштүү мүмкүнчүлүккө ээ эмес. Анын натыйжасында, алардын иши калкка жогорку сапаттагы

медициналык кызматтарды көрсөтүүгө ылайыктуу эмес.

- Айылдык аймактарда адистердин жоктугу: Айыл жерлеринде үй-бүлөлүк врачтар, медайымдар жана фельдшерлер жетишпейт. Көптөгөн

аймактарда бир же эки гана адис бардык жамаатка тейлөөгө туура келет.

3. Калкка жеткиликтүүлүк

Ош облусунда калкка үй-бүлөлүк медициналык кызматтарды жеткиликтүү кылуу дагы бир маселеге айланып жатат:

- Географиялык тоскоолдуктар: Ош облусу тоолуу жана чөлдүү аймактарды камтыгандыктан, айрым калк үчүн медициналык кызматтарды алуу чектелүү. Айрыкча алыскы аймактарда жашаган адамдар үчүн үй-бүлөлүк медицина мекемелерине жетүү кыйын.

- Транспорттук маселелер: Калкка үй-бүлөлүк медицина кызматтарын көрсөтүү үчүн транспорттук инфратүзүм да жетишсиз. Айрым айылдарга медициналык кызматкерлердин жетиши же дары-дармектерди жеткирүү кыйынчылыктарын жаратууда.

- Ден соолукту сактоого көңүл буруунун төмөндүгү: Калк арасында үй-бүлөлүк медицинанын кызматтарын колдонууга болгон кызыгуу аз, бул болсо алдын ала текшерүүлөргө баруу же профилактикалык кызматтарга кирүүнү кыйындатат.

Ош облусундагы үй-бүлөлүк медицинанын абалы төмөндөгүдөй негизги көйгөйлөрдү камтыйт:

1. Инфраструктуранын канааттандыруу эмес абалы: Жабдуулар эскирген, айрым аймактарда медициналык мекемелер жетишпейт.

2. Кадрлардын жетишсиздиги: Айрыкча айыл жерлеринде адистер жетишпейт, ошондой эле адистердин квалификациясы кээде төмөн.

3. Жеткиликтүүлүк көйгөйлөрү: Географиялык, транспорттук жана ден соолукту сактоо маданиятынын жетишсиздиги калкка медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн чектейт.

Ош облусунда үй-бүлөлүк медицинанын абалын жакшыртуу үчүн инфраструктураны жаңылоого, кадрларды даярдоого жана калкка медициналык кызматтардын жеткиликтүүлүгүн арттырууга багытталган чаралар талап кылынат.

Калктын үй-бүлөлүк медицина боюнча муктаждыктары жана канааттануу деңгээлин аныктоо

Калктын үй-бүлөлүк медицина боюнча муктаждыктары жана канааттануу деңгээли анын ден соолугун сактоо жана медициналык кызматтардан пайдалануусунун сапаты менен түздөн-түз байланышкан. Ош облусунда үй- бүлөлүк медицина боюнча калктын муктаждыктары жана алардын канааттануу деңгээли төмөнкү аспектилерде каралат.

1. Калктын үй-бүлөлүк медицина боюнча муктаждыктары

Калктын үй-бүлөлүк медицинага болгон негизги муктаждыктары төмөнкүдөй:

1.1. Жеткиликтүү жана сапаттуу медициналык жардам

- Аймактардагы жеткиликтүүлүк: Калк үй-бүлөлүк медициналык кызматтарга ар дайым оңой жетүү мүмкүнчүлүгүнө ээ болууга муктаж. Айрыкча алыстыкта жайгашкан аймактардагы адамдар үчүн медициналык кызматтарды көрсөтүү жетишсиз. Жеткиликтүү медициналык пункттар, амбулаториялар, жана врачтардын бардыгы камсыз кылынган учурда калк сапаттуу жардам ала алат.

- Калктын ден соолугуна көңүл буруу: Калк үй-бүлөлүк медицинанын бир бөлүгү катары алдын ала текшерүү, эмдөөлөр, ден соолукту чыңдоо жана башка профилактикалык кызматтарды күтөт. Бул калк арасында жакшыраак ден соолук камсыз кылууну, оорулардын алдын алууну билдирет.

1.2. Медициналык кызматтардын сапаты жана ар түрдүүлүгү

- Диагностикалык кызматтар: Калк үй-бүлөлүк медицинадан гана эмес, айрыкча диагностикадан өтүүнү каалайт. Ош облусунун айрым аймактарында заманбап жабдуулар жана диагностика мүмкүнчүлүктөрү жок. Көптөгөн үй-бүлөлүк медициналык пункттарда жетиштүү диагностикалык мүмкүнчүлүктөр жок.

- Терапевт жана адистердин консультациялары: Калк адистешкен медицина кызматкерлеринен консультация алууга муктаж. Үй-бүлөлүк

медицина кызматкерлери үчүн адистешкен консультациялардын жеткиликтүүлүгү жана аларга көңүл бурулушу маанилүү.

1.3. Психологикалык жана социалдык колдоо

- Психолог жана социалдык кызматтар: Калк үй-бүлөлүк медицинада психологдун кызматтарынын, ошондой эле социалдык жардамдын жеткиликтүүлүгүн талап кылат. Айрыкча көп балалуу үй-бүлөлөр, улгайган адамдар жана майыптыгы бар жарандар үчүн ушул сыяктуу кызматтар маанилүү.

1.4. Адам укуктарын жана жеке жашоосун урматтоо

- Калк медициналык жардамды алганда өзүнүн жеке жашоосун жана укуктарын урматтоо боюнча талаптарга жооп берүүчү шарттарды күтөт. Үй-бүлөлүк медициналык кызматтардын адистери пациенттердин жеке жашоосун урматтап, алардын жашоо деңгээлине көңүл бурууга тийиш [10].

2. Калктын үй-бүлөлүк медицина боюнча канааттануу деңгээлин аныктоо Калктын үй-бүлөлүк медициналык кызматтарга болгон канааттануу деңгээлине төмөнкү факторлор таасир этет:

2.1. Медициналык кызматкерлердин квалификациясы жана мамилеси

- Кадрлардын компетенттүүлүгү: Калк үй-бүлөлүк медицина кызматкерлеринин квалификациясына жана алардын бейтаптарга болгон мамилесине баа берет. Адамдар адистердин билимдерине жана алар менен болгон байланышта берилген жардамдын сапатына көбүрөөк маани беришет.

- Мамиле: Кайрылган медициналык кызматкерлердин пациенттерге карата кесиптик мамилеси жана адамгерчилиги да канааттанууну арттырат. Сый-урмат жана көңүл буруу калкка ыңгайлуу жана ишенимдүү кызмат алууга жардам берет.

2.2. Кызмат көрсөтүүнүн сапаты жана убакыт боюнча жеткиликтүүлүк

- Жеткиликтүүлүк: Калк үй-бүлөлүк медицинанын кызматтарына муктаждыгын сезип жатканда, анын жеткиликтүүлүгү маанилүү. Кээ бир

аймактарда медициналык кызматтарды алуу үчүн узак убакыт күтүү керек, ал эми башкаларында текшерүүлөрдүн жетишсиздиги болуп саналат.

- Кызматтардын сапаты: Калк үй-бүлөлүк медицинадан алганы жардамдын сапатына баа берет. Сапаттуу жана тез жардам алуу, диагностика, жана тиешелүү консультациялар алуу мүмкүнчүлүгү калк тарабынан жакшы кабыл алынат.

2.3. Инфраструктура жана жабдуулардын абалы

- Медициналык жабдуулар: Калк медициналык мекемелерде заманбап жабдуулардын болуусун күтөт. Ош облусундагы айрым аймактарда эскирген жабдуулар жана кыймылсыз мүлк көйгөйлөрү бар. Жаңы технологиялардын жана жабдуулардын жоктугу үй-бүлөлүк медицинанын натыйжалуулугуна терс таасирин тийгизет.

- Чыгымдар: Кээ бир аймактарда калк үй-бүлөлүк медицина кызматтарын акысыз алууга умтулса, башка аймактарда калк дары-дармек жана медициналык кызматтар үчүн чыгымдарды көтөрүү кыйынчылыктарын баштан кечирүүдө.

2.4. Калктын медициналык жардамга ишеними

- Ишеним жана карым-катнаш: Үй-бүлөлүк медицина кызматкерлеринин ишенимдүүлүгү жана карым-катнаш калк тарабынан жогору бааланат. Пациенттердин үй-бүлөлүк врачтарга болгон ишеними алардын кызматтарга болгон канааттануу деңгээлин жогорулатат.

Үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүүдөгү негизги көйгөйлөр жана чектөөлөр Ош облусунда үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүүдө бир нече көйгөйлөр жана чектөөлөр орун алууда. Бул көйгөйлөр калкка медициналык жардамды сапаттуу жана жеткиликтүү түрдө көрсөтүү үчүн чоң тоскоолдуктарды жаратат. Төмөндө үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүүдө алдын ала ишке ашыруу үчүн аныкталган негизги көйгөйлөр жана чектөөлөр келтирилген.

1. Инфраструктуранын канааттандырылгы эмес абалы

- Медициналык мекемелердин эскилиги: Көптөгөн айылдарда үй-бүлөлүк медициналык пункттар жана амбулаториялар эски имараттарда жайгашып, алардын шарттары калкка сапаттуу медициналык жардам көрсөтүүгө ылайыктуу эмес. Бул өз кезегинде калкка кызмат көрсөтүүнүн сапатына терс таасир этет.

- Жабдуулардын жетишсиздиги жана эскирүүсү: Айрым үй-бүлөлүк медицина мекемелеринде заманбап медициналык жабдуулар жетишпейт.

Рентген, УЗИ, лабораториялык анализдер жана башка диагностика үчүн керек болгон жабдуулар жок же иштебейт.

- Коммуналдык кызматтардын жоктугу: Айрым айылдарда медициналык мекемелерде суу, канализация жана жылуулук жок. Бул да үй-бүлөлүк медицинанын өнүгүшүнө тоскоол болууда.

2. Кадрдык ресурстар

- Кадрлардын жетишсиздиги: Айрыкча айыл жерлеринде үй-бүлөлүк медицина кызматкерлери жетишпейт. Врачтар, медайымдар, фельдшерлер жана башка адистердин тапшырмалары көп болгондуктан, алардын иши жүктөлүп, сапаттуу кызмат көрсөтүү кыйын болуп калат.

- Квалификациянын төмөндүгү: Айрым адистердин квалификациясы жогорку деңгээлде эмес. Медициналык кызматкерлер заманбап билимдерге жана көндүмдөргө ээ болууга жетишпейт. Ошондой эле, медициналык кызматкерлердин билим деңгээли калкка керектүү сапатта жардам көрсөтүүгө жетиштүү эмес.

- Мамлекеттик окутуунун жетишсиздиги: Өлкөдө жана Ош облусунда үй-бүлөлүк медицина кызматкерлерин даярдоодо жана квалификациясын жогорулатууда жетишсиз шарттар бар. Кадрларды даярдоо жана окутуу программалары жетишсиз болуп, ал талап кылынган сапаттагы медициналык кызмат көрсөтүүгө таасирин тийгизет.

