

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**Диссертационный совет Д.14.12.020**

На правах рукописи  
УДК 614.2:616-07-082(575,5)

**ЧАПЫЕВ МЫКТЫБЕК БУСУРМАНОВИЧ**

**НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ РЕГИОНАРНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

14.01.17 – хирургия

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**БИШКЕК – 2012**

Работа выполнена в Национальном хирургическом центре и в Кыргызском Государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации.

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
Сопуев Андрей Асанкулович

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Мусаев Акылбек Инаятович

кандидат медицинских наук  
Шукурбаев Кубанычбек Абдыбаевич

**Ведущая организация:** Казахский Национальный медицинский  
университет им. С.Д. Асфендиярова.

Защита диссертации состоится « 29 » ноября 2012 года в 14<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д.14.12.020 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. И. Абдраимова 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. (720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. И. Абдраимова 25).

Автореферат разослан « 22 » октября 2012 года.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук**

**Н.Ч. Элеманов**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Система планирования здравоохранения, сложившаяся в течение нескольких десятилетий в странах СНГ и основанная на стратегическом, перспективном и текущем планировании, претерпела в последние годы существенные изменения (М.К. Кульжанов с соавт., 1998; Т.И. Слажнева, 1998; М.М. Каратаев с соавт., 2006).

Являясь главной частью ресурсов здравоохранения, кадры обеспечивают результативность деятельности не только системы здравоохранения в целом, но и отдельных ее структур и объектов. И, тем не менее, за последние 10 лет этому вопросу уделялось явно недостаточное внимание в научной литературе. (В.М. Алексеева, 1999; О.А. Манерова, 2005; В.А. Алексеев, И.С. Черепанова, 2000; А.И. Вялков, 2001; И.Н. Денисов, С.Т. Боярский, 2007).

Сегодняшние условия развития здравоохранения характеризуются внедрением новых клинических и организационных технологий в лечебно-диагностический процесс, которые требуют разработки современной нормативной базы по труду (В.М. Шипова, 1998; Э.Т. Бокчубаев, 1999; Г.П. Касимова, 1999; Т.И. Слажнева с соавт., 2000). В то же время, действующие в настоящее время штатные нормативы, фактически разработанные и утвержденные 30 лет тому назад давно устарели, а научные исследования по этой проблеме не проводились.

Особенности социально-экономического развития регионов, демографических процессов, заболеваемости населения, обуславливают различную потребность в хирургической помощи и во врачах-хирургах. А между тем нормативы численности врачей-хирургов для регионов не разработаны и научные исследования по этой проблеме не проводились.

Все указанные обстоятельства явились основанием для определения предмета настоящего исследования, и обосновало выбор его направления.

**Связь темы диссертации с крупными научными программами.** Научно-исследовательская работа выполнена по плану научной деятельности КГМИП и ПК «Мониторинг процесса планирования и прогнозирования потребности медицинской помощи населению Кыргызской Республике» (Государственная регистрация № 0005884).

**Цель исследования:** Разработка регионарных нормативов планирования потребности населения в хирургической помощи.

**Задачи исследования:**

1. Изучить состояние хирургической службы лечебно-профилактических учреждений пилотных регионов.
2. Изучить обеспеченность кадрами хирургической службы и определить потребность населения региона в медицинских кадрах хирургического профиля.

3. Разработать нормативы потребности населения в амбулаторно-поликлинической и стационарной хирургической помощи.

4. Разработать и внедрить научно обоснованные рекомендации по оптимизации процесса планирования и прогнозирования хирургической помощи населению региона.

**Научная новизна:**

❖ Впервые в Кыргызской Республике проведено медико-организационное исследование распространенности хирургической патологии среди населения на региональном уровне.

❖ Впервые проанализирован объем хирургической помощи, оказываемой населению на региональном уровне.

❖ Впервые проанализирована обеспеченность кадрами хирургической службы регионов республики, что позволила выявить недостатки и неравномерное распределение врачей-хирургов, вариабельность в обеспечении ими в регионах;

❖ Разработанные нормативные показатели трудовой деятельности врачей-хирургов, а также штатные нормативы врачей-хирургов в ЦСМ и стационарах характеризуются инновационностью и комплексностью, и продиктовано современными требованиями к оказанию качества хирургической помощи в современных условиях.

❖ Впервые научно-обоснованы и разработаны нормативы потребности населения различных областей Кыргызской Республики в амбулаторно-поликлинических и стационарных формах хирургической помощи.

**Практическая значимость полученных результатов:**

❖ Органам управления сектора здравоохранения представлена объективная оценка состояния и уровня развития хирургической службы регионов Кыргызской Республики;

❖ Полученные объективные показатели уровня хирургической помощи, оказываемой населению изучаемых регионов, являются основами для разработки инновационных стратегических подходов к совершенствованию всех аспектов хирургической службы республики;

❖ Новая модель планирования деятельности хирургической службы будет способствовать рациональному использованию медицинского специалиста хирургического профиля персонала в организациях здравоохранения, оптимизации объема и результативности хирургической помощи в регионах;

❖ Разработанная методика определения потребности населения в хирургической службе призвана объективизировать и оптимизировать необходимый уровень, качество и эффективности работы врачей-хирургов в ЦСМ и стационарном секторе, позволит сформировать предложения по использованию ее в качестве индикатора за рациональным использованием кадровых и материаль-

но-технических потенциалов хирургической службы.

**Экономическая значимость полученных результатов** включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании методики для разработки региональных нормативов численности врачей-хирургов в здравоохранении республики, что позволит рассчитать экономическую эффективность и социальную значимость оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной хирургической помощи населению в регионах.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Современное состояние структурно-функциональных аспектов системы хирургической помощи Нарынской и Таласской областей детерминированы с медико-демографическими, социально-экономическими и климато-географическими факторами регионов (сокращение объемов медицинских услуг, снижение доступности населения к квалифицированной хирургической помощи)

2. Кадровое обеспечение хирургической службы республики имеет выраженные региональные особенности, не удовлетворяют фактической потребности и не позволяет решить проблему оказания качественной и эффективной специализированной помощи населению региона.

3. Разработанные научно-обоснованные нормы труда врачей-хирургов являются методической базой для определения региональных норм времени, нагрузок и нормативов численности.

**Личный вклад соискателя включает** непосредственное участие в выполнении исследований по всем разделам диссертации: аналитическую обработку научных литературных данных, личное участие при проведении хронометражных наблюдений, аналитическую и статистическую обработку полученных результатов.

**Апробация результатов диссертационной работы.** Основные положения работы были представлены и обсуждены на: 6-й научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы клинической медицины и организации здравоохранения» (г.Бишкек, 2010); Ученом Совете КГМИПиПК (г.Бишкек, 2011); заседании научного отдела НХЦ (г.Бишкек, 2012); на заседании экспертной комиссии Диссертационного совета по хирургии при Национальном хирургическом центре (г.Бишкек, 2012).

**Внедрение результатов исследования:** Основные положения работы внедрены и используются в отделе регистрации, планирования и учебно-методической работы КГМИПиПК. Результаты исследования используются на практических занятиях и лекциях для врачей-курсантов, организаторов здравоохранения на кафедре управления и экономики здравоохранения КГМИПиПК.

