

УДК 614.21+616-082

https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/16

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА УРОВНЕ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ И СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

©**Ниязов Б. С.**, д-р мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан, niyazov1949@mail.ru

©**Ниязова С. Б.**, канд. мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан

EVALUATION OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE TO THE POPULATION AT THE LEVEL OF DAY STATIONS AND EMERGENCY STATIONS

©**Niyazov B.**, Dr. habil., Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training, Bishkek, Kyrgyzstan, niyazov1949@mail.ru

©**Niyazova S.**, M.D., Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training, Bishkek, Kyrgyzstan

Аннотация. Отмечается недостаточная доступность услуг скорой медицинской помощи сельскому населению. Динамика роста вызовов скорой медицинской помощи свидетельствует о том, что учреждения СМП взяли на себя часть стационарных услуг по оказанию неотложной помощи пациентам с хроническими заболеваниями и с острыми простудными заболеваниями.

Abstract. Insufficient availability of emergency medical services to the rural population is noted. The dynamics of the growth of calls to emergency medical services testifies to the fact that emergency medical institutions have taken over part of inpatient services for the provision of emergency care to patients with chronic diseases and acute colds.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, дневной стационар, оценка качества.

Keywords: ambulance, day hospital, quality assessment.

Введение

Как известно, в свое время в КР, наряду с плановым сокращением больничного коечного фонда, начиная с 1997 г. в альтернативном порядке стали развиваться стационар замещающие технологии медицинской помощи. В частности, дневные стационары (ДС) при стационарах (усл. – «Стац», ДС при поликлинике (усл. – «Амбул»), стационары на дому, центры амбулаторной хирургии и др. [1–3, 7–12]. Кроме того, большее значение стали придавать разделу скорой медицинской помощи (СМП) [4–6].

Цель работы: оценить качество медицинской помощи населению в дневные стационары и станциях скорой медицинской помощи.

Результаты и их обсуждения

В КР насчитывается 4294 коек в ДС, что составляет 6% от численности общего коечного фонда «Стац». Всего пролечено в ДС — 31819 (11%) всех больных. Обеспеченность койками ДС составила в 2000 г. — 91,8 на 10000 населения и имеет тенденцию к снижению

(в 2005 г. — 107,2, в 2007 г. — 92,6). При снижении общего количества коек уровень госпитализации на 1000 населения увеличился со 169,8 человек в 2000 г. до 200,0 — в 2007 г. Отмечается тенденция к снижению средней продолжительности пребывания больного на койке ДС — 9 дней (2000 г.) и 6 дней (2007 г.).

Эффективность ДС, как в «Стац», так и «Амбул» имеют существенные различия в плане затрат и КМП. ДС при «Амбул» было 46 в 1991 г., а к 2000 г. их число увеличилось до 126, в которых было развернуто 418 коек. Однако, к сожалению, повсеместно интерес к этой форме со временем угасает. В итоге в 2007 г. коечный фонд ДС составил 326 коек. По данным 2007-2010 гг. наибольшее количество коек ДС развернуто в Ошской области и в г. Бишкек. Причем, в Ошской области койка ДС работала $203,2 \pm 12,6$ дня в году, то в г. Бишкек — $297 \pm 10,8$ дней. Если в койко-дни в Ошской области составили $7,5 \pm 1,6$ дня, то в г. Бишкек — $5,3 \pm 0,5$ дня, а в Баткенской области — $8,3 \pm 1,1$ дня. В целом, в ДС пролечено 11100 больных, средняя длительность лечения которых составила $7,2 \pm 0,8$ дня.

Развитие ДС при «Стац» также угасает. Из 1038 ДС, развернутых в 1991 г., к 2002 г. осталось 652, а число пролеченных больных сократилось за этот период в 3 раза (с 16800 до 5000). Наиболее часто в ДС направляются больные с АГ (9,8%), затем больные МКБ без клинических проявлений (7,7%) и больные хроническим бронхитом (7,6%). Наиболее часто услугами ДС пользуются терапевты (55,5%) и акушер-гинекологи (28,8%). Установлено, что услугами ДС пользуются в основном жители (92%), проживающие в данном селе. Пациенты, проживающих на расстоянии >10 км от ДС, составили всего 0,7%. В ДС лечение проводится преимущественно взрослым (87,5%), тогда как детям в 4 раза реже (12,5%). Удельный вес больных, осмотренных консультантами, в ДС при «Стац» составляет 17,2%, а в ДС при «Амбул» почти в 5 раз меньше (3,6%).

На наш взгляд, накопленный опыт показывает, что ДС наиболее приемлемы для лечения больных с ХЗ, подготовке беременных к родам и больных, нуждающихся в плановой госпитализации. Такой подход ориентирует ЛПУ на пересмотр нормативов потребностей населения в госпитальных койках и на создание нормативов потребности в объемах и койках для стационар замещающих учреждений.