3. Калкка медициналык кызматтарды жеткиликтүү кылуу

- Географиялык тоскоолдуктар: Ош облусунун көптөгөн аймактары

тоолуу жана чөлдүү болгондуктан, алыскы аймактарда жашаган адамдар үчүн медициналык кызматтарды алуу кыйын. Ал аймактарда үй-бүлөлүк медицина кызматтары жеткиликтүү болбой жатат.

- Транспорттук көйгөйлөр: Калк алыскы аймактарда медициналык мекемелерге жетүү үчүн көп учурда транспорт маселесине туш келет. Кээ бир аймактарда медициналык кызматкерлерди жана жабдууларды жеткирүү боюнча да көйгөйлөр бар.

- Медициналык кызматтардын жеткиликтүүлүгү: Айрым айылдарда үй-бүлөлүк медицина кызматтарынын сапаты жана жеткиликтүүлүгү чектелген. Көптөгөн адамдар алдын ала текшерүүлөргө жана эмдөөлөргө бара албай, медициналык жардамга өз убагында кайрыла алышпайт.

4. Финансылык чектөөлөр

- Мамлекеттик бюджеттин чектелиши: Үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүү үчүн бөлүнгөн финансылык каражаттар жетишсиз. Медициналык мекемелерди оңдоп-түзөө, жабдууларды жаңылоо, адистерди окутуу үчүн керектүү каражаттарга муктаждык бар.

- Алдыдагы каржылык ресурстардын жетишсиздиги: Медициналык кызматтарды сатып алуу, сапаттуу дары-дармектерди камсыз кылуу жана башка керектүү чыгымдар үчүн чектелген каржылык мүмкүнчүлүктөр бар. Бул медициналык кызматтардын сапатына жана жеткиликтүүлүгүнө терс таасир этет.

5. Санариптик технологиялардын жоктугу жана алардын колдонулушу

- Электрондук медициналык карталардын жоктугу: Ош облусунда электрондук медициналык карталар жана маалымат базалары толук киргизилген эмес. Бул адистердин пациенттер тууралуу маалыматты иштетүү жана алардын тарыхын карап чыгуу процессин жайлатат, медициналык жардамдын сапатына терс таасирин тийгизет.

- Медициналык маалыматтын автоматташтырылышы: Санариптик

платформалар жана мобилдик тиркемелер аркылуу медициналык кызмат көрсөтүү боюнча инновациялар көп аймактарда колдонулбайт. Медициналык кеңештер жана консультациялар онлайн түрүндө жеткиликтүү эмес.

6. Калктын билим деңгээли жана ден соолугун сактоо маданияты

- Алдын ала текшерүүлөрдүн жоктугу: Калк арасында алдын ала медициналык текшерүүлөргө жана эмдөөлөргө баруу маданияты жок. Бул көп оорулардын алдын алуунун жана эрте аныктоонун натыйжалуулугун төмөндөтөт.

- Ден соолукка көңүл буруунун аздыгы: Калк арасында ден соолугун сактоого, физикалык активдүүлүккө жана туура тамактанууга маани берүү деңгээли төмөн. Мындай кырдаал үй-бүлөлүк медицинанын кызматтарын туура жана эффективдүү колдонууга тоскоол болот.

Натыйжалуу чечимдерди жана өнүктүрүү жолдорун сунуштоо:

Ош облусунда үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүү үчүн бир нече натыйжалуу чечимдерди жана жолдорду сунуштоо зарыл. Бул чечимдер инфраструктуранын абалын жакшыртууга, кадрларды даярдоого, финансылык каражаттарды туура пайдаланууга жана санариптик технологияларды киргизүүгө багытталууга тийиш. Төмөндө үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүүнүн негизги жолдору жана сунуштар берилип жатат. Медициналык билим берүү системасын жакшыртуу аркылуу кадрларды даярдоо жана квалификациясын жогорулатуу

Мамлекеттик жана жергиликтүү деңгээлде кадрларды даярдоо программаларын иштеп чыгуу: Үй-бүлөлүк медицина кызматкерлерин окутуу жана кайра даярдоо үчүн программа түзүү керек. Мындан тышкары, айылдык аймактарда медицина кызматкерлерин окутууга жана аларды борборлорго жакын жерлерге жиберүү шарттарын түзүү талап кылынат.

- Аралыктан окутуу жана онлайн курстарды киргизүү: Үй-бүлөлүк медицина адистери үчүн онлайн курстарды жана семинарларды уюштуруу, алардын квалификациясын жогорулатуу. Ош облусунун алыскы аймактарындагы медицина кызматкерлерине үчүн онлайн платформаларды

колдонуу — бул өзгөчө маанилүү.

- Билим берүү жана практикалык ишти өнүктүрүү: Окуу курстарынын теориялык бөлүгүнөн тышкары, медициналык кызматкерлер үчүн практикалык машыгуу мүмкүнчүлүктөрүн түзүү. Айрыкча, аймактык

медициналык мекемелерде стажировкалар жана ментордук жардам уюштуруу.

Кадрларды тармак боюнча бөлүштүрүү

- Айылдарга кадрларды тартуу үчүн мотивациялык механизмдерди түзүү: Айылдык аймактарга үй-бүлөлүк медицина адистерин тартуу үчүн финансылык стимулдар, анын ичинде жогорку айлык акы, турак жай жана билим алуу мүмкүнчүлүктөрүн камсыз кылуу керек.

- Кадрларды үзгүлтүксүз жана туруктуу тартипте камсыз кылуу: Адистерди айылдык аймактарда иштөөгө кызыктыруу үчүн мамлекеттик программа түзүп, аларга каржылык жана социалдык колдоо көрсөтүү.

Финансылык камсыздоо жана бюджетти натыйжалуу пайдалануу

- Мамлекеттик жана жергиликтүү бюджеттерди пайдаланууну оптималдаштыруу: Үй-бүлөлүк медицина

мекемелеринин инфраструктурасын жаңылоо үчүн бюджетти эффективдүү бөлүштүрүү зарыл. Мунун алкагында, эски медициналык жабдууларды жаңылоону, жаңы жабдууларды алуу жана медициналык мекемелердин имараттарын оңдоону каржылоого багытталган атайын фонд түзүү керек.

-Кошумча каржылоону тартуу: Үй-бүлөлүк медицина тармагын каржылоону арттыруу үчүн дүйнөлүк уюмдардан (Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму, ЮНИСЕФ, донорлор) жардам алып, демөөрчүлүктү, гранттарды жана жеке сектордун катышуусун көбөйтүү керек.

Калкка жеткиликтүү медициналык жардамды камсыз кылуу

- Калкка медициналык кызматтарды жеткиликтүү кылуу үчүн бирдиктүү финансылык механизмдерди түзүү: Үй-бүлөлүк медицина

кызматтарын акысыз же арзан баада алуу үчүн мамлекеттик камсыздандыруу системасын ишке киргизүү. Жалпы саламаттык сактоо системасынын бир бөлүгү катары үй-бүлөлүк медицинаны каржылоону координациялоо жана сапаттуу кызмат көрсөтүүнү камсыз кылуу.

Приватизация жана коомдук-менчик өнөктөштүк

- Мамлекеттик жана жеке менчик секторунун кызматташтыгы: Медициналык мекемелерди жаңылоо жана жабдууларды сатып алуу үчүн жеке сектор менен кызматташуу мүмкүнчүлүктөрүн караштыруу. Мындай партнерлук аркылуу көптөгөн ишкана ишкерлери жана коомдук фонддор саламаттык сактоо тармагына инвестиция салуу үчүн кызыктырууга болот. Санариптик технологияларды киргизүү

Электрондук медициналык карталарды жана санариптик платформаларды киргизүү - Электрондук медициналык карталарды ишке киргизүү: Пациенттердин медициналык маалыматтарын автоматтык түрдө башкаруу жана көзөмөлдөө үчүн электрондук медициналык карталарды киргизүү. Бул адистерге пациенттердин тарыхы, анализдери жана дарылануу планы боюнча маалыматтарды тез жана так алууга мүмкүнчүлүк берет.

- Онлайн кеңеш берүү жана телемедицина: Алыскы аймактардагы калк үчүн онлайн кеңеш берүү жана телемедицина кызматтарын ишке киргизүү. Медицина кызматкерлери интернет аркылуу консультация берүү жана дистанциондук текшерүүлөрдү жүргүзүү мүмкүнчүлүктөрүнө ээ болушу керек. Медициналык маалыматты бирдиктүү базага чогултуу: Бардык медициналык мекемелердин маалыматтарын бирдиктүү электрондук базага топтоо, бул болсо медициналык маалыматтарды тез арада алууга жана иштетүүгө жардам берет.

Санариптик билим берүү платформаларын иштеп чыгуу. Медициналык адистер үчүн санариптик окутуу системаларын түзүү: Медицина кызматкерлерин окутууга багытталган санариптик билим берүү платформаларын түзүү. Бул платформалар адистерге жаңы медициналык

илимдерди жана технологияларды үйрөнүүгө, ошондой эле иштөө процессинде аларга жардам бере турган колдонмолорду сунуштайт.

Мобилдик тиркемелерди колдонуу. Мобилдик тиркемелер аркылуу ден соолукка мониторинг жүргүзүү: Калк үчүн ден соолукту көзөмөлдөөчү мобилдик тиркемелерди иштеп чыгуу. Пациенттер өздөрүнүн ден соолугун, препараттарды кабыл алуу графигин

Калк арасында түшүндүрүү иштери жана профилактикалык чаралар Ден соолукту сактоого багытталган үгүт-насихат иштерин жүргүзүү

- Алдын алуу иштерин күчөтүү: Калк арасында үй-бүлөлүк медицинанын маанилүүлүгү жана анын пайдасы тууралуу үгүт-насихат иштерин жүргүзүү. Профилактикалык текшерүүлөргө, эмдөөлөргө жана ден соолукту чыңдоого багытталган иш-чаралардын маанисин түшүндүрүү.

- Үй-бүлөлүк медицина кызматтарынын ар түрдүүлүгүн көрсөтүү: Калкка үй-бүлөлүк медицинанын ар түрдүү кызматтары жана алардан кандай пайда алаарын түшүндүрүп берүү. Калкка акыл-кеңеш берүү жана билим берүү. Медициналык маалыматтардын жеткиликтүүлүгүн камсыз кылуу: Калкка медициналык билимди берүү үчүн маалыматтык кампанияларды жүргүзүү. Бул өзүнүн ден соолугун жакшыртуу үчүн кандай кадамдарды жасоону жана үй-бүлөлүк медицинага кайрылууну түшүндүрөт.

Ош облусунда үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүүдө бир нече негизги көйгөйлөр жана чектөөлөр бар. Алардын башында инфраструктуранын эскилиги, кадрлардын жетишсиздиги, калкка кызмат көрсөтүүнүн жеткиликтүүлүгү жана сапаты, финансылык чектөөлөр жана санариптик технологияларды колдонуу мүмкүнчүлүктөрүнүн чектелиши турат. Бул көйгөйлөрдү чечүү үчүн медициналык мекемелердин инфраструктурасын жаңылоо, кадрларды даярдоо жана квалификациясын жогорулатуу, санариптик системаларды киргизүү жана калк арасында ден соолукка кам көрүү маданиятын өнүктүрүү талап кылынат.