На основе результатов исследований изданы методические рекоменда-

ции: «Алгоритм определения нормативов потребности в должностях врачей-хирургов общей хирургической практики» (г. Бишкек, 2011 г.); «Методология формирования потребности населения в хирургической помощи в Кыргызской Республики» (г. Бишкек, 2011 г.).

**Публикации по теме диссертации:** По материалам диссертации опубликовано 12 научных статей и 2 методические рекомендации.

**Объем и структура диссертации.** Диссертационная работа изложена 125 страницами компьютерного шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложения. Список использованной литературы содержит 145 источников отечественных и зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 17 таблицами и 7 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обоснована актуальность темы исследования, представлены цели и задачи исследования, изложена научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**В главе 1 «Основные направления совершенствования хирургической службы»** автором приводятся систематизированные и обобщенные данные научной литературы по организации, планированию работы хирургической службы и пути совершенствования хирургической помощи, которые в целом позволили обосновать актуальность данной проблемы.

**В главе 2 «Объекты, материалы и методы исследования»** изложен дизайн исследований. Объектами исследования явились центры семейной медицины и территориальные больницы Нарынской и Таласской областей и должность врача-хирурга. Исследование включало три этапа.

*На первом этапе* определили уровень хирургической заболеваемости, численность проживающего населения на территориальных участках. Для получения информации использовались учетно-отчетные материалы ЛПУ, РМИЦ МЗ КР, Национального статистического комитета и материалы собственных исследований. В качестве базы исследования избраны центры с развитой инфраструктурой и оптимальным кадровым ресурсом, и коечной сетью в городах: Нарын и Талас, а также в районах Нарынской и Таласской областей.

Исследование хирургической заболеваемости по материалам госпитализации проведены по отчетной форме «Отчет о деятельности стационаров» (ф. № 14) в течении 2003-2010 годов.

*На втором этапе* исследования изучена деятельность лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь больным с хирургическими заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной по-

мощи. Исследована структура посещаемости хирургических больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях, что предопределило разработку потребности в посещениях к врачу-хирургу на амбулаторном этапе. Анализ показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений вместе с показателями деятельности стационарной службы республики предусматривала определение объема квалифицированной хирургической помощи пациентам с хирургическими заболеваниями (Табл.1).

Таблица 1 – План и программа медико-организационного исследования распространенности хирургической патологии среди населения и изучение деятельности хирургической службы

Ступени исследования	Объекты исследования	Методы отбора и виды наблюдений	Методы сбора первичной информации и источники информации	Методы разработки полученных социально-гигиенических данных	Определение цели исследования на каждой ступени
I	Население Нарынской и Таласской областей	Метод направленного отбора.	Выкопировка данных из медицинской документации.	Группировка показателей. Вычисление экстенсивных и интенсивных показателей.	Определение уровня и структуры заболеваемости по обращаемости, госпитализированной хирургической заболеваемости.
II	Материалы статистической отчетности. Лечебно-профилактические учреждения республики.	Метод направленной типологической выборки.	Получение и анализ статистических показателей.	Анализ деятельности ЛПУ, оказывающих квалифицированную хирургическую помощь, в том числе амбулаторно-поликлиническую и стационарную хирургическую помощь.	Расчет нормативов потребности населения в амбулаторно-поликлинической и стационарной хирургической помощи.
III	Врачи-хирурги в учреждениях ПМСП	Метод направленной выборки.	Анализ обеспеченности хирургами общего профиля. Хронометраж трудовых затрат специалистов.	Расчет норматива обеспеченности врачами-хирургами на уровне ПМСП.	Изучение кадровой структуры хирургической службы. Определение нормативов обеспеченности врачами-хирургами общего профиля.

На третьем этапе работы проведено изучение кадровой структуры хирургической службы, проанализирована обеспеченность врачами-хирургами на 10 тысяч населения по в течении 2004-2010 годов.

Исследование нормирования рабочего времени врачей-хирургов, способствовало разработке нормативов должностей врачей-хирургов в амбулаторно-поликлинических условиях и в стационарах. Выравнивание динамического ря-

да проводили путем вычисления групповых средних за 2004-2010 гг. Для разработки показателей норм времени и нагрузки проанализированы данные хронометражных наблюдений 350 посещений. Все данные вносились в разработанные листы наблюдений. Проанализированы данные о затратах времени на первичное (131) и вторичные (83) посещения, профилактические осмотры (95), визиты на дому (41).

Алгоритм определения нормативов потребности в должностях врачей-хирургов общей хирургической практики включал выполнение следующих разделов работы:

1. Определение затрат рабочего времени хирургов общей хирургической практики, работающих в центрах семейной медицины, путем хронометражных наблюдений.

2. Проведение хронометражных измерений при исследовании затрат рабочего времени хирургов, работающих в стационарах.

3. Расчет норматива потребности в обеспеченности врачами-хирургами в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

Для расчета значений нормативных показателей по труду применены методика и формулы, разработанные в НИИ Н.А.Семашко РАМН (1998г.), как наиболее приближенные к современным экономическим обстоятельствам деятельности учреждений здравоохранения.

Таким образом, при выполнении исследования использовались следующие методы: 1. Информационный: анализ нормативных правовых, учетно-статистических, директивных документов и данных научной литературы; 2. Экономико-географический системный анализ; 3. Аналитическо-исследовательский: измерение затрат рабочего времени на все элементы исполняемой работы, изучение и учет факторов, от которых зависит размер норм труда; 4. Метод социологического опроса; 5. Хронометражный метод: установление затрат времени на повторяющиеся трудовые операции; 6. Математическая статистика.

Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel.

**В главе 3 «Анализ деятельности хирургической службы в Таласской и Нарынской областях»** изложены результаты анализа основных показателей хирургической службы Таласской и Нарынской областей. Установлено, что за период 2003-2007 годов в Таласской области произошло увеличение общего числа выполненных операций на 17,1%, в том числе в стационарных учреждениях - на 25,7%. Число операций, выполненных в центрах семейной медицины области резко сократилось в 2004 году на 36,9% и в 2007 году на 1,7%. Однако, за 6-летний период уровень летальности колеблется от 0,5% до 0,3%. Противоположная ситуация отмечается в Нарынской области, где общее

число выполненных операций за наблюдаемый период снизилось на 11,5% в 2004 году и 1,6% в 2007 году относительно 2003 года. В том числе в стационарных учреждениях снизилось на 9,6%, а число операций выполненных в центрах семейной медицины области увеличилось на 63,1% в 2005 году и на 47,5% в 2007 году, тогда как уровень летальности остался почти на одном уровне: 0,2% - 0,1% (Табл.2). Динамика абсолютного числа выполненных операций показывает, что в 2004 году наблюдается резкое снижение оперативных вмешательств до 5901 и резкое увеличение до 6912 в 2005 году, с последующим снижением до 6666 операций в 2007 году в Нарынской области. Иная ситуация складывается в Таласской области. Здесь за наблюдаемый период наблюдается рост числа операций (с 4135 до 4841 операций).