Оценка деятельности городской службы СМП. Анализ показал, 89,9% вызовов СМП были обоснованными. Доля необоснованных обращений по поводу травм и отравлений составила 23,1%, болезней ССС — 12,2%, органов дыхания — 8,1% и органов пищеварения - 3,2%. Доля необоснованных вызовов СМП у женщин на 15,9% выше, чем у мужчин. Из общего числа необоснованных вызовов СМП, по мнению экспертов, в 42,9% вызовов могли быть обслужены средним медицинским персоналом в поликлинике, 39,3% — врачом поликлиники, 17,8% — не нуждались в оказании СМП. Результаты исследования показали, что 78% вызовов СМП обслужены врачебной бригадой, 13,3% — специализированной бригадой и 8,7% — фельдшерской бригадой.

Экспертная оценка качества диагностики заболеваний показала, что у 10,3% больных диагноз установлен несвоевременно. Причем, несвоевременно был установлен диагноз у 12,8% больных с заболеваниями ССС, у 23,1% больных с травмами и отравлениями, у 11,1% больных с заболеваниями органов дыхания, у 5,0% больных с заболеваниями органов пищеварения. Необоснованно был поставлен диагноз у 2,8% больных.

Эффективность оказания СМП во многом определяется своевременностью выезда и временем, затраченным на обслуживание выезда. Установлено, что <15 мин после принятия вызова, осуществляется выезд бригады СМП в 38,8% случаях, 15–30 мин — в 27,3%, 30–45 мин — в 23%, 45–60 мин — в 3,2%, 60–90 мин — 5,7%, >90 мин — 2% случаев. В целом по

четырем классам болезней у 53,9% больных средние затраты времени на обслуживании одного вызова составили 1 час, у 26,7% — <30 мин, у 18,2% — 1–2 ч, у 1,2% — >2 ч.

По данным экспертных оценок, качество оказанной СМП было в 89,7% случаях своевременным, в 10,3% — несвоевременным. СМП по всем заболеваниям в 89,1% случаях было полноценной, в 10,9% — неполноценной. Неполноценно СМП была оказана при травмах и отравлениях в 28,2% случаях, при болезнях ССС — в 11,8%, при болезнях органов пищеварения — в 7,9%, при болезнях органов дыхания — в 3% случаев.

Основными причинами неполноценного оказания СМП эксперты в 45,9% случаях считали особенности течения заболевания, в 27,9% — неправильная и несвоевременная диагностики заболеваний, в 23% — отсутствие лекарственных средств, в 3,2% — недостаточная квалификация врача линейной бригады СМП. По данным экспертов оформление карт вызовов СМП в 79,6% случаев было удовлетворительное, в 20,4% — неудовлетворительное. Основными дефектами в ведении и оформлении документации явились: некачественное оформление записей (37,2%), отсутствие рекомендаций больным (28,7%), недостаточное описание состояния больного (19,7%), отсутствие динамики наблюдения (14,4%).

Изучение качества оказания СМП взрослому населению показало, что имеются значительные резервы для ее улучшения, зависящие в первую очередь от уровня профессиональной подготовки врачей СМП, четко организованного контроля за их деятельностью и наличием нормативно-правовых документов и методических рекомендаций по системе управления и контроля за качеством СМП. Выявленные дефекты в организации и качестве оказания СМП свидетельствуют о недостаточной эффективности существующей системы контроля за качеством СМП. Анализ показал, что на лечебно-диагностическую работу (осмотр и оказание СМП) приходится 37,0% рабочего времени. Остальное время врача СМП уходит на переходы, переезды (24,2%), подготовительную работу (11,3%).

Для разработки мероприятий по оптимизации деятельности СМП было изучено мнение населения. Проведен анкетный опрос 637 пациентов, обратившихся за СМП. Анализ анкетирования показал, что среди респондентов 66,9% составляют женщины и 33,3% — мужчины. Среди опрошенных 26,3% был в возрасте 31–40 лет, 19,6% — 41–50 лет, 18,4% — 51–60 лет, 11,5% — 61–70 лет. В зависимости социально-профессионального статуса респонденты, распределились следующим образом: служащие (41,8%), пенсионеры (19,9%), рабочие (14,6%), безработные (12,3%), студенты (3,7%) и др. 50,7% респондентов имели высшее образование, 42,3% — среднее, 7% — начальное образование.

Одним из факторов, влияющих на КМП, является частота обращения за СМП в течение года. Анализ частота вызовов СМП показал, что 47,3% респондентов обращались 1–2 раза в год, 16% — 3–4 раза, 4,8% — >5 раз, 31,9% — не обращались. Анализ показал, что <30 мин. было обслужено 26,3% опрошенных, <45 мин — 35,8%, <1 ч — 24,0%, >1 ч — 13,9%. Отказы в приеме вызовов диспетчером СМП составили 4,4%.