КОРУТУНДУЛАР:

1. 2018–2023-жылдар аралыгында Ош шаарынын калкы 14,3%га өскөн. Бирок, үй-бүлөлүк дарыгерлер менен камсыздоо деңгээли болгону 87,5% түзүп, кадрдык тартыштык маселеси сакталып жатканын көрсөтөт. Жүргүзүлгөн социологиялык изилдөөлөрдүн негизинде үй-бүлөлүк медицина борборлорунда бейтаптарды каттоо системасын өркүндөтүү, социалдык жактан аялуу кош бойлуулар арасында аз кандуулуктун алдын алуу жана төрөттөн кийинки мезгилде үй шартында медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын жогорулатууга багытталган сунуштар иштелип чыгып, иш жүзүнө ашырылды.

2. 2018–2023-жылдары баштапкы медициналык-санитардык жардамга (БМСЖ) кайрылуулар 14,7%га, үй-бүлөлүк дарыгерлердин үйгө баруусу 67,5%га азайып, медициналык кызматтардын жеткиликтүүлүгү төмөндөгөн. Ошол эле маалда артериалдык гипертензия 16%га, бронхиалдык астма 25,7%га, темир жетишсиз анемия 27,7%га, ал эми 5 жашка чейинки балдар арасында 40,2%га жогорулаган. Бул изилдөө үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишиндеги көйгөйлөрдү аныктоого, реформанын артыкчылыктуу багыттарын белгилөөгө жана социалдык жактан аялуу катмарлар менен иштөөнү күчөтүүгө багытталган профилактикалык иштерди өнүктүрүүгө өбөлгө түздү. Бул БМСЖнын уюштуруучулук-менеджменттик механизмдерин өркүндөтүүнүн жана алдын алуу менен эрте диагностикага басым жасоонун зарылдыгын баса белгилейт.

3. Калктын муктаждыктарына багытталган интеграцияланган моделдин (КМБИ-БМСЖ) ишке ашырылышы — секторлор аралык кызматташтыкты, 5S принциптерин, санариптештирүүнү жана орто медициналык кызматкерлердин функцияларын кеңейтүүнү камтыган — жогорку натыйжалуулугун көрсөттү. Медициналык көрсөткүчтөрдүн жакшырышы (мисалы, кош бойлуулардагы гемоглобин деңгээлинин

жогорулашы), дарыгерди күтүү убактысынын кыскарышы, бейтаптардын канааттануусунун жогорулашы жана мекемелердин уюштуруучулук натыйжалуулугу байкалган.

4. Орто медициналык кызматкерлердин ыйгарым укуктарын кеңейтүү жана КМБИ-БМСЖ моделинин алкагында көз карандысыз сестриндик практиканын киргизилиши кадр тартыштыгы шартында медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн кыйла жакшыртты. Функциялардын (баштапкы диагностика, кеңеш берүү, санитардык агартуу) делегацияланышы дарыгерлердин жүгүн жеңилдетүүгө, бейтаптардын багытын оптималдаштырууга жана оорулардын алдын алууда туруктуу мамилени камсыз кылууга өбөлгө түздү. Бул модель жогорку натыйжалуулугун көрсөтүп, Кыргыз Республикасынын башка аймактарында да колдонууга ылайыктуу экенин далилдеди.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

I. Саламаттыкты сактоо уюмдарынын деңгээлинде:

1. Үй-бүлөлүк медицина борборлорундагы регистратуранын жана бейтап агымынын ишин оптималдаштыруу: бул үчүн электрондук каттоо системасын, санарип документ жүгүртүүсүн жана алдын ала жазылуу механизмдин киргизүү сунушталат.

2. Орто медициналык кызматкерлердин көз карандысыз практикасын кеңейтүү: өзгөчө амбулатордук-поликлиникалык деңгээлде бейтаптарды алдын ала кабыл алуу, кеңеш берүү, оорулардын алдын алуу жана өнөкөт ооруларды мониторингдөө функцияларын делегирлөө аркылуу ишке ашыруу.

3. Медициналык мекемелердин ички уюштурулушуна “Бережливое управление” (5S) принциптерин колдонуу: бул убакытты үнөмдөөгө, натыйжалуулукту жогорулатууга жана бөлүмдөр ортосундагы кызматташууну жакшыртууга жардам берет.

4. Профилактикалык ишти күчөтүү: тобокел тобундагы бейтаптар үчүн (өзгөчө кош бойлуулар, балдар, кары-картаңдар) скрининг жана активдүү патронажды үзгүлтүксүз жүргүзүү.

5. Жумушчу персоналды мотивациялоо системасын иштеп чыгуу: өзгөчө жаш жана орто деңгээлдеги кызматкерлер үчүн материалдык эмес стимулдарды (окутуу, таануу, ички рейтинг) камтыган механизмдерди киргизүү.

II. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин деңгээлинде:

1. Медайымдардын функцияларын кеңейтүүгө багытталган улуттук клиникалык-уюштуруучулук протоколдорду иштеп чыгуу жана киргизүү: бул өз алдынча кабыл алуу, кеңеш берүү жана профилактикалык программаларга катышуу укуктарын регламенттеши керек.

2. Региондордо кадрдык саясатты күчөтүү:

алыскы жана эл жыш жайгашкан райондордо иштеген дарыгерлер

менен медайымдар үчүн мамлекеттик кепилдиктерди жана жеңилдиктерди (турак жай, көтөрүм акылары, аккредитациядагы артыкчылыктар) караштыруу; региондордон келген студенттер үчүн максаттуу окуу тажрыйбасын кеңейтүү.

3. Калктын муктаждыктарына багытталган интеграцияланган БМСЖ моделин (ИОНЛ-БМСЖ) өнүктүрүүгө колдоо көрсөтүү: пилоттук аянтчаларды түзүү, жетекчилерди окутуу, методикалык колдоо жана стандартташтыруу аркылуу.

4. БМСЖны санариптештирүүгө инвестицияларды кеңейтүү: каттоо, диспансеризация, патронаж жана өнөкөт ооруларды эсепке алуу боюнча бирдиктүү платформаларды түзүү.

5. Калктын БМСЖга канааттануу деңгээлин туруктуу мониторинг кылуу: бул көрсөткүчтөрдү мекемелердин жана кызматкерлердин ишин баалоо системасына киргизүү.

КОЛДОНУЛГАН АДАБИЯТТАРДЫН ТИЗМЕСИ

1. **Аалыбаев К.,** БМСЖны уюштуруунун өзгөчөлүктөрү: Кыргызстандын тажрыйбасы. [Текст] Аалыбаев К., Жээнбаев А.– Бишкек, 2020.
2. **Абдираев, П. А.** Реформирование и модернизация здравоохранения в Кыргызстане (часть 2) / П. А. Абдираев [Текст] // Молодой ученый. – 2016. – № 17(121). – С. 325-328.
3. **Абдраимова, А.** Разрешение проблем недостаточного использования потенциала в оказании помощи при НИЗ: новая роль для семейных врачей/врачей общей практики и медсестер? Документ исследования политики [Текст] / А. Абдраимова, А. Абдукаримова, Э. Ыбыкеева. - Бишкек, 2015. - 41 с.
4. **Абдрахманова, А. О.** Пути формирования новой генерации медицинских сестер в Казахстане [Текст] / А. О. Абдрахманова, З. А. Байгожина, М. А. Калиева // Клиническая медицина Казахстана. - 2014. - № 4 (34). - С. 5-9.
5. **Абдулладжанова, Н. Р.** Оценка уровня знаний медицинских сестер в медицинских организациях г. Казани: образовательная составляющая в профессиональной деятельности и пути ее достижения [Текст] / Н. Р. Абдулладжанова, О. Н. Морозова // Современные проблемы науки и образования. - 2024. - № 2. - Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=33323>
6. **Абылова, Н. К.** Распространенность артериальной гипертензии у лиц сахарным диабетом, находящихся на диспансерном учете в центрах семейной медицины г. Бишкек [Текст]/ Абылова Н.К// Здравоохранение Кыргызстана. –2021.–№ 4. –С. 79-83.
7. **Агаларова, Л. С.** Исследование медико-профилактических, организационно-технологических и социально-экономических аспектов

деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов. 14.02.03 - «Общественное здоровье и здравоохранение» 14.01.04- «Внутренние болезни», Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Агаларова Луиза Саидахмедовна, Махачкала 2010.

8. Аналитический отчет по реформам первичной медицинской помощи (2015[Текст] –2020 гг.). – Бишкек, 2021.

9. **Арзыматов, Т. А.** Проблемы формирования финансов в сфере здравоохранения Кыргызстана / Т. А. Арзыматов, М. У. Рахматова, Н. А. Асанова [и др.] [Текст] // Научные стремления. – 2018. – № 24. – С. 96-98.

10. Архив президента КР. Письмо руководителю администрации Президента КР от Министра здравоохранения М.М. Мамытова от 14.09.2004 г. - ф.№1, оп.1, д.16- 10, т.1, л.54. 54-б.

11. **Аскарбекова, Г. А.** Баштапкы медициналык санитардык жардамдын көлөмүн пландоонун ыкмалары / Г. А. Аскарбекова, Д. К. Исраилова, А. А. Шамшиев [et al.] [Текст] // Илим. Билим. Техника. – 2022. – No. 2(74). – Р. 91-94.

12. **Аскарбекова, Г. А.** Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасындагы терапевттерге кайрылган оорулуулардын түзүмү жана таралышы [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2021. - No. 5. - С. 39-42.

13. **Аскарбекова, Г. А.** Ош облусундагы үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүүнүн жолдору / Аскарбекова, Г. А. // «Endless Light in Science. – 2024. №30. -Астана, 2025.

14. **Аскарбекова, Г. А.** Үй- бүлөлүк медицинада профилактикалык текшерүү маселеси [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2022. - № 9. - С. 175-179.

15. **Бажанова, А. Е.** Оценка управленческих компетенций и потребностей в обучении руководителей здравоохранения Ошской области Кыргызской Республики [Текст]/ Бажанова А.Е. //учебник/ Бишкек 2017.
16. **Баранов, А. А.** Вопросы психологии и психосоматики в послевузовской и дополнительной профессиональной подготовке врачей общей практики[Текст]/ Баранов А.А., Аксенфельд Р.Г., Колинко А.А., Савельева Л.А. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2020. –№ 81. – С. 56-59.
17. Баштапкы медициналык-санитардык жардамды өнүктүрүүдө медайымдардын орду [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, Ы. А. Алдашукуров // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2024. - № 2. - 74-77-66.
18. **Бекешова, Э. Н.** Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на современном этапе / Э. Н. Бекешова [Текст] // Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т. 6, № 1. – С. 145-154.
19. **Бримкулов, Н. Н.** Астанинская декларация по ПМСП - видение мирового здравоохранения в XXI веке. [Текст]/ Бримкулов Н.Н., Касымов О.Т. // Здравоохранение Кыргызстана. – 2019. –№ 1. – С. 146-152.
20. **Бримкулов, Н. Н.** Проблемы общей врачебной практики в материалах национального конгресса по болезням органов дыхания (16-19 октября 2018 г., Москва). [Текст]/ Бримкулов Н.Н., Белевский А.С. // Российский семейный врач. –2018. –Т. 22. –№ 4. –С. 49-52.
21. **Бримкулов, Н. Н.** Прошлое, настоящее и будущее семейной медицины в Кыргызстане (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29-30 октября 2015 года). [Текст]/ Бримкулов Н.Н. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2015. –№ 3. – С. 115-118.