Таблица 2 - Число выполненных хирургических операций в Нарынской и Таласской областях Кыргызской Республики (по данным РМИЦ КР)

Годы	Общее число проведенных хирургических операций	Число проведенных операций в центрах семейной медицины	Число проведенных операций в стационарных учреждениях	Число умерших после операций, выполненных в стационаре	Летальность (в %)
<i>Таласская область (абсолютные числа)</i>					
2003	4135	1307	2828	15	0,5
2004	4241	825	3416	12	0,4
2005	4635	1362	3273	10	0,3
2006	4584	1325	3259	13	0,4
2007	4841	1285	3556	12	0,3
<i>Нарынская область (абсолютные числа)</i>					
2003	6671	1109	5562	7	0,1
2004	5901	916	4985	9	0,2
2005	6912	1809	5103	8	0,2
2006	6880	1451	5429	5	0,1
2007	6666	1636	5030	4	0,1

Несмотря на то, что происходит снижение выполненных хирургических вмешательств, связанных со снижением числа плановых хирургических больных, внесением сооплаты населения на оказание медицинских услуг и низкой платежеспособностью основной части населения, наблюдается, что в течение последнего шестилетнего периода (2003-2007 годы) в Таласской области произошло увеличение общего числа выполненных хирургических операций на 17,1%. При этом, число проведенных операций стационарных учреждениях

возросло на 25,7%, что является критерием неблагоприятной ситуации и свидетельствует о негативных тенденциях в состоянии здоровья жителей области в отношении хирургической патологии.

Рассматривая данную тенденцию правомерной в соответствии с официальной медицинской статистической отчетностью, тем не менее, нами проведен углубленный анализ числа выполненных операций в областях за период 2003-2008 годов, рассчитанный на население областей.

Результаты проведенного исследования показывают неблагоприятную динамику в отношении зарегистрированной хирургической патологии в Таласской области, подверженной хирургическим вмешательствам. С 2003 года наблюдается нарастание выполненных хирургических вмешательств с 19,6‰ в 2003 году и постепенное нарастание в пределах до 22,2‰ в 2007 году, и, что, по нашему мнению, является неблагоприятным фактором, как в отношении состояния здоровья населения области, так и в отношении хирургической патологии. В Нарынской области снижение наблюдается с 2003 по 2004 годы (с 25,3‰ до 22,2‰), затем отмечается нарастание выполненных хирургических вмешательств в пределах до 28,0‰ в 2006 года и снижение до 24,7‰ в 2007 году.

Хирургическая работа в центрах семейной медицины за период 2003-2008 годов Таласской области резко снизилась в 2004 году на 36,9% и в 2007 году на 1,7%, что соответствует 1307 операций в 2003 году, 825 в 2004 году и 1285 операций в 2007 году. Деятельность хирургической службы в центрах семейной медицины в Нарынской области аналогично Таласской области за 2004 год отмечается снижение на 11,5% и возрастание до 63,1% в 2005 году и 47,5% в 2007 году относительно 2003 года. Мы объясняем сокращение общего числа прооперированных больных в 2004 году в условиях центра семейной медицины снижением доступности населения к квалифицированной медицинской помощи.

Динамическое наблюдение за общим числом операций, проводимых в центрах семейной медицины Таласской области показывает снижение числа операций, проводимых в 2003-2004 годах по следующим классам болезней и отдельным нозологическим формам: всего операций – на 31,5%; на коже и подкожной клетчатке (-50,0%); операций на органах зрения и на органах брюшной полости (-100,0%). В то же время, произошло увеличение числа операций, проведенных в условиях ЦСМ за анализируемые годы по следующим видам: операции на органах слуха, горла, носа (+221,2%) с одномоментным увеличением оперативных вмешательств на ухе в 5,5 раза; операций на костно-мышечной системе (+45,7%); операций на женских половых органах – на 100,0%; операции на молочной железе – на одном уровне. Далее в динамике прослеживается рост операций по следующим классам с 2004 года до 2007 года: всего операций – на 43,5%; операции на органах слуха, горла, носа (+8,8%) с одномоментным увеличением оперативных вмешательств на ухе на 10,5%; на коже и подкожной

клетчатке (+127,3%); операции на молочной железе (+53,3%). А операций на костно-мышечной системе составили 6,9% (2007 год).

Динамическое наблюдение за общим числом операций, проводимых в центрах семейной медицины Нарынской области показывает снижение числа операций, проводимых в 2003-2004 годах по следующим классам болезней и отдельным нозологическим формам: всего операций – на 17,5%; на коже и подкожной клетчатке (-17,0%); операций на костно-мышечной системе (-17,5%); снижение операций на органах: зрения, брюшной полости, женских половых органах (-100,0%). Тогда как наблюдается увеличение числа операций, проведенных в условиях ЦСМ за анализируемые годы по следующим видам: операции на органах слуха, горла, носа (+12,7%) с одномоментным увеличением оперативных вмешательств на ухе в 3 раза.

С 2004 года до 2007 года в рассматриваемом регионе наблюдается рост числа операций (+78,6%); на коже и подкожной клетчатке (+135,0%); операций на молочной железе (+93,3%); операций на костно-мышечной системе (+84,5%); операций на женских половых органах – на 240,0%; В то же время, произошло снижение числа операций, операции на органах слуха, горла, носа (-32,27%) с одномоментным увеличением оперативных вмешательств на ухе в 4,5 раза.

Изучение числа проведенных операций в рамках хирургии общего профиля центрах семейной медицины Таласской и Нарынской областей показывает, что в общей структуре всех выполненных операций на данном этапе, в 2003 году они составили 48,0% и 44,7%, в 2008 году – 58,4% и 58,2% соответственно. То есть, на этапе первичной медико-санитарной помощи более половины всех выполненных операций приходится на общую хирургическую практику, что нацеливает на разработку экономического обоснования по выделению финансовых средств по обеспечению медицинской помощи в рамках общего хирургического профиля.

Исследование числа проведенных операций (взрослым и детям) в больничных учреждениях Таласской области республики за период 2003-2007 годы показывает увеличение данного показателя на 25,7%, а Нарынской области снижение на 9,6%. Данный факт мы связываем с низкой доступностью населения Нарынской области, в особенности в сельской местности, к квалифицированной хирургической помощи, оттоку квалифицированных кадров, как в целом из хирургического сектора здравоохранения, так и специалистов сельских районах, сокращением ряда стационарных учреждений на селе в период «оптимизации» системы здравоохранения. Немаловажным аспектом также остается неплатежеспособность значительной части населения за оказание медицинских услуг.

Анализ хирургической работы стационаров Таласской и Нарынской об-

ластях Кыргызской Республики показывает, что произошло изменение удельного веса оперативных вмешательств среди всех наименований операций. В Таласской области наиболее наглядно это отразилось на операциях, проведенных на органах брюшной полости. При этом, их частота в общей структуре всех проведенных операций в стационарах республики увеличилась с 29,6% (2003 год) до 30,6% (2007 год). В Нарынской области частота оперативных вмешательств на органах брюшной полости в общей структуре всех проведенных операций в стационарах республики увеличилась с 18,9% (2003 год) до 20,3% (2007 год). Увеличились операции на женских половых органах с 692 (12,4%) до 921 (21,2%) в 2006 году и в 2007 году снизилась до 820 (16,3%). Операции на молочной железе остаются в пределах 0,6% до 0,7%. Вместе с тем снизились операции на коже и подкожной клетчатки с 13,6% до 12,4%.