22. **Бримкулов, Н. Н.** Семейная медицина: прошлое, настоящее и будущее (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29-30 октября 2015 года). [Текст]/ Бримкулов Н.Н. // Российский семейный врач. –2015. –Т. 19. –№ 3. –С. 33-36.

23. Семейные врачи - лидеры на пути к лучшему здоровью (к всемирному дню семейного врача - 19 мая). [Текст]/ Бримкулов Н.Н., Сыдыкова С.Ж., Жайлообаева А.Т., Кубанычбек к. М., Шаповалова А., Ботбаева Э., Нурдинов Б., Ошбаева А., Кожокулова Н., Осмонканова Н., Запар к. З. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. –2018. –№ 1. –С. 31-36.

24. **Бурлачук. В. Т.** Регистр в оценке эффективности терапии больных хронической обструктивной болезнью легких в общей врачебной практике (семейной медицине) [Текст]/ Бурлачук В.Т., Трибунцева Л.В., Алтухова Ю.В., Будневский А.В. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. –2011. –№ 46. –С. 37-42.

25. Всемирная организация здравоохранения. Health in Transition: Country Profiles. Kyrgyzstan, 1996.

26. Всемирная организация здравоохранения. Основы системы первичной медико-санитарной помощи. Электрондук ресурс [Текст] – Режим доступа: <https://www.who.int>. [Текст]

27. Всемирная организация здравоохранения. Реформы здравоохранения в Центральной Азии: опыт Кыргызстана. [Текст] – Женева, 2000.

28. **Гаджиев, Р. С., Агаларова Л. С., Гасанов А. Н.,** Исследование организации и качества медицинской помощи на дому городскому населению. [Текст] // Организация и совершенствование управления системой охраны здоровья населения. 2021. С. 45-51.

29. **Гаджиев, Р. С.** Исследование качества диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках / Р. С. Гаджиев, Л. С.

Агаларова, М. А. Гамзаева [Текст] // Справочник врача общей практики. – 2017. – № 3. – С. 15-22.

30. Департамент здравоохранения Кыргызской Республики. Аналитический отчет по реформам первичной медицинской помощи (2015[Текст]–2020 гг.). – Бишкек, 2021.

31. **Джапарова, Д.** Система оплаты труда в государственном секторе здравоохранения в Кыргызской Республике. [Текст]/ Джапарова Д., Джолдошева Т.Ю. // Сибирская финансовая школа–2018. –№3 (128).–С. 23-26.

32. **Джапарова, Д.** Перспективы создания электронного здравоохранения в Кыргызстане / Д. Джапарова [Текст] // Реформа. – 2020. – № 2(86). – С. 64-70.

33. **Джапарова, Д.** Проблемы финансирования системы здравоохранения в Кыргызстане / Д. Джапарова [Текст] // Актуальные вопросы современной науки. – 2016. – № 48. – С. 118-125.

34. **Джуманалиев, Т. Ж.** Некоторые особенности законодательства Кыргызской республики в сфере здравоохранения / Т. Ж. Джуманалиев, М. К. Казакбаев [Текст] // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2023. – № 7. – С. 213-216.

35. **Джуманалиев, Т. Ж.** Правовое регулирование охраны и укрепления здоровья населения в Кыргызстане / Т. Ж. Джуманалиев, М. К. Казакбаев [Текст] // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2023. – № 5. – С. 168-170.

36. Дорожная карта «Триединство образования, науки и практики в сестринском деле» на 2022-2023 годы [Электронный ресурс]: Приказ Министра здравоохранения Респ. Казахстан от 11 марта 2022 г. № 176 // Норматив. акты Респ. Казахстан. – 2022. / Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=37366996&pos=3;-52#pos=3;-52. – Загл. с экрана.

37. **Дорош. Ж. В.** К 20-летию кафедры терапии и семейной медицины российского национального исследовательского университета имени Н. И. Пирогова [Текст] / Дорош Ж.В. // Справочник врача общей практики. – 2018. – № 5. – С. 4-8.

38. Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму (ВОЗ). Кыргызстандын саламаттыкты сактоо системасы боюнча баяндама. [Текст] – Женева, 2017.

39. **Евдокимова, А. Г.** Организация первичной медико-санитарной помощи: учебное пособие. [Текст] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

40. Ежегодный отчет Республиканского центра 'Эне жана бала'. [Текст] – Бишкек, 2014.

41. Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасына адистерди даярдоо [Текст] / Аскарбекова, Г. А., Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев, Ы. А. Алдашукуров // Вестник Ошского государственного университета. - 2022. -№3.- С. 38-43.

42. **Жапаров, К. А.** Пути оптимизации амбулаторной хирургической помощи в городских условиях / К. А. Жапаров, Ж. С. Таирова, А. А. Барынбаева [Текст] // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2016. – № 10. – С. 190-194.

43. **Жапаров, К. А.** Социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья населения, проживающего в сельской местности / К. А. Жапаров, А. Р. Аралбаева, Ж. С. Таирова [Текст] // Вестник Ошского государственного университета. – 2015. – № 3. – С. 48-54.

44. **Жусупова, А. Б.** Азыркы этаптагы саламаттыкты сактоонун маңызы жана мааниси / А. Б. Жусупова, Н. М. Бахрамжанова [Текст] // Кыргызстандын саламаттыкты сактоо. – 2021. – No. 2. – Р. 128-133.

45. **Здоровье-2020: внешняя политика и здравоохранение** [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Женева, 2015. – 8 с. – Режим доступа: <https://iris.who.int/handle/10665/363252>.

– Загл. с экрана.

46.

доровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики [Электронный ресурс]: сб. стат. матер. / Центр электронного здравоохранения МЗ КР. – Бишкек, 2022. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

47.

доровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики [Электронный ресурс]: сб. стат. матер. / Центр электронного здравоохранения МЗ КР. – Бишкек, 2023. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

48. **Исаев, Т.** Анализ доступности и доверия к семейной медицине у населения [Текст] // Научно-практический медицинский журнал. – 2020. – №2. – С. 21–27.

49. **Исмаилова, К. Д.** Актуальные вопросы управления в системе здравоохранения Кыргызстана / К. Д. Исмаилова, Э. С. Усонова [Текст] // Известия Иссык-Кульского форума бухгалтеров и аудиторов стран Центральной Азии. – 2022. – № 2(37). – С. 49-53.

50. **Исраилова, Д. К.** Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасындагы терапевттерге кайрылган оорулуулардын түзүмү жана таралышы / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова [Текст] // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2021. – No. 5. – P. 39-42.

51. **Капанова, Г. Ж.** Всеобщий охват услугами здравоохранения: возможности и проблемы (по материалам Международной конференции, проведенной 10 декабря 2021 г. в Алматы, посвященной Международному дню всеобщего охвата услугами здравоохранения) / Г. Ж. Капанова, Н. Н. Бримкулов, И. Е. Моисеева [Текст] // Российский семейный врач. – 2022. – Т. 26, № 1. – С. 41-50.

52. **Каратаев, М. М.** Актуальные вопросы повышения качества образовательного процесса по общественному здоровью и здравоохранению в системе додипломного образования / М. М. Каратаев, Д. Д. Ибраимова, К. И. Садамкулова [Текст] // Наука и новые технологии. – 2011. – № 1. – С. 92-96.
53. **Каратаев, М. М.** О ходе реализации программы реформирования системы здравоохранения Киргизской Республики / М. М. Каратаев, М. А. Мамбетов, У. Х. Аджибаев [Текст] // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 4. – С. 10-12.
54. **Касиев, Н.** Кыргызстандын медициналык инфраструктурасынын өнүгүүсү. [Текст] – Бишкек, 2010.
55. **Касиев, Н.** Кыргызстандын саламаттыкты сактоо системасы: өткөнү жана келечеги. [Текст] – Бишкек, 2001.
56. **Касиев, Н., Мейманалиев, Т.** Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо тармагынын өнүгүү этаптары. [Текст] – Бишкек: 'Саламаттык сактоо жана коом', 1991.
57. **Касиев Н. К., Рисалиев Л. Д.,** Прошлое, настоящее и будущее. Очерки об истории здравоохранения Кыргызской Республики. - Бишкек: Учкун, 2004., 45- б.
58. **Касиев, Н. К.** Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Кыргызской республике : специальность 14.00.33 : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Касиев Накен Касиевич. – Москва, 1999. – 45 с.
59. **Касиев, Н. К.** Некоторые вопросы системы здравоохранения Кыргызстана (Проблемы и перспективы) / Н. К. Касиев, О. А. Болбачан, Д. Д. Ибраимова [Текст] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2019. – Т. 19, № 5. – С. 136-140.

60. **Корж А. Н.** Роль семейного врача в диагностике, профилактике и лечении хронической венозной недостаточности [Текст]/ Корж А.Н. // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2016. – № 1. – С. 82-86.
61. **Кочербаева, А. А.** Современное состояние функционирования сферы здравоохранения Кыргызстана. [Текст]/ Аль-Шавбаке Л.Д.О., Кочербаева А.А. // Известия ВУЗов Кыргызстана. –2018. –№ 6. –С. 63-67.
62. Кыргызстан - UNICEF. Отчет о поддержке первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике [Текст]. – Бишкек: ЮНИСЕФ, 2022. – 54 с
63. КР Саламаттыкты сактоо министрлиги. Саламаттыкты сактоо тармагындагы кыйынчылыктар жана алардын себептери. [Текст] – Бишкек, 1995.
64. **Курбатова, А. А.** Роль системы мониторинга в оценке эффективности терапии больных бронхиальной астмой общей врачебной практике (семейной медицине) [Текст]/ Курбатова А.А., Будневский А.В. // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2013. –Т. 16. –№ 2. – С. 3-7.
65. **Кылчыкбаев, К.** Система здравоохранения Кыргызстана / К. Кылчыкбаев [Текст] // Вестник Бишкекского гуманитарного университета. – 2012. – № 3(23). – С. 126-128.
66. Кыргыз мамлекеттик медициналык академия. Академиянын тарыхы жана өнүгүүсү. [Текст] – Бишкек, 1998.
67. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлиги. 'Кургак учук' улуттук программасынын отчету. [Текст] – Бишкек, 1995-2015.
68. Кыргызская ассоциация семейных врачей. Руководство по доврачебной помощи. [Текст] – Ош, 2022.

69. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлиги. 'Манас' программасынын ишке ашыруусу боюнча отчет. [Текст] – Бишкек, 1996.
70. Маалымат агенттиги 24.kg. Ош облусундагы саламаттыкты сактоо абалы тууралуу макала [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://24.kg>
71. Маматов С.М. Анализ антикоагулянтной терапии у пожилых людей во врачебной клинической практике центров семейной медицины Кыргызской Республики [Текст]/ Маматов С.М., Канат кызы Б., Мусакеев А.О., Киндербаева Н.К., Тагаев Т.Ж. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2021. –Т. 17. –№ 2. – С. 228-232.
72. **Мамбеталиева, З. И.** Материально-техническая база учреждений ПМСП Кыргызстана: состояние и вызовы [Текст] // Здоровоохранение Кыргызской Республики. – 2020. – №4. – С. 33–38.
73. **Мамырканов, М. А.** Подготовка социальных работников для деятельности в сфере общественного здравоохранения / М. А. Мамырканов [Текст] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. – Т. 22, № 3. – С. 192-196.
74. **Мамытов, А. С.** Кыргыз Республикасындагы социалдык-демографиялык өнүгүүнүн тенденциялары жана факторлору / А. С. Мамытов, И. А. Кыдырбаева [Текст] // Бишкек мамлекеттик университетинин жарчысы. – 2024. – No. 2(68). – P. 43-47.
75. **Мамытова, Ж. Б.** Инновационные механизмы привлечения медицинских кадров в сельское здравоохранение Кыргызстана / Ж. Б. Мамытова [Текст] // Вестник КазЭУ. – 2014. – № 1(97). – С. 36-44.
76. **Мамытова, Н. М.** Анемия у беременных: клиника, диагностика и терапия. Мамытова Н.М. и др. [Текст] / Бишкек, 2019.
77. **Матюшков П. И.** Анализ подготовки клинических ординаторов по специальности "Семейная Медицина" в КГМА. [Текст]/ Матюшков П.И.,

Мамытбекова Ж.З., Дворкин М.И., Давлеталиева Н.Э//Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. –2018. –Т. 18. –№ 9. –С. 159-163.

78. Методы экономического анализа в здравоохранении. / [Текст]/ Учебное пособие/Т.К.Рахыпбеков, Алматы.2015. – С.197

79. Министерство здравоохранения КР. Ош шаарындагы ҮМБ инфратүзүмүн жакшыртуу боюнча маалымат [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.facebook.com/MinzdravKG/posts/327572739670101>

80. Министерство здравоохранения КР. Ош шаарындагы ҮМБ инфратүзүмүн жакшыртуу боюнча маалымат [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.facebook.com/MinzdravKG/posts/327572739670101>

81. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Национальные программы «Манас», «Манас Талас», «Ден соолук», «Саламаттык» (1996–2021 гг.) [Текст]. – Бишкек, 2021. – 145 с.

82. Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги. Цифровизация систем ПМСП. [Текст]. –Бишкек, 2023

83. **Мукеева, С. Т.** Проблема семейной медицины в Кыргызстане. [Текст]/ Мукеева С.Т. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. –2012. –№ 1. – С. 135-143.

84. **Муравицкая М. Н.** Исследование факторов, влияющих на комплаентность амбулаторных больных гипертонической болезнью [Текст]/ Муравицкая М.Н., Зуйкова А.А., Посметьева О.С., Тырнова Н.Ю. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2020. –Т. 19. –№ 1. –С. 159-164.

85. ациональная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас таалими" на 2006-2010 годы [Текст] / постановление Правительства Кырг. Респ. от 24 мая 2012 г. № 309. – 2012. - Режим доступа: <https://cbd.minjust.gov.kg/57155/edition/400796/ru>. – Загл. с экрана.

86. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Статистический ежегодник Кыргызской Республики [Текст]. – Бишкек: НСК КР, 2019. – 387 с.

87. Национальная система контроля качества пищевых продуктов Кыргызской Республики, участие потребителей в установлении стандартов на пищевые продукты и применение стандартов Кодекса на национальном уровне // nism.gov.kg/ кирүү: 24.01.2022.

88. О Программе Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна» [Электронный ресурс]: постановление Правительства Кырг. Респ. от 20 дек. 2018 г. № 600 // Норматив. акты Кырг. Респ. – 2018. – Режим доступа: <https://www.gov.kg/ru/npa/s/222>– Загл. с экрана.

89. О реальном уровне безработицы в Кыргызской Республике и мерах ее

сокращения бедности в Кыргызской Республике: Указ Президента Кыргызской Республики от 18 апреля 2003 г. // Слово Кыргызстана. - 2003. - 22 апреля. - С.5; Нормативные акты Кыргызской Республики. - 2003. - №12. - С. 56-57.

90. Ош мамлекеттик университети. Медициналык факультет жөнүндө маалымат [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.oshsu.kg/faculties/med/>

91. Ош облусундагы баштапкы медициналык-санитардык жардамдын учурдагы абалы жана аны өнүктүрүүнүн жолдору [Текст] / З. А. Борончиева, Г. А. Аскарбекова., А. С. Амиракулова // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2024. – № 8. – С.

92. Ош облусунун калкынын баштапкы медициналык - санитардык жардамдын дарыгерлер жана медайымдар менен камсыздальшы [Текст] /

Аскарбекова., Кыдыршаева Ж.А., Исраилова Д.К., Боронбаев А // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2024. - № 4. - С. 124-226.

93. Пути совершенствования подготовки врачей первичного звена здравоохранения по вопросам кардиологической реабилитации [Текст]/ Ацель Е.А., Бодрова Р.А., Газизов Р.М., Поздняк А.О., Юсупова Н.З., Абдрахманова А.И., Плеханова Г.М., Садыкова Р.С. // CardioСоматика. – 2013. –№ S1. – С. 11.

94. Программа Правительства по охране здоровья и развитию здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек - процветающая страна» [Электронный ресурс]: Постановление Правительства Кырг. Респ. от 20 дек. 2018 г. № 600. - Режим доступа:

<https://cbd.minjust.gov.kg/12976/edition/929710/ru>. – Загл. с экрана.

95. **Рысмендеев, Б. Д.** Система здравоохранения в суверенном Кыргызстане / Б. Д. Рысмендеев, Д. Ж. Асанбекова, Т. Ж. Джуманалиев [Текст] // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2023. – № 9. – С. 193-196.

96. **Сатыбалдиева, А. Ж.** Анализ результатов реализации международных проектов в сфере здравоохранения Кыргызстана / А. Ж. Сатыбалдиева [Текст] // Вестник Дипломатической академии Министерства иностранных дел Кыргызской Республики имени Казы Дикамбаева. – 2022. – № 18. – С. 119-125.

97. **Саякбаева А. А.** Статистический анализ индикаторов реализации национальных программ охраны здоровья населения Кыргызской Республики [Текст]/ Саякбаева А.А., Ташкулова Г.К., Акылбекова Н.И. // Евразийское Научное Объединение. – 2018. –№ 9-2 (43). – С. 80-83.

98. Семейные врачи - лидеры на пути к лучшему здоровью (к Всемирному Дню семейного врача - 19 мая). Н. Н. Бримкулов, С. Ж. Сыдыкова, А. Т. Жайлообаева [и др.] [Текст] // Вестник Кыргызской

государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. – 2018. – № 1. – С. 31-36.

99. **Смит Б. Е.** Семейная медицина-правильный ли выбор для Кыргызстана? [Текст]/Смит Б.Е.//Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. –2011. –№ 3. –С. 62-70.

100. **Сулейманова, Г. Т.** Современные медико-демографические тенденции Кыргызской Республики. [Текст]/ Сулейманова Г.Т., Тургумбаева Ж.Д., Бапалиева Г.О. // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. –2020. –№ 12. –С. 58-64.

101. **Султаналиева, Р. Б.** Об организации медицинской помощи лицам с сахарным диабетом 2 типа в мире и в Кыргызстане / Р. Б. Султаналиева, Н. Абылова [Текст] // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10, № 3. – С. 420-427.

102. **Табалдиева, А. С.** Рынок труда в сфере здравоохранения Кыргызстана: проблемы и перспективы развития с помощью передовых технологий / А. С. Табалдиева, А. А. Джапарова [Текст] // Известия Кыргызского государственного технического университета им. И. Раззакова. – 2023. – № 2(66). – С. 1223-1230.

103. **Токтоналиева, А. Т.** Эгемендүүлүктүн алгачкы жылдарындагы Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо системасындагы улуттук программалар // Известия ВУЗов Кыргызстана. — 2023. — № 5. — С. 224–227

104. **Тургуналы кызы Гулира.** Проблемы и перспективы подготовки специалистов среднего звена [Текст] / Тургуналы Кызы Гулира, Н. К. Касиев // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2020. – № 5. – С. 63-66.

105. **Турдубаев, С. К.** Пути совершенствования расходов государственного бюджета на здравоохранение на основе новых информационных технологий / С. К. Турдубаев, З. М. Кенешбаева, И. У.

Давыдов [Текст] // Современные гуманитарные исследования. – 2018. – № 2(81). – С. 42-47.

106. Фонд обязательного медицинского страхования. Мамлекеттик кепилдиктер программасынын 2022-жылдагы аткарылышы [Текст]. – Бишкек: ФОМС, 2022. – 47 б.

107. **Чоюбекова, Г. А.** Экономические основы сферы здравоохранения в Кыргызской Республике. [Текст]/ Чоюбекова Г.А., Кочербоева А.А. //Вестник Карагандинского университета. Серия: Экономика. –2019. –Т. 94. –№ 2. –С. 205-211.

108. **Чоюбекова, Г. А.** Государственно-частное партнерство как экономический инструмент развития здравоохранения Кыргызстана / Г. А. Чоюбекова, Г. И. Жунушалиева, А. А. Накенова [Текст] // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 5. – С. 441-449.

109. **Чубаков, Т. Ч.** Непрерывное медицинское образование: международные тенденции и основные направления в Кыргызской Республике / Т. Ч. Чубаков, Л. Лутонов, Н. Н. Бримкулов [и др.] [Текст] // Здравоохранение Кыргызстана. – 2018. – № 1. – С. 79-86.

110. Щепин В.О., Овчаров В.К., 2005; Tillinghast S.D., 2005; Кучеренко В.З. и др., 2005

111. **Эреджепова, Л. Н.** Оптимизация ведения пациентов с хронической болезнью легких (ХОБЛ) на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане : специальность 14.00.05 : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Эреджепова Людмила Николаевна. – Бишкек, 2009. – 110 с.

112. **Ягудина, Р. И.** Актуальные вопросы оценки технологий здравоохранения в Азербайджане, Армении, Беларуси, Кыргызстане, Молдове, России, Таджикистане, Узбекистане / Р. И. Ягудина, Д. Т. Угрехелидзе, А. А. Агзамов [и др.] [Текст] // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2015. – № 3. – С. 5-10.

Иностранные источники

113. Alma-Ata 1978 Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [Текст]. - Geneva: WHO, 1978. - 63 p.

114. Bodenheimer T., Medicinal plants and bioactive natural products as inhibitors of nlrp3 inflammasome. [Text]/ Bagherniya M., Khedmatgozar H., Fakheran O., Xu S., Johnston T.P., Sahebkar A. //Phytotherapy Research. – 2021.

115. Bahrmann A. S2K Guideline: diagnosis, therapy and follow-up of diabetes mellitus in the elderly: 2nd edition 2018 - awmf register no. 057-017. [Text]/ Bahrmann A., Bahrmann P., Baumann J., Bauer J., Brückel E., Dreyer M., Freitag M., Friedl A., Götz S., Grundke S., Hiddemann S., Hodeck K., Kern W., Kintscher U., Kubiak T., Kulzer B., Lee-Barkey Y.H., Lobmann R., Marx N., Schröder F. et al. // Biochemical Society Transactions. – 2021. –Т. 49. – № 6. – С. 2941-2955.