Изучение особенностей структуры проведенных операций в стационарных условиях предусматривает проведение мероприятий по обеспечению квалифицированной хирургической помощи.

В Таласской области соотношение операций, проведенных в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарных учреждениях в 2003 году составляет 31,6% и 68,4%; в то время, как в 2007 году данное соотношение равно 26,5%:73,5%. По Нарынской области соотношение операций, проведенных в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарных учреждениях 16,6%:83,4% соответственно в 2003 году, а в 2007 году данное соотношение равно 24,5%:75,5%.

Анализ таблицы 3 показывает, что по Таласской области со снижением числа операций на амбулаторно-поликлиническом этапе, возросли число операций на стационарном этапе в 2003-2007 годах. Тенденция увеличения в стационаре отношении операций на костно-мышечной системе и на органах зрения, которые увеличились в 2 раза, тогда как в амбулаторно-поликлинических условиях они снизились более 10 раз. Также отмечается тенденция увеличения в стационарных учреждениях числа операций на женских половых органах, тогда как в условиях поликлиники не проводятся. Такая же динамика и в отношении операций на органах брюшной полости. Одновременно увеличилось число операций на органах слуха, горла и носа на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапе этот показатель увеличился на 3,4 раза. Иная ситуация складывается в Нарынской области. Здесь наряду с увеличением числа операций в амбулаторно-поликлинических условиях и увеличились в стационарных условиях. А именно более в 2,5 раза увеличились число операций, выполненных на коже и подкожной клетчатке, как в стационаре, так и на амбулаторно-поликлиническом этапе. Операции на костно-мышечной системе и на женских половых органах одновременно увеличились на амбулаторно-поликлиническом этапе и сократились на стационарном.

Таблица 3 - Число проведенных операций, выполненных в ЦСМ и стационарных учреждениях Нарынской и Таласской областей Кыргызской Республики (в абсолютных числах)

	Центры семейной медицины		Стационарные учреждения	
Таласская область				
Годы	2003	2007	2003	2007
Общее число операций в том числе:	1307	1285	2828	3556
Операции на коже и подкожной клетчатке	622	750	759	623
Операции на женских половых органах	0	0	692	820
Операции на органах слуха, горла и носа	85	297	25	84
Операции на костно-мышечной системе	70	7	148	302
Операции на органах зрения	83	-	42	85
Операции на органах брюшной полости	5	-	836	1088
Нарынская область				
Общее число операций в том числе:	1109	1636	5562	5030
Операции на коже и подкожной клетчатке	488	952	320	824
Операции на женских половых органах	1	24	275	239
Операции на органах слуха, горла и носа	157	120	584	575
Операции на костно-мышечной системе	86	131	224	157
Операции на органах зрения	-	-	241	243
Операции на органах брюшной полости	8	-	1049	1019

Анализ проведенных операций в рамках хирургии общего профиля в стационарных учреждениях Таласской области за 2003-2007 годы показывает увеличение процента выполненных операций по профилю общей хирургической практики по отношению к числу всех выполненных операций на этапе стационарного лечения: с 40,9% (2003 год) до 53,7% (2007 год), а в Нарынской области держится в пределах 32,5% и 33,6%. Данный факт мы связываем с увеличением экстренной хирургической патологии, увеличением случаев позднего обращения, оттоком квалифицированных хирургов из сельской местности, развитием платных медицинских услуг. Интересен данный момент и в плане структурных преобразований в системе здравоохранения, не смотря на развитие специализированных видов хирургической помощи.

Анализ экстренной хирургической помощи больным обоего пола, доставленных в стационары в поздние сроки, показывает увеличение числа больных, нуждающихся в экстренной хирургической помощи почти по значительному числу хирургических вмешательств. По поводу прободной язвы желудка и 12-перстной кишки в течение 2004-2010 годов произошло увеличение числа оперативных вмешательств на 39,6%. Параллельно произошло увеличение больных с данной патологией, доставленных позже 24 часов на 47,6%.

Резкое увеличение больных, которым необходима экстренная хирургическая помощь произошло с острым холециститом (на 31,5%) число больных, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания увеличилось на 35,7%; с желудочно-кишечными кровотечениями (на 58,8%), при этом, число больных, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания увеличилось на 65,1%. Также отмечается увеличение больных с ущемленной грыжей, доставленных экстренно на 23,8%, одновременно процент больных с данной патологией, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания увеличен на 27,8%. Число больных с острым панкреатитом, доставленных в экстренном состоянии в стационар за период 2004-2010 годов увеличилось на 33,6%, при этом, произошло увеличение, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания на 31,8%.

Таким образом, несмотря на снижение общего числа оперативных вмешательств по республике, экстренная помощь была оказана почти по всем группам заболеваний хирургического профиля. Отмечается увеличение числа больных, доставленных в стационар в экстренном порядке с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, желудочно-кишечными кровотечениями, ущемленной грыжей, острым холециститом и острым панкреатитом.

Исследование послеоперационной летальности при экстренной хирургической помощи и при отдельных формах хирургической патологии за 2004-2010 годы по Нарынской области показывает снижение показателей летальности по наиболее часто встречающимся формам: непроходимости кишечника с 8,0% до 4,0%; острого аппендицита с 0,2% до 0,0%. Наблюдается отсутствие послеоперационной летальности при: ущемленной грыже, остром холецистите, при желудочно-кишечном кровотечении. В то же время показателей летальности при прободной язве желудка и 12-перстной кишки возрос с 2,1% до 4,5%, а при остром панкреатите данный показатель возрос до 50,0% за период 2004-2010 годы.

В то же время, при доставке больных с хирургической патологией позже 24 часов от начала заболевания произошло увеличения показателя летальности за период 2004-2010 годов по следующим нозологическим формам: непроходимость кишечника до 16,3% и острый панкреатит до 100,0%. При остром аппендиците, прободной язве желудка и 12-перстной кишки, желудочно-кишечном кровотечении, ущемленной грыже и остром холецистите этот показатель не наблюдается.

По Таласской области показатель летальности при острой непроходимости кишечника за период 2004-2010 годов возрос с 15,0% до 25,0% и при остром панкреатите до 40,0%. В то же время при остром аппендиците, ущемленной грыже, прободной язве желудка и 12 перстной кишки, желудочно-кишечном кровотечении и остром холецистите имеют стабильную тенденцию к

снижению.

Таким образом, показатели послеоперационной летальности при оказании хирургической помощи при остром панкреатите отражают ухудшение качества медицинской помощи, своевременность ее оказания, и соответствие объему оказываемых хирургических услуг. Тем не менее, изменение ситуации по количеству хирургических больных, по нашему мнению в некоторой степени, отражает социально-экономические проблемы, имеющиеся в обществе, что проявляется хронизацией ряда заболеваний, увеличением случаев экстренной госпитализации больных в результате поздней обращаемости населения за хирургической помощью и неадекватностью хирургической службы в ряде регионов республики.

**В главе 4 «Нормативы планирования хирургической службы в Таласской и Нарынской областей»** изложены структуры хирургической службы, проанализирована обеспеченность регионов врачами-хирургами и результаты расчета нормативов показателей по труду и штатные нормативы врачей-хирургов в регионах.