116. Cannon C.P. Use of lipid-lowering therapies over 2 years in gould, a registry of patients with atherosclerotic cardiovascular disease in the us. [Text]/ Cannon C.P., Liu Y., Gao Q., De Lemos J.A., Rosenson R.S., Ballantyne C.M., Palagashvilli T., Alam S., Mues K.E., Bhatt D.L., Kosiborod M.N. // JAMA Cardiology. – 2021. –Т. 6. –№ 9. – С. 1060-1068.

117. Christenberry E.J. Reliability of point-of-care international normalized ratio testing in an academic family medicine clinic. [Text]/ Christenberry E.J., Padilla M.E., Loya .M., Aragón L., Aguirre M. // Point of Care. – 2018. –Т. 17. –№ 2. – С. 55-58.

118. Deltas C. Nephrogenetics and nephrodiagnostics: contemporary molecular approaches in the genomics era. [Text]/ Deltas C. //В книге: Integration of Omics Approaches and Systems Biology for Clinical Applications. –2017. –С. 26-48.

119. Dieterle T. Heart failure in the elderly. [Text]/ Dieterle T., Pfisterer M., La Rocca H.B. // Diabetologie und Stoffwechsel. – 2018. –T. 13. –№ 5. – C. 423-489.
120. Fu Z.-H. Progress in research and application of sendai virus vector. [Text]/ Fu Z.-H., Li Y.-H., Gao K., Rao C.-M., Wang J.-Z. //Chinese Journal of New Drugs. – 2016. –T. 25. –№ 14. – C. 1595-1599.
121. Frenk, J., & Chen, L. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. – The Lancet, 2010.
122. Glaser A.P. The evolving genomic landscape of urothelial carcinoma. [Text]/ Glaser A.P., Fantini D., Shilatifard A., Schaeffer E.M., Meeks J.J. // Nature Reviews Urology. – 2017. –T. 14. –№ 4. – C. 215-229.
123. Groen S.S. Exploring IL-17 in spondyloarthritis for development of novel treatments and biomarkers. [Text]/ Groen S.S., Sinkeviciute D., Bay-Jensen A.-C., Thudium C.S., Karsdal M.A., Nielsen S.H., Thomsen S.F., Schett G. // Autoimmunity Reviews. – 2021. – C. 102760.
124. Gulumian M. African herbal remedies with antioxidant activity: a potential resource base for wound treatment. [Text]/ Gulumian M., Yahaya E.S., Steenkamp V. //Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. – 2018. –T. 2018. – C. 4089541.
125. Hahnen E. Genetic principles of hereditary breast and ovarian cancer. [Text]/ Hahnen E., Meindl A. // Der Gynäkologe. – 2020. –T. 53. –№ 11. – C. 726-733.
126. Hikal W.M. Hikal W.M. Present and future potential of antiparasitic activity of opuntia Ficus-Indica. [Text]/ Hikal W.M., Said-Al Ahl H.A.H., Tkachenko K.G. //Tropical Journal of Natural Product Research. –2020. –T. 4. –№ 10. –C. 672-679.
127. Hlapisi N. Encapsulation of gold nanorods with porphyrins for the potential treatment of cancer and bacterial diseases: a critical review. [Text]/

Hlapisi N., Motaung T.E., Linganis L.Z., Oluwafemi O.S., Songca S.P. //Bioinorganic Chemistry and Applications. – 2019. –Т. 2019. – С. 7147128.

128. Huynh M.A. PI3-Kinase, akt, mtor, and treatment. [Text]/ Huynh M.A., Haas-Kogan D. // В книге: Handbook of Brain Tumor Chemotherapy, Molecular Therapeutics, and Immunotherapy: Second Edition. – 2018. –С. 333-339.

129. Jacobi N. Erbb family signalling: a paradigm for oncogene addiction and personalized oncology. [Text]/ Jacobi N., Eger A., Seeboeck R., Hofmann E. // Cancers. – 2017. –Т. 9. –№ 4. – С. 33.

130. Kamaraju S. Interactions between cardiology and oncology drugs in precision cardio-oncology. [Text]/ Kamaraju S., Mohan M., Zaharova S., Brown S.-A., Wallace B., Tierney J., McGraw J., Lokken J., Weil E., Fatunde O. // Clinical Science. – 2021. –Т. 135. –№ 11. –С. 1333-1351.

131. Khan F. Comprehensive review on phytochemicals, pharmacological and clinical potentials of gymnema sylvestre. [Text]/ Khan F., Sarker M.M.R., Ming L.C., Mohamed I.N., Zhao C., Sheikh B.Y., Tsong H.F., Rashid M.A. //Frontiers in Pharmacology. – 2019. –Т. 10. –№ OCT. – С. 01223.

132. Khandaker M. Trichosanthes dioica roxb.: a vegetable with diverse harmacological properties. [Text]/ Khandaker M., Akter S., Imam M.Z. // Food Science and Human Wellness. – 2018. –Т. 7. – № 1. – С. 34-48.

133. Kolobynina K. Generation of human adipose-derived stem cell lines with expression of tesc Gene. [Text]/ Kolobynina K., Solovyeva V., Gomzikova M., Tazetdinova L., Rizvanov A. // BioNanoScience. – 2017. –Т. 7. – № 1. – С. 92-96.

134. Kumagai S. Antitumour immunity regulated by aberrant erbb family signaling. [Text]/ Kumagai S., Nishikawa H., Koyama S. // Nature Reviews Cancer. 2021. Archivos de Neurociencias. – 2021. –Т. 26. – № 3. – С. 17-23.

135. Kringos D.S. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. British Journal of General Practice. – 2019.

136. Lambrinoudaki I. Premature ovarian insufficiency: a toolkit for the primary care physician. [Text]/ Lambrinoudaki I., Paschou S.A., Lumsden M.A., Faubion S., Makrakis E., Kalantaridou S., Panay N. // *Maturitas*. – 2021. –T. 145.
137. Liu Z. Improvement of the acid resistance, catalytic efficiency, and thermostability of nattokinase by multisite-directed mutagenesis. [Text]/ Liu Z., Zhao H., Han L., Cui W., Zhou L., Zhou Z. // *Biotechnology and Bioengineering*. – 2019. –T. 116. –№ 8. – C. 1833-1843.
138. Loenarz C. An oxygen sensation: progress in macromolecule hydroxylation triggered by the elucidation of cellular oxygen sensing. [Text]/ Loenarz C. // *Angewandte Chemie - International Edition*. –2020. –T. 59. –№ 10. – C. 3776-3780.
139. Lu L. Application of crispr/cas9 in alzheimer's disease. [Text]/ Lu L., Yu X., Cai Y., Sun M., Yang H. // *Frontiers in Neuroscience*. –2021. –T. 15. –№ APR. –C. 803894.
140. Luo Y. Application of chinese medicine in acute and critical medical conditions. [Text]/ Luo Y., Lin J.-G., Wang C.-Z., Hesse-Fong J., Yuan C.-S. // *American Journal of Chinese Medicine*. – 2019. –T. 47. –№ 6. – C. 1223-1235.
141. Mohammaddin A. Effects of camel milk in dyslipidaemia: a randomised clinical trial. [Text]/ Mohammaddin A., Rohra D.K., Mortaja S., Abanmi S., Al Saati O., Cahusac P.M.B., Khawaja R.A., Al-Selaihem A., Al-Omran Y. // *International Dairy Journal*. – 2018. –T. 84. – C. 79-84.
142. Moutia M. In vitro and in vivo immunomodulator activities of allium sativum. [Text]/ Moutia M., Habti N., Badou A. // *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. – 2018. –T. 2018. – C. 4984659.
143. Nigam M. Antineoplastic potential of the vitex species: an overview. [Text]/ Nigam M., Saklani S., Mishra A.P., Plygun S. // *Boletin Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromaticas*. – 2018. –T. 17. –№ 5. –C. 492-502.

144. Pilát Z. Analysis of bacteriophage-host interaction by raman tweezers. [Text]/ Pilát Z., Jonáš A., Klementová T., Bernatová S., Šiler M., Maňka T., Kizovský M., Samek O., Zemánek P., Pilátová J., Růžicka F., Pantůček R., Neugebauer U. // *Analytical Chemistry*. – 2020. –T. 92. –№ 18. – C. 12304-12311.
145. Pucelik B. Bacteriochlorins and their metal complexes as nir-absorbing photosensitizers: properties, mechanisms, and applications. [Text]/ Pucelik B., Sułek A., Dąbrowski J.M. // *Coordination Chemistry Reviews*. – 2020. –T. 416. – C. 213340.
146. Rodak O. Current landscape of non-small cell lung cancer: epidemiology, histological classification, targeted therapies, and immunotherapy. [Text]/ Rodak O., Olbromski M., Dzięgiel P., Peris-Díaz M.D., Podhorska-Okołów M. // *Cancers*. – 2021. –T. 13. –№ 18.
147. Sabirova A.E. Synergistic action of bacteriophage with antibiotics on *Pseudomonas aeruginosa* biofilms. [Text]/ Sabirova A.E., Gorshkova A.S., Drucker V.V., Kayumov A.R. // *Limnology and Freshwater Biology*. – 2020. –№ 4. – C. 1015-1016.
148. Kringos D.S., Boerma W.G., Hutchinson A., Saltman R.B. Building Primary Care in a Changing Europe. WHO Regional Office for Europe. – 2020.
149. Sanobar Sheikh. Healthcare Professionals in Kyrgyz Republic / Sanobar Sheikh, Ashish // *Bulletin of Science and Practice*. – 2022. – Vol. 8, No. 11. – P. 258-262. – DOI 10.33619/2414-2948/84/34. – EDN DJNZBL.
150. Senichkin V.V. Targeting bcl-2 family proteins: what, where, when? [Text]/ Senichkin V.V., Pervushin N.V., Zuev A.P., Zhivotovsky B., Kopeina G.S. // *Biochemistry (Moscow)*. – 2020. –T. 85. –№ 10. – C. 1210-1226.
151. Shalaby T. Myc as therapeutic target for embryonal tumors: potential and challenges. [Text]/ Shalaby T., Grotzer M.A. // *Current Cancer Drug Targets*. – 2016. – T. 16. –№ 1. –C. 2-21.