Анализ кадровой структуры хирургической службы определяет колебания абсолютного числа врачей хирургического профиля как по республике, так и по областям: по Республике 1816 врачей или 3,5 на 10 тыс. населения в 2005 году и 1779 врачей (3,3 на 10 тыс. населения) в 2010 году (табл. 4).

Таблица 4 - Динамика обеспеченности и численности врачей-хирургов в регионах (по данным РМИЦ МЗ КР)

№	Регионы	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
		Число врачей на 10 тыс. населения	на 10 тыс. населения	Число врачей на 10 тыс. населения	на 10 тыс. населения	Число врачей на 10 тыс. населения	на 10 тыс. населения	Число врачей на 10 тыс. населения	на 10 тыс. населения	Число врачей на 10 тыс. населения	на 10 тыс. населения	Число врачей на 10 тыс. населения	на 10 тыс. населения
1.	КР	577	1,0	577	1,1	571	1,1	527	1,0	531	1,0	513	0,9
2.	Нарынская область	16	0,6	15	0,6	17	0,6	13	0,5	16	0,6	13	0,5
3.	Таласская область	16	0,7	19	0,9	16	0,7	18	0,8	13	0,6	14	0,6

Из них врачи-хирурги 577 человек или 0,1 на 10 тыс. населения в 2005 году, а в 2010 году их количество составило 513 человек или 0,09 на 10 тыс. населения. По регионам картина следующая: по Нарынской области с 43 врачей хирургического профиля в 2005 году до 38 – в 2010 году при обеспеченности на 10 тысяч человек населения на уровне 1,6 - 1,4. Из них в 2005 году врачи-

хирурги составили 16 человек, а в 2010 году количество сократилось до 13 врачей-хирургов. По Таласской области с 41 врачей хирургического профиля в 2005 году сократилось до 31 – в 2010 году, при обеспеченности на 10 тысяч человек населения на уровне 1,9-1,3. (2005-2010 годы). В области на 2004 год работали 20 врачей-хирургов, далее отмечается тенденция к снижению количества врачей-хирургов до 14 на 2010 год.

Таким образом, в сельских местностях республики установлена низкая обеспеченность врачами-хирургами, которая меньше по отношению к республиканскому показателю в 2 раза и такая тенденция сохраняется до 2010 года. Учитывая, что хирургические заболевания занимают значительный удельный вес в структуре общей заболеваемости населения республики, то отсутствие доступности к квалифицированной хирургической помощи, имеющей место в ряде сельских поселений, приводит к увеличению временной и стойкой потери трудоспособности по причине хирургической патологии.

Низкий уровень обеспеченности сельских населенных пунктов врачами-хирургами прослеживается в Ак-Талинском и Джумгалском районах Нарынской области, если в 2004 году селе работали по 2 врача-хирурга, то с 2008 года в данных районах области на селе работали только по одному врачу-хирурга. Также в Таласском районе Таласской области, где в 2004 году работали 4 врача-хирурга, в к 2010 году количество врачей снизилось и работает один врач-хирург. В других районах Карабууринском и Бакайатинском количество врачей снизилось с 4 врачей-хирургов в 2004 году до 2 врачей-хирургов в 2010 году.

Важным вопросом в настоящее время при характеристике врачебных кадров является анализ квалификации врачей. Доля врачей-хирургов в Таласской области, имеющих квалификационную категорию, при некоторых колебаниях за последние годы в 2010 г. заметно повысилось (57,1%) по сравнению с 2004 г. (50,0%). Доля врачей-хирургов с высшей категорией имеет тенденция к повышению 30,0% в 2004 году и 35,7% в 2010 году, а врачей-хирургов, имеющих вторую и первую квалификационную категорию тенденцию некоторых колебаний с 15,0% до 14,3% и с 5,0% до 7,1% в 2004г. и 2010 г. соответственно. Очевидно, это связано с тем, что наиболее опытные врачи, имеющие квалификационную категорию, либо меняют место жительства, и соответственно, работы, уезжая из области, либо выходят на пенсию по старости, взамен приходят молодые врачи, которые еще не имеют стажа и опыта работы, и соответственно, квалификационной категории.

Тогда как в Нарынской области доля врачей-хирургов, имеющих квалификационную категорию резко возросла с 20,0% в 2004г. до 84,6% в 2010г. Следует отметить, что в динамике не только повышается доля врачей, имеющих квалификационную категорию, но и доля врачей, имеющих высшую и первую категорию. Так в 2004 году, из общего числа врачей-хирургов высшую

категорию имели 11,3%, а в сумме высшую и первую категорию – 20,0%, т.е. одна пятая часть всех врачей. В 2010 г. высшую категорию имели 46,2% врачей-хирургов, а в сумме высшую и первую категорию – 84,6%, т.е. более двух трети всех врачей.

Среди врачей-хирургов доля мужчин выше доли женщин. В Нарынской области к 2004 году показатель соответствия мужчины/женщины составляла 93,3% и 6,7% к 2010 году 76,9% и 23,1% соответственно. Иная картина в Таласской области только в 2009 году работала 1 врач-хирург женщина.

В общем составе врачи-хирурги в возрасте до 39 лет в Нарынской области составляют 15,4%, со стажем свыше 11 лет – 46,1%; по Таласской области в возрасте до 39 лет – 12,5%, со стажем свыше 11 лет – 64,3%, что следует считать положительным в перспективном прогнозировании кадров (врачей-хирургов).

Таким образом, весьма актуальными задачами, стоящими перед хирургической службой в регионах в настоящее время является более полное укомплектование штатов врачей-хирургов в ЛПУ области и повышение их квалификации. Очевидно, что с этой целью необходимо, прежде всего, создавать привлекательные для врачей условия их труда и быта.

*Результаты хронометражных исследований.* Основную часть (28% или 117 минут) семичасового рабочего дня врачи затрачивали на непосредственную работу с пациентами (Рис. 1.).

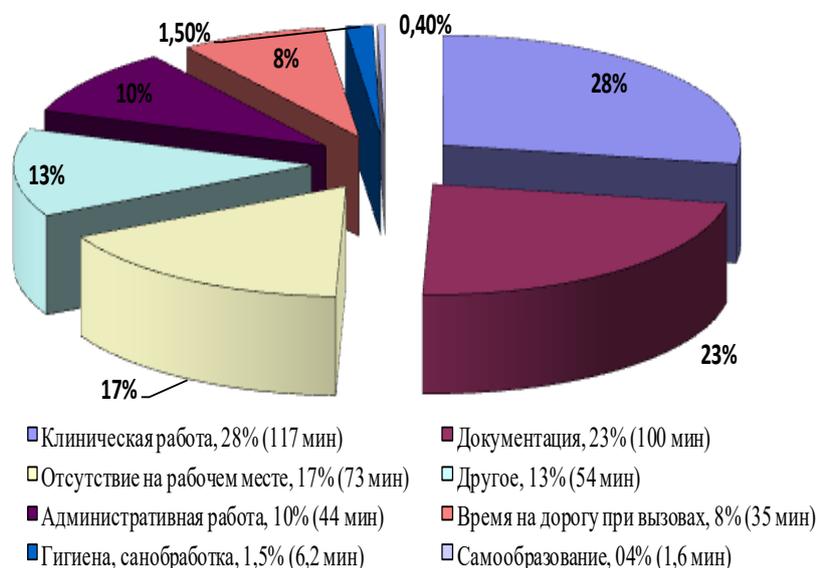


Рис. 1. Структура распределения времени врача-хирурга за 1 рабочий день

В то же время 23% рабочего времени (100 минут) было затрачено на заполнение документации/отчетных форм, 10% на административные нужды, на отсутствие врачей на рабочем месте без объяснения причины приходится в среднем 73 минуты в день. 8% рабочего времени затрачивалось на дорогу (свя-

занные с работой поездки) и практически ничего не отводилось для повышения квалификации и чтения на месте по текущей тематике.