152. Shoev L. Janus kinase-signal transducer and activator of transcription in target therapy of cancer. [Text]/ Shoev L., Simionica E. // The Moldovan Medical Journal. – 2019. –Т. 62. –№ 3. – С. 48-51.
153. Sirufo M.M. Successful treatment with omalizumab in a child with asthma and urticaria: a clinical case report. [Text]/ Sirufo M.M., Ginaldi L., De Martinis M. //Frontiers in Pediatrics. – 2019. –Т. 7. –№ JUN. – С. 213.
154. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. – New York: Oxford University Press, 1994.
155. Taylor E.F., Therapeutic potentials of short interfering rnas. [Text]/ Tam C., Wong J.H., Cheung R.C.F., Ng T.B., Zuo T. // Applied Microbiology and Biotechnology. – 2017. –Т. 101. –№ 19. – С. 7091-7111.
156. Tarabashkina, O. Why is the nutrition of children still insufficient? A qualitative study of the attitudes, norms, beliefs and practices of mothers of young children in Kyrgyzstan / O. Tarabashkina, A. Valeeva // Десятые юбилейные Есиповские чтения: школьный учитель в полиэтническом регионе - гражданин, предметник, наставник.
157. Virani S.S. Provider understanding of the 2013 ACC/AHA cholesterol guideline. [Text]/ Virani S.S., Chan W., Akeroyd J.M., Petersen L.A., Nambi V., Pokharel Y., Jones P.H., Ballantyne C.M., Steinberg L., Gowani S.A., Kalra A., Miedema M.D., Polsani V. //Journal of Clinical Lipidology. – 2016. – Т. 10. –№ 3. – С. 497-504.e4.
158. Vrachnis N. Perinatal inflammation: could partial blocking of cell adhesion molecule function be a solution? [Text]/ Vrachnis N., Antonakopoulos N., Zygouris D., Roussos N., Vrachnis D., Loukas N., Paltoglou G., Valsamakis G., Barbounaki S., Iliodromiti Z. //Children (Basel). – 2021. –Т. 8. – № 5.
159. Zhai X. Traditional chinese and western medicine collaboration for stepwise therapy of lumbar disc herniation: significance and prospect. [Text]/ Zhai X., Chen K., Li M., Sun W.-Q., Li J.-H., Fang M., Hu J.-H., Pu J. //Academic

Journal of Second Military Medical University. – 2019. –T. 40. – № 4. – C. 349-355.

160. Zhang H. Canmei formula reduces colitis-associated colorectal carcinogenesis in mice by modulating the composition of gut microbiota. [Text]/ Zhang H., Li Y., Fu X., Hui D., Xiong G. // Frontiers in Oncology. –2019. –T. 9. – № MAR. –C. 1149.

161. Zhang Y. Effective cytotoxic activity of osw-1 on colon cancer by inducing apoptosis in vitro and in vivo. [Text]/ Zhang Y., Fang F., Zhang J., Yu P., Fan K., Ma J., Guo H. // Oncology Reports. – 2017. –T. 37. –№ 6. – C. 3509-3519.

162. Zheng L. Potential treatment methods targeting 2019-ncov infection. [Text]/ Zheng L., Zhang L., Huang J., Nandakumar K.S., Liu S., Cheng K. // European Journal of Medicinal Chemistry. –2020. –T. 205. – C. 112687.

163. Zhu D.-L. Fibroblast growth factor receptor signaling as therapeutic targets in female reproductive system cancers. [Text]/ Zhu D.-L., Zhang K., Guo Y., Tuo X.-M., Rong Y. //Journal of Cancer. – 2020. – T. 11. – № 24. – C. 7264-7275.

164. Zureick A.H. Successful treatment of a tsc2-mutant glioblastoma with everolimus. [Text]/ Zureick A.H., McFadden K.A., Mody R., Koschmann C. //BMJ Case Reports. – 2019. –T. 12. –№ 5. – C. e227734.

165. Zyubin A. Raman spectroscopy for glutathione measurements in mycobacterium tuberculosis strains with different antibiotic resistance. [Text]/ Zyubin A., Samusev I., Lavrova A., Manicheva O., Dogonadze M., Belik V. // Journal of Raman Spectroscopy. –2021. –T. 52. –№ 9. –C. 1661-1666.

166. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU: United Kingdom, Health Profile. – 2021.

167. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9842163/>.

168. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1479541/>.

169. https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Estonia,

170. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8005513/>
171. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459032/>;
172. <https://www.theguardian.com/society/2025/mar/12/mental-health-charities-struggling-to-cope-with-gp-referral-influx>.
173. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2707593/>
174. https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Finland.
175. <https://www.wired.com/story/social-prescribing>
176. Journal of the American Medical Association (JAMA), 2021.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2783076>.
177. General practitioners' workloads and satisfaction in Europe. European Journal of General Practice, 2020.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2020.1780978>.
178. **The role of family physicians in global health: A review**
Global Health Action, 2022.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2022.2054072>.
179. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/sweden-2023/financing/overview-of-the-statutory-financing-system>.

1 ТИРКЕМЕ

1-Анк

ета Үй-бүлөлүк дарыгерге кайрылуу жана амбулатордук жардамга канааттануу Сиздин жоопторуңуз биз үчүн абдан маанилүү. Толтурулган маалымат жашыруун сакталат жана изилдөө максатында гана колдонулат.

1. Жеке маалыматтар:

- Жашаган жери (облусту, райондун атын көрсөтүңүз):

- Туулган жылы: _____
- Азыркы учурда бар оорусу (эгер белгилүү болсо):

2. Сиз канчалык жыштыкта үй-бүлөлүк дарыгерге кайрыласыз?

(Бир гана вариантты белгилеңиз)

- ☐ Аптасына бир жолу
- ☐ Айына бир жолу
- ☐ Жылына бир нече жолу
- ☐ Жылына бир жолу
- ☐ Биринчи жолу

3. Сиз амбулатордук жардамга канчалык деңгээлде канааттандыңыз?

(Бир гана вариантты белгилеңиз)

- ☐ Канааттандым
- ☐ Канааттанган жокмун
- ☐ Билбейм

4. Эгер амбулатордук жардамга канааттанбасаңыз, негизги себептерин белгилеңиз:

(Көп вариантты тандасаңыз болот)

- ☐ Кызмат көрсөтүүнүн сапаты төмөн
- ☐ Кезек күтүүсү узак
- ☐ Дарыгердин жеткиликтүүлүгү жок
- ☐ Башка (тактаңыз): _____

5. Өзүңүздүн сунуштарыңызды же комментарийлериңизди кошуңуз:

Рахмат! Сиздин пикириңиз биз үчүн өтө маанилүү.

БМСЖ тармагына үй-бүлөлүк дарыгер киргизилгенден кийинки дарылоонун сапаты тууралуу калктын пикири

1. Жеке маалыматтар:

- Жашаган жери (шаар/район): _____
- Туулган жылы: _____
- Азыркы учурда бар оорусу (эгер белгилүү болсо): _____

2. Сиз кайсы медициналык уюмдан кызмат аласыз?

(Бир гана вариантты белгилеңиз)

- ☐ Ош шаардык ҮМБнын №10 филиалы
- ☐ Өзгөн райондук ЖПДБ
- ☐ Башка (тактаңыз): _____

3. БМСЖ тармагына үй-бүлөлүк дарыгер киргизилгенден кийин дарылоонун сапатына болгон пикириңиз кандай?

(Бир гана вариантты белгилеңиз)

- ☐ Тейлөө сапаты жакшы өзгөргөн
- ☐ Тейлөө сапаты өзгөргөн жок
- ☐ Эч нерсе өзгөргөн жок
- ☐ Билбейм

4. Эгер өзгөрүүлөр болсо, кандай өзгөрүүлөрдү байкадыңыз?

(Көп вариантты тандасаңыз болот)

- ☐ Дарыгерлердин мамилеси жакшырган
- ☐ Дарылоо ыкмалары жакшырган
- ☐ Тейлөөнүн убактысы кыскарган
- ☐ Жеткиликтүү кызматтар көбөйгөн
- ☐ Башка (тактаңыз): _____

5. Өзүңүздүн сунуштарыңызды же комментарийлериңизди кошуңуз:

Рахмат! Сиздин пикириңиз изилдөөнүн сапатын жогорулатууга көмөктөшөт.

ета ҮМБ жана ЖДПБда дарыгерди тандоо тууралуу калктын пикири Урматтуу респондент! Сиздин жоопторуңуз биз үчүн маанилүү. Толтурулган маалымат жашыруун сакталат жана изилдөө максатында гана колдонулат.

1. Жеке маалыматтар:

- Жашаган жери (шаар/район): _____
- Туулган жылы: _____
- Азыркы учурда бар оорусу (эгер белгилүү болсо): _____

2. Сиз кайсы медициналык уюмдан кызмат аласыз?

(Бир гана вариантты белгилеңиз)

- ☐ Ош шаардык ҮМБнын №10 филиалы
- ☐ Өзгөн райондук ЖПДБ
- ☐ Башка (тактаңыз): _____

3. Сиз көбүнчө кайсы адистиктеги дарыгерди тандайсыз?

(Бир гана вариантты белгилеңиз)

- ☐ Терапевт
- ☐ Үй-бүлөлүк дарыгер
- ☐ Кууш адистер (мисалы, кардиолог, невролог ж.б.)
- ☐ Билбейм

4. Эмне үчүн бул адистикти тандадыңыз?

(Көп вариантты тандасаңыз болот)

- ☐ Дарылоо сапаты жакшы
- ☐ Дарыгердин квалификациясы жогору
- ☐ Жакын жердеги медициналык уюмда бар
- ☐ Башка (тактаңыз): _____

5. Сиздин сунуштарыңыз же комментарийлериңиз барбы?

Рахмат! Сиздин пикириңиз изилдөөнүн натыйжаларын жакшыртууга жардам берет.

ҮЙ-БҮЛӨЛҮК ДАРЫГЕРЛЕРИНИН КАНААТТАНУУСУН ИЗИЛДӨӨ АНКЕТАСЫ

1. Сиздин пикириңизде, үй-бүлө медицинасы ооруларды алдын алуу милдети менен күрөшө алабы?

- ☐ Толугу менен күрөшөт
- ☐ Жарым-жартылай күрөшөт
- ☐ Күрөшө албайт
- ☐ Жооп берүүгө кыйын

2. Сиздин пикириңизде, ҮМБга көбүнчө төмөнкүлөрдүн муктаждыгындагы адамдар келеби?

- ☐ Өнөкөт ооруларды дарылоо
- ☐ Алдын алуу текшерүүлөрү
- ☐ Тез медициналык жардам
- ☐ Ооруларды диагноздоо
- ☐ Психологиялык колдоо

3. Сиздин пикириңизде, ҮМБга баруунун негизги себеби — бул:

- ☐ Жабыркоо ооруларды дарылоо
- ☐ Алдын алуу боюнча кеңеш алуу
- ☐ Медициналык кагаздарды (справкалар, багыттарды) алдыруу
- ☐ Диагнозду тактоо же экинчи пикир суроо
- ☐ Дагысы (көрсөтүңүз): _____

4. Сиздин пикириңизде, ҮМБнын жабдуулары донозологиялык этаптагы патологияны аныктоого мүмкүндүк береби?

- ☐ Толугу менен берет
- ☐ Жарым-жартылай берет
- ☐ Бербейт
- ☐ Жооп берүүгө кыйын

5. Пациенттердин өздөрүндө оорулардын өнүгүү факторлору бар экендиги жөнүндө билимдүүлүгүн баалаңыз:

- ☐ Жогору
- ☐ Орточо
- ☐ Төмөн
- ☐ Пациенттер билишпейт

6. Пациенттер ҮМБга кайра келеби?

- ☐ Ооба, үзгүлтүксүз
- ☐ Арасында
- ☐ Сейрек
- ☐ Жок

7. Кайра келгенде, алгачкы жолугаганга салыштырмалуу төмөндөө факторлорунун деңгээли төмөндөөбү?