В течение одного рабочего дня врач-хирург в среднем принимает 13,5 пациента. В городских медучреждениях врачи в среднем принимают в день больше пациентов, чем врачи, работающие в сельской местности (18 и 9,4 пациента в день соответственно). Но сельские врачи проводят больше времени с каждым отдельным пациентом (9,4 и 12,3 минуты на каждого пациента, соответственно). В среднем на непосредственную работу с пациентами ежедневно затрачивается 117 минута (28% рабочего дня), или 9,6 минут на одного пациента, при этом 81% визитов пациентов были связаны с заболеванием и 19% профилактические.

В категории непосредственной работы с пациентом большая часть времени (61%) затрачена на сбор анамнеза и физикальный осмотр, на обучение пациентов затрачен 21% времени. Относительно большой отрезок времени (14%) затрачивался на выписывание медикаментозного лечения и заполнение связанной с этим документации, в то же время, на проведение процедур затрачен только 1% рабочего времени. В среднем на сбор анамнеза и осмотр затрачивается 3,9 мин. Среднее время проведения одной процедуры – 5,1 минуты. Интересно отметить, что в среднем на написание назначений и заполнение всей связанной с этим документации на одного пациента требуется 4,6 минут, что дольше, чем среднее время сбора анамнеза и проведения физикального осмотра, и практически равно по продолжительности проведению одной процедуры. Следует заметить, что не всем пациентам требуется выписывать назначения и проводить процедуры, поэтому общие затраты времени, как и процент рабочего времени, значительно ниже, чем время, затраченное на сбор анамнеза / физикальный осмотр.

Из 100 минут в день (в среднем), затраченных на заполнение документации, (23% рабочего дня), примерно 60% (60 минут или 14% от общей продолжительности рабочего дня) потрачено на заполнение медицинских карточек пациентов, 14% (14 минут или 3,2% от общей продолжительности рабочего дня) затрачено на заполнение клинко – информационных форм (КИФ), 16% (16 минут или 3,7% от общей продолжительности рабочего дня) на заполнение утвержденных Министерством здравоохранения форм, и еще 10% (9,5 минут или 2,2% от общей продолжительности рабочего дня) на неутвержденные отчетные формы и журналы.

На заполнение типичной медицинской карты в среднем уходит 4,5 минуты, на заполнение КИФ в среднем уходит 5,7 минуты и, примерно, 4,5 минуты на заполнение других форм (как одобренных, так и не одобренных МЗ).

В среднем 44 минуты или 10% рабочего времени затрачивается на выполнение административных задач, почти вся эта работа (93%) связана с вы-

полнением медицинских обязанностей.

Расчеты показывают, что, хотя поездки по административным нуждам встречаются нечасто (0,38 раза в неделю), они достаточно продолжительны (40,8 минут на одну поездку).

13% рабочего времени (54 минуты) было затрачено на виды деятельности, получившие определение «другие», несмотря на то, что многие врачи не делали перерывов на обед в течение рабочего дня. 17% рабочего дня (73 минуты) было отнесено к категории «отсутствие на рабочем месте». Продолжительность отсутствия врачей на рабочем месте варьировала от нуля до почти 3 часов в день (173 минуты) на одного врача. Несмотря на то, что точная продолжительность рабочего дня оговорена соответствующим официальным положением индивидуальное понимание врачами продолжительности своего рабочего дня значительно отличается от «официального».

Анализ служебных обязанностей, выполняемых во внерабочее время. Каждый из вошедших в исследование врачей выполнял часть служебных обязанностей на нерабочее время. В среднем в день на выполнение служебных обязанностей затрачивался 1 час и 36 минут нерабочего времени. 35 минут (36%) – на непосредственную работу с пациентом (у врача или у пациента на дому) и 21 минута (21%) на дорогу к пациенту. В среднем 28 минут (30%) затрачивалось врачом на заполнение форм/журналов на дому.

*Результаты расчета рациональных нормативов затрат рабочего времени на один час работы врача-хирурга в условиях центра семейной медицины.* Нами установлено, что средние затраты рабочего времени врача-хирурга на первичное посещение составляют  $18,2 \pm 0,25$  минуты; на повторное –  $14,5 \pm 0,25$  минуты (табл. 5).

Таблица 5 - Затраты времени на первичное и повторное посещение (минутах)

Специальность	Лечебно-диагностическое посещение	
	Первичное (M±m)	Вторичное (M±m)
Врач-хирург	$18,2 \pm 0,25$	$14,5 \pm 0,25$

Используя формулу по определению затрат рабочего времени врача-хирурга на одно лечебно-диагностическое посещение, и подставляя полученные данные в формулу и получаем показатель средних затрат рабочего времени врача-хирурга на одно лечебно-диагностическое посещение:

$$T_n = \frac{18,2 + 1,7 \times 14,5}{1 + 1,7} = \frac{42,85}{2,7} = 15,9 \text{ минуты.}$$

следовательно, фактические затраты рабочего времени врача-хирурга составляет 15,9 минуты, что больше действующей до настоящего времени затрат рабочего времени на одно лечебно-диагностическое посещение – 9,6 минуты. Вместе с тем, увеличение затрат рабочего времени врача-хирурга, несомненно,

влияет на полноту выполнения лечебных мероприятий и качество медицинского обслуживания.

Используя формулу определения норм нагрузки для врача на амбулаторно-поликлиническом приеме равна  $N = 60 : 15,9 = 3,8$  посещения.

Годовой бюджет рабочего времени врача-хирурга при амбулаторном приеме в соответствии с продолжительностью рабочего дня (6 часов 20 минут) и 30-дневном отпуске при пятидневной рабочей неделе, составляет:  $B = 6 \text{ час. } 20 \text{ мин.} (261 - 10 - 30) + 12 \times 6 \text{ час. } 20 \text{ мин.} = 1467,9 \text{ часов}$ .