- ☐ Ооба, айтарлыктай төмөндөө

- ☐ Ооба, аздыр-көптүр төмөндөө
 - ☐ Өзгөрүү жок
 - ☐ Факторлордун деңгээли жогорулаган
 - ☐ Жооп берүүгө кыйын
8. Сиз берген сунуштарды пациенттердин аткаруусун баалаңыз (төмөндөө факторлору жөнүндө):
- ☐ Ар дайым аткарышат
 - ☐ Жарым-жартылай аткарышат
 - ☐ Сейрек аткарышат
 - ☐ Аткарышпайт
 - ☐ Жооп берүүгө кыйын
9. ҮМБга эң активдүү келгендер:
- ☐ Жаштар (18–30 жаш)
 - ☐ Орто курактагылар (31–50 жаш)
 - ☐ Карылар (50+ жаш)
 - ☐ Балдар жана өспүрүмдөр
 - ☐ Бардык категориялар бирдей
10. ҮМБга көбүнчө төмөнкү курактагы калк келет:
- ☐ 18–30 жаш
 - ☐ 31–45 жаш
 - ☐ 46–60 жаш
 - ☐ 60+ жаш
11. Сиз ҮМБдын иштеринин натыйжасына канааттанасызбы?
- ☐ Толук канааттанам
 - ☐ Жарым-жартылай канааттанам
 - ☐ Канааттанбайм
 - ☐ Жооп берүүгө кыйын
12. ҮМБдын ишине терс таасир эткен факторлорду баалаңыз (бир нече вариантты тансаңыз болот):
- ☐ Жабдуулардын жетишсиздиги
 - ☐ Адистердин аздыгы
 - ☐ Пациенттердин ден-соолук маселелерин түшүнбөөсү
 - ☐ Каржыландыруунун жетишсиздиги
 - ☐ Дарыгерлерге жүктөлүшүнүн көптүгү
 - ☐ Бюрократиялык кыйынчылыктар
 - ☐ Дагысы (көрсөтүңүз): _____

Эскертме: Жоопторду белгилөө үчүн "□" белгисин колдонуңуз.

- Көптөгөн варианттарды тандоого болот (12-суроо). Ачык жоопторду бош тилкеге жазыңыз.



Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы

1. Киргизүү автору: Аскарбекова Гүлдесте Аскарбековна

2. Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же)

илимий жана (же) илимий-техникалык иштин аталышы: Кыргыз Республикасында жалпы дарыгерлер (үй-бүлөлүк) практикасын өркүндөтүүдөгү, уюштуруудагы медициналык жана социалдык көйгөйлөр (Ош облусунун мисалында).

3. Кыскача аннотация: Ош облусунун аймагындагы баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелеринин ишмердүүлүгү талданып, баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүдөгү калктын муктаждыгына багытталган интеграцияланган модел иштелип чыгып, практикалык медицинага ишке киргизилген.

4. Изилдөөнүн максаты. Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын жеткиликтүүлүгүн, сапатын, кадрдык потенциалын, калктын оорулуулук динамикасын, калктын жана дарыгерлердин медициналык жардамды уюштурууга болгон пикирлеринин негизинде үй-бүлөлүк медицина системасын өнүктүрүүгө багытталган илимий негизделген сунуштарды иштеп чыгуу.

5. Сунуштарды киргизүүнүн эффективдүүлүгү: Инсандын муктаждыгына багытталган интеграцияланган моделдин алкагында 5S принциптерин колдонуу бейтаптардын күтүү убактысын кыскартууга жана каттоо бөлмөсүндөгү тартипти жакшыртууга мүмкүндүк берди. Мындан тышкары, дарыгерлердин жумуш жүгү азайып, бейтаптардын амбулатордук медициналык жардамга болгон канааттануусу жогорулап, натыйжада, УМБнын ишин уюштуруунун жалпы натыйжалуулугу жогорулады.

КМБИ моделинин тармактар аралык кызматташтык алкагында тобокел топтогу кош бойлуу аялдарды темир кошулмалары бар дарылар менен акысыз камсыз кылуу калктын аярлуу катмарындагы кошбойлуулардын арасында анемияны азайтты.

Орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүүгө багытталган сунушталган иш-чаралар дарыгерлердин айрым функцияларын медайымдарга өткөрүүгө мүмкүндүк берип, алардын иш жүгүн азайтты. Бул өзгөрүүлөр медайымдардын бейтаптарды өз алдынча кабыл алуу, алдын ала диагноз коюу, кеңеш берүү жана калкты окутуу сыяктуу функцияларды аткаруусун камсыздап, медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жогорулатты.

6. Киргизүү орду жана убактысы: Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борбору, 2025- жыл.

7. Киргизүү формасы, методдору. Уюштуруучулук-маданий интервенция (социалдык коомчулук менен өз ара аракеттенүү); Саламаттыкты сактоо кызматын интеграциялоо; Профилактикалык жана коомчулукка негизделген иш-чаралар; Ресурстарды кайра бөлүштүрүүгө жана натыйжалуулукка багытталган башкаруучулук иш-аракеттер.

Ош шаардык
УМБнын клиникалык жетекчиси

ОшМУнун илимий
иштер жана инновациялар
боюнча проректору ф.м.р.



Кулмаматова М.М.

Эшаров Э.А.



«БЕКТЕМИН»

ОшМУнун ректору,
профессор Кожобеков К.Г.

» _____ 2025

Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы

- 1. Киргизүү автору:** Аскарбекова Гүлдесте Аскарбековна
- 2. Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин аталышы:** Кыргыз Республикасында жалпы дарыгерлер (үй-бүлөлүк) практикасын өркүндөтүүдөгү, уюштуруудагы медициналык жана социалдык көйгөйлөр (Ош облусунун мисалында).
- 3. Кыскача аннотация:** Инсандын муктаждыгына багытталган интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардам модели медицина факультетинин окуу программасына этаптуу түрдө интеграцияланды. Бул модель заманбап саламаттык сактоо системасындагы башкаруу, ресурстарды оптималдаштыруу жана бейтапка багытталган мамилени өнүктүрүүгө багытталган комплекстүү ыкмаларды камтыйт.
- 4. Изилдөөнүн максаты.** Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын жеткиликтүүлүгүн, сапатын, кадрдык потенциалын, калктын оорулуулук динамикасын, калктын жана дарыгерлердин медициналык жардамды уюштурууга болгон пикирлеринин негизинде үй-бүлөлүк медицина системасын өнүктүрүүгө багытталган илимий негизделген сунуштарды иштеп чыгуу.
- 5. Сунуштарды киргизүүнүн эффективдүүлүгү:** Окуу процессинде төмөнкү компоненттер өзгөчө орунга ээ болду: 5S принциптерин үйрөтүү — саламаттык сактоо мекемелериндеги уюштуруу маданиятын жана иш процессин жакшыртуу максатында практикалык сабактарга киргизилди.
Тармактар аралык кызматташтык жана калктын аяруу катмарына багытталган профилактикалык программалар (мисалы, тобокел топтогу кош бойлуу аялдарды темир препараттары менен камсыз кылуу) — коомдук ден соолук сабактарында мисал катары колдонулууда.
Орто медициналык кызматкерлердин ролун кеңейтүү боюнча заманбап тенденциялар — медайымдык иш (сестринское дело), жалпы врач практикасы жана саламаттык сактоону башкаруу курстарында үйрөтүлөт.
Студенттер бул темаларды клиникалык практиканын, симуляциялык окутуунун жана изилдөө иштеринин алкагында өздөштүрүп, ИМБИМ моделинин теориясын гана эмес, практикалык колдонулушун да өз тажрыйбасында баамдап жатышат.
- 6. Киргизүү орду жана убактысы:** Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борбору, 2025- жыл.
- 7. Киргизүү формасы, методдору.** Окуу процессине практикалык компоненттерди интеграциялоо. Кесиптик даярдоонун практика багытындагы компоненти. Окуу процессинде далилдүү практикаларды колдонуу. Инновациялык билим берүү технологияларын киргизүү

ОшМУнун коомдук
саламаттыкты сактоо кафедрасынын башчысы:

ОшМУнун медицина факультетинин
деканы, м.и.д., профессор



А.А.

Аринбаев Б.

Б.И.

Ыдырысов И.Т.

«БЕКТИРМЕНИ»
Ош облусунун саламаттык сактоо
координатору, бийик Абдурахманов Ш.Т.
« ____ » _____ 2025 ж.

Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы

1. Киргизүү автору: Аскарбекова Гүлдесте Аскарбековна

2. Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана а (же) илимий-техникалык иштин аталышы: Кыргыз Республикасында жалпы дарыгерлер (үй-бүлөлүк) практикасын өркүндөтүүдөгү, уюштуруудагы медициналык жана социалдык көйгөйлөр (Ош облусунун мисалында).

3. Кыскача аннотация: Калктын муктаждыгына багытталган интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардамдын (КМБИМ) моделин Өзгөн районундагы жалпы практикалык дарыгерлер борборуна пилоттук негизде киргизүү бир катар оң натыйжаларды камсыздады.

4. Сунуштарды киргизүүнүн эффективдүүлүгү: Биринчи кезекте, "5S" принциптеринин негизинде каттоо бөлмөсүн жана иш процесстерин кайра уюштуруунун эсебинен бейтаптардын күтүү убактысы 23% кыскарып, иш агымы иретке келтирилди. Бул өз кезегинде кызматкерлердин иш жүгүн жеңилдетип, амбулатордук кабыл алуулардагы убакытты натыйжалуу пайдаланууга мүмкүндүк берди.

Экинчи жагынан, медайымдардын ролун кеңейтүү боюнча иш-чаралар жүргүзүлүп, алар өз алдынча алдын ала кабыл алуу, кеңеш берүү жана саламаттыкты чыңдоо боюнча иш алып барышкан. Бул бейтаптарга медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн 18% жогорулатканын көрсөткөн. Медайымдардын катышуусу менен жүргүзүлгөн агартуу иштери төмөнкү деңгээлде медициналык кызматтарды пайдаланган аймактарда өзгөчө маанилүү болгон.

Үчүнчүдөн, түптөлгөн тармактар аралык кызматташтык (айыл өкмөтү, кварталдык комитет, мектептер менен бирге) тобокел топтогу кош бойлуу аялдарга темир кошулмаларын таратуу жана көзөмөлдөө иштерине көмөк көрсөттү. Анемиянын таралышы бул максаттуу топто 2 жумалык кийлигишүүдөн кийин 27% төмөндөдү.

Мындан тышкары, электрондук каттоо, бейтаптарды алдын ала иргөө жана маалымат алмашуу үчүн «Сестринское дело КИФ» маалымат базасын колдонуу ишке ашырылып, документ жүгүртүү жана отчеттуулук процесстери жөнөкөйлөштү.

5. Киргизүү орду жана убактысы: Ош облусунун Өзгөн районунун "Жалпы практикалык дарыгерлер" борбору 2025- жыл

6. Киргизүү формасы, методдору. Үй-бүлөлүк медицинанын учурдагы абалын, анын ичинде инфраструктураны, кадрдык ресурстарды жана калкка жеткиликтүүлүгүн талдоо. Калктын үй-бүлөлүк медицина боюнча муктаждыктарын жана канааттануу деңгээлин аныктоо. Натыйжалуу чечимдерди жана өнүктүрүү жолдорун сунуштоо, анын ичинде кадрларды даярдоо, финансылык камсыздоо жана санариптик технологияларды киргизүү.

Өзгөн райондук ЖПДБнун директору

Мамасадыкова Б.А.

ОшМУнун илимий иштер жана инновациялар боюнча проректору, ф.м.и.к., доцент

Эшаров Э.А.