Коэффициент использования рабочего времени должности врача-хирурга амбулаторного приема (k) равен отношению ежедневным затратам рабочего времени при пятидневной рабочей неделе минус время, которое затрачивается на деятельность напрямую не связанную с лечебно-диагностическим процессом: телефонные переговоры, служебные разговоры, конференции, семинары, личное необходимое время (25 минут) к ежедневным затратам рабочего времени при пятидневной рабочей неделе.

$$K = \frac{6 \text{ час. } 20 \text{ мин.} - 25 \text{ мин.}}{6 \text{ час. } 20 \text{ мин.}} = \frac{380 - 25}{380} = 0,93.$$

Плановая функция врачебной должности равна:

$$\Phi = 3,8 \times 1467,9 \times 0,93 = 5187,6 \text{ посещений в год.}$$

Коэффициент использования рабочего времени врача-хирурга больничной организации, соответствует:  $K = (7 \text{ час. } 20 \text{ мин.} - 25 \text{ мин.}) : 7 \text{ час. } 20 \text{ мин.} = 0,94$ .

Полученный показатель служит основой при расчете норматива должности врача-хирурга больничных учреждений (Табл.6).

Таблица 6 - Рекомендуемые нормы времени, нагрузки и норматив должности врача-хирурга в зависимости от средней длительности пребывания больных в стационаре.

Средние сроки пребывания больного на койке в хирургическом отделении, дней	Затраты времени на одного больного в день (мин.)	Число больных на одну должность	Число коек на одну должность
7	46	9	10
8	42	10	11
9	38	11	12
10	36	11	12
11	33	13	14
12	31	14	15
13	30	14	15
14	28	15	17
15	27	16	18

За последние 3 года средние сроки пребывания больных в разных областях имели разную величину, составляя от 7 до 15 дней. Полученные данные позволили установить, что средняя длительность стационарного лечения хирургических больных, оказывает значительное влияние на нормативные показатели. Анализ показал, что средняя длительность пребывания хирургических больных составила 12 дней. Затраты рабочего времени врача-хирурга на одного больного в стационаре равны 30,2 минутам. Нагрузка врачебной должности составляет 14 больных, а норматив должности 15 коек.

Установлена потребность в должностях врачей-хирургов в расчете на 10000 взрослого населения для регионов (Табл.7)

Таблица 7 - Рекомендуемые нормативы численности должности врачей-хирургов в регионах

Регион	Численность населения на 2011 год	Всего врачей-хирургов на 2010 год	Рекомендуемые нормативы должности врача-хирурга
Нарынская область			
Ат-Башинский р-н	50030	3	7,5
Акталинский р-н	31067	1	5
Нарынский р-н	44845	1	7
г.Нарын	35373	4	5,5
Жумгалский р-н	41152	1	6
Кочкорский р-н	59670	3	9,5
Нарынская обл	262137	13	40,5
Таласская область			
г.Талас	33220	7	5,5
Карабууринский р-н	59286	2	9
Таласский р-н	60768	1	9,5
Манасский р-н	33296	2	5
Бакайатинский р-н	45249	2	7
Таласская обл	231819	14	36

Таким образом, выполненные исследования позволили раскрыть и получить новые данные о кадровом и коечном ресурсном обеспечении хирургической службы, нормах времени, нагрузки, нормативов численности и штатных нормативах врачей-хирургов, которые можно рекомендовать к использованию в системе хирургической службе.

## **ВЫВОДЫ**

1. Современное состояние структурно-функциональных аспектов системы хирургической помощи Нарынской и Таласской областей детерминированы с медико-демографическими, социально-экономическими и климатогеографическими факторами регионов (сокращение объемов медицинских услуг, снижение доступности населения к квалифицированной хирургической помощи). В течение 2003-2007 годов отмечается увеличение общего числа выполненных хирургических операций в регионах. Установлено увеличение числа больных, нуждающихся в экстренной хирургической помощи. Произошло увеличение числа оперативных вмешательств по поводу: прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; желудочно-кишечных кровотечений; острого панкреатита при неизменившемся показателе летальности хирургических больных на уровне 0,6%-0,7%.

2. Кадровое обеспечение хирургической службы республики имеет выраженные региональные особенности, не удовлетворяют фактической потребности и не позволяет решить проблему оказания качественной и эффективной специализированной помощи населению региона. В сельских местностях республики установлена низкая обеспеченность врачами-хирургами, которая в 2005 году в 3,6 раза была меньше по отношению к обеспеченности хирургами городского населения и в 2010 году – в 4 раза.

3. Разработанные нами и научно обоснованные нормы времени и нагрузки врача-хирурга в поликлинике соответствуют 15,9 минутам и 3,8 посещения в час. Затраты рабочего времени врача-хирурга на одного больного в стационаре равны 30,2 минутам. Нормативное число коек на одну должность врача-хирурга соответствует 15,0. Рекомендованный нами норматив потребности в должностях врачей-хирургов лечебно-профилактических учреждений соответствует 3,9 на 10 тысяч человек.

4. Разработанные научно-обоснованные нормы труда врачей-хирургов являются методической базой для определения региональных норм времени, нагрузок и нормативов численности.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Применение рекомендуемых методических подходов к нормированию труда врачей-хирургов позволяет планировать должности врачей-хирургов центров семейной медицины в зависимости от общего объема работы, а также соотношения первичных и повторных посещений, профосмотров и посещения на дому.

2. Применение рекомендаций в больничных организациях дает возможность планировать должности врачей-хирургов с учетом средней длительности пребывания больного в стационаре, интенсивности лечебных мероприятий, в

том числе оперативной активности, состава больных по заболеваниям и тяжести состояния.

3. Пересмотр отраслевых штатных нормативов врачей-хирургов следует проводить с учетом разработанных нами новых норм времени, нагрузки на каждого специалиста, нормативов должности, которые должны соответственно составить 15,9 минут на одно посещение, 3,8 посещения в час и 15 коек на одного врача-хирурга.

4. Рекомендуется использовать методические подходы при расчете необходимого числа хирургов в учебном процессе на курсах специализации и усовершенствования на кафедрах хирургических болезней и общественного здравоохранения.

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. **Чапыев М.Б.** О проблемах системы здравоохранения и потребности общества в здоровье [Текст]: / М.Б. Чапыев, Р.Т. Эгенбаев, Т.С. Кулжабаев // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2008. - №2. - С. 7-13.

2. **Чапыев М.Б.** Айыл жергесиндеги калктын медициналык жардамдын уюштурулушу, камсызданылышы жана натыйжалуулугу [Текст]: / М.К. Кочкоров, М.Б. Чапыев // Медицинские кадры XXI века - Бишкек, 2009. - №1. - С. 8-17.

3. **Чапыев М.Б.** Концептуальные подходы по развитию хирургической службы на уровне первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике [Текст] / М.Б. Чапыев // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2009. - Спецвыпуск №3(1). - С. 101-103.

4. **Чапыев М.Б.** К вопросу влияния кадрового обеспечения на качество медицинской помощи [Текст] / М.Б. Чапыев // Социология медицины. - Бишкек, 2009. - №2. - С. 109-111.

5. **Чапыев М.Б.** Жатактар менен камсыздандыруу жана аларды колдо таасирдуу колдонуу (эффективдүүлүгү) [Текст]: / М.К. Кочкоров, М.Б. Чапыев, Н.Ч. Элеманов // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2009. - №4. - С. 21-23.

6. **Чапыев М.Б.** Состояние и деятельность больничных учреждений по обеспечению хирургической помощи населению Кыргызской Республики в регионах [Текст]: / Ш.Т. Абдурахманова, М.Б. Чапыев, А. Анарбаев // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2010. - №2. – С.14-17.

7. **Чапыев М.Б.** Деятельность центров семейной медицины по оказанию хирургической помощи населению Кыргызской Республики в регионах [Текст]: / А. Анарбаев, М.Б. Чапыев, Ш.Т. Абдурахманова // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2010. - №2. – С.18-22.

8. **Чапыев М.Б.** Кадровый потенциал в Кыргызской Республике на этапе реформирования здравоохранения [Текст]: / М.Б. Чапыев // Актуальные вопросы гнойной хирургии у детей и взрослых. - Алматы, 2010. - С. 376-383.

9. **Чапыев М.Б.** О текущей ситуации обеспеченности кадровыми ресурсами в системе здравоохранения Кыргызской Республики [Текст]: / Т.Ч. Чубаков, М.Б. Чапыев, Ш.С. Маматаев // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2010. - №4. - С. 54-55.

10. **Чапыев М.Б.** Совершенствование планирования численности медицинского персонала в организациях здравоохранения третичного уровня [Текст]: / М.Б. Искаков, Б.А. Абилов, М.Б. Чапыев // Вестник КазНМУ. – Алматы, 2011 - №2. - С. 200-203.

11. Методология формирования потребности населения в хирургической помощи в Кыргызской Республики [Текст]: методические рекомендации / [Т.Ч.Чубаков, А.А. Сопуев, М.Б. Чапыев и др.]. - Бишкек, 2011. – 20с.

12. **Чапыев М.Б.** Алгоритм определения нормативов потребности в должностях врачей-хирургов общей хирургической практики [Текст]: методические рекомендации / М.Б. Чапыев, Э.А. Тилеков. - Бишкек, 2011. – 18с.

13. **Чапыев М.Б.** Состояние кадрового потенциала хирургической службы на регионах Кыргызской Республики [Текст] / М.Б. Чапыев // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2012. - №1. - С. 3-5.

14. **Чапыев М.Б.** Основные направления совершенствования хирургической службы [Текст] / М.Б. Чапыев // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2012. - №1. - С. 100-106.

## РЕЗЮМЕ

**диссертации Чапыева Мыктыбека Бусурмановича на тему: «Научные основы регионарного планирования хирургической службы в Кыргызской Республике», на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.**

**Ключевые слова:** хирургия, хронометраж, норматив, нагрузка.

**Цель исследования:** разработка регионарных нормативов планирования потребности населения в хирургической помощи.

**Объект исследования:** лечебно-профилактические организации городов Нарын и Талас, а также центры семейной медицины и территориальные больницы Нарынской и Таласской областей и должность врача-хирурга.

**Методы исследования:** информационный, экономико-географический системный анализ, аналитически-исследовательский, хронометражный, математическая статистика.

**Полученные результаты и их научная новизна.** Впервые в Кыргызской Республике проведено медико-организационное исследование распространенности хирургической патологии среди населения на региональном уровне, также впервые проанализирован объем хирургической помощи, оказываемой населению на региональном уровне. Впервые проанализирована обеспеченность кадрами хирургической службы регионов республики, что позволила выявить недостатки и неравномерное распределение врачей-хирургов, вариабельность в

обеспечении ими в регионах. Разработанные нормативные показатели трудовой деятельности врачей-хирургов, а также штатные нормативы врачей-хирургов в ЦСМ и стационарах характеризуются инновационностью и комплексностью, и продиктовано современными требованиями к оказанию качества хирургической помощи в современных условиях. Впервые научно-обоснованы и разработаны нормативы потребности населения различных областей Кыргызской Республики в амбулаторно-поликлинических и стационарных формах хирургической помощи.

**Область применения:** хирургия, организация здравоохранения.

**Библиография:** 145 источников, иллюстрации – 17 таблиц и 7 рисунков.

**Чапыев Мыктыбек Бусурмановичтин 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденүүгө «Кыргыз Республикасынын региондордо хирургия кызматынын пландаштыруусунун илимий негиздери» темасындагы диссертациясына  
КОРУТУНДУСУ**

**Негизги сөздөр:** хронометраж, норматив, нагрузка, хирургия кызматы.

**Изилдөөнүн максаты:** региондордогу хирургия кызматынын нормативдерин иштеп чыгуу.

**Изилдөө объектилери:** Нарын и Талас шаарларындагы дарылоо мекемелери жана Нарын, Талас областарындагы үй-бүлө медицина борборлору жана аймактык ооруканалар.

**Изилдөө усулдары:** информациялык, экономика-география системалык анализ, аналитикалык-изилдөө, социологиялык сурамжылоо методу, хронометраж, математикалык статистика.

**Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы:**

Кыргыз Республикасында региондор деңгээлинде биринчи жолу медицина уюштуруу изилдөөдө калктын хирургиялык патология изилденген.

Биринчи жолу хирургиялык патологиянын көлөмү анализденген, ошондо жардамдын көрсөтүүнүн айкалыштыгы көрсөтүлгөн.

Биринчи жолу хирургиялык кызматтын региондордо кадрлары менен камсыздалышы анализденген, жетишпестиктери жана региондордо бир кыл эмес жайгашканы, вариабелдилүүгү көрсөтүлгөн.

Саламаттыкты сактоо уюштуруучуларынан хирургиялык жардамынын жумуштун иштелип чыккан нормативдик көрсөткүчүнүн кайра карап чыгуусу керек.

**Пайдаланылуу чөйрөсү:** хирургия, коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо.

**Библиография:** 145 булак, иллюстрациялар – 17 жадыбал жана 7 сүрөт.

## SUMMARY

**dissertations of Chapyev Myktybek Busurmanovich on a theme: «Regionarnye specifications of planning of surgical service in the Kirghiz Republic», on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on specialities: 14.01.17 – surgery.**

**Keywords:** timing, the specification, loading, surgical service

**Research objective:** working out регионарных specifications of planning of requirement of the population in surgical service.

**Object of research:** the treatment-and-prophylactic organizations goro-dov Naryn and Talas, and also the centers of family medicine and territorial hospitals of Naryn and Talassky areas and a post of the doctor-surgeon.

**Research methods:** the information, economic-geographical system analysis, analytically-research, a method of sociological poll, the mathematical statistics.

**The received results and their scientific novelty.** For the first time mediko-organizational research of often e surgical pathology is conducted in Republic Kyr-gyz-sky among the population at regional level. For the first time the volume of the surgical help is analysed, distinctions of rendering of volume of the surgical help in various regions are thus revealed. For the first time security is analysed by shots of surgical service of regions that has allowed to reveal lacks and non-uniform distribution of doctors-surgeons, variability of maintenance with them in regions. The developed specifications indicators on work for the surgical help, and also regular specifications of doctors-surgeons in ambulens and hospitals differ from existing and demand from organizers of public health services of revision that is dictated by requirements to rendering of quality of rendered services, with the changed problems and work volume.

**Scope:** surgery, the public health services organization.

**The bibliography:** 145 sources, illustrations – 17 tables and 7 drawings.

**Чапыев Мыктыбек Бусурманович**

**НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ РЕГИОНАРНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Автореферат диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

---

Подписано к печати 15.10.2012г. Формат бумаги 60x90/16.  
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л. Тираж 120 экз. Заказ 201.

г.Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмасы»