Сравнительный анализ социологического опроса населения с результатами исследования, основанными на материалах текущего наблюдения, свидетельствует о том, что население значительно завышает время от момента поступления вызова до прибытия бригады СМП к месту вызова.

Анализ показал, что только 51,4% респондентов были удовлетворены организацией работы СМП, 22% — не удовлетворены, 26,6% — воздержались от ответа. Определены основные причины неудовлетворенности работой СМП: несвоевременное оказание помощи (47,6%), невнимательность, торопливость (16,7%), нетактичное отношение (14,6%), низкая

квалификация фельдшеров (11,4%), низкая квалификация врачей (9,7%). Для изучения мнения об организации и качестве оказания СМА было проведено анкетирование 206 врачей и среднего медицинского персонала станции СМП, которые хорошо знают положительные и отрицательные моменты своей работы. Среди медицинских работников СМП 42,6% составили врачи, 35,2% — фельдшера врачебных бригад, 22,2% — фельдшеры фельдшерских бригад.

Немаловажным фактором, влияющего на КМП является профессиональная подготовка медицинских работников. 20,3% врачей и фельдшеров станции СМП за последние 5 лет (2008–2012 гг.) не прошли повышения квалификации. Качество оказания СМП в значительной степени зависит от нагрузки врачей. 51,3% опрошенных считает нагрузку оптимальной, 38,9% — высокой, 12,8% — воздержались от ответа.

Одним из важных показателей СМП является состояние технической оснащённости станций СМП. 36,4% опрошенных считали, что, техническая обеспеченность полностью соответствует существующим стандартам, 46,2% — не полностью соответствует, 14,5% — частично, 2,9% — не соответствуют стандартам. На вопрос «Удаётся ли Вам оказывать медицинскую помощь больным и пострадавшим в соответствии с существующими стандартами» 25,1% опрошенных ответил, что в полном объеме, 58,9% — в неполном объеме, 16,0% указали, что частично.

Медицинские работники СМП оценивали качество первой помощи, оказываемой пострадавшим и больным сотрудниками ГАИ, водителями автотранспорта и населением. По мнению врачей СМП, 70,9% сотрудников ГАИ не оказывали первую помощь пострадавшим на месте происшествия, 25,6% — оказывали частично. Водителями автотранспортных средств, своевременно оказывали первую помощь лишь в 2,1%, частично — в 48,3%, не оказывали — в 41,9%.

Респондентами была оценена оперативность, согласованность и организованность работы приемных отделений стационаров при доставке пациентов. Врачи бригад станции СМП в 56,5% случаев отметили работу этого подразделения как достаточной, в 43,5% случаях — недостаточной. Качество работы приемных отделений «Стац» 71,9% врачей СМП оценили, как неполноценное, а 28,1% — как полноценное.

Таким образом, изучение мнения населения и медперсонала СМП о качестве работы выявило основные причины неудовлетворенности населения СМП: недостаточная обеспеченность бригад СМП лекарственными препаратами; низкая квалификация медперсонала; низкая культура обслуживания; несвоевременное обслуживание; нетактичное отношение медперсонала к больным; низкая техническая оснащённость; несоблюдение стандартов; неполная информация о пациенте и др.

Результаты экспертной оценки показали, что при внедрении организационных мероприятий значительно улучшились качественные показатели оказания СМП сельскому населению: доля обоснованных вызовов в целом по всем заболеваниям составило 95,3% случаев. Особенно увеличилась доля обоснованных вызовов к больным с заболеваниями ССС (с 87,8% до 93,9%), с травмами и отравлениями — с 76,9% до 85,1%. Улучшилась преимущество в работе станции СМП и «Амбул».

По данным экспертных оценок сократилось число вызовов СМП к больным с ХЗ (с 35,5 до 30,6%); снизилась частота расхождения несвоевременно установленных диагнозов врачами СМП (с 10,3% до 3,8%), особенно при болезнях ССС (с 12,8% до 7,2%), при травмах и отравлениях (с 23,1% до 10,6%), при болезнях органов дыхания (с 11,1% до 5,7%).

Анализ показал, что сократилось время выезда СМП в среднем по всем заболеваниям: удельный вес выездов бригад СМП после поступления вызова <15 мин увеличился с 38,8 до 41,8%, 16–30 мин — с 27,3 до 36,6%. В то же время сократилось время выезда 30–45 мин — с 23% до 18,2%; 45–60 мин — с 3,2% до 2%; 60–90 мин — с 5,7% до 1,2%, >90 мин — почти в 10 раз.

Нужно отметить и то, что увеличилось число выездов, на которые было затрачено <30 мин. — с 26,7% до 33,3%, особенно это отмечается при болезнях органов дыхания (с 21,2 до 30,3%), при травмах и отравлениях (с 35,9 до 53,8%), при болезнях ССС (с 22 до 26,6%). Нужно отметить и то, что увеличилось время обслуживания вызовов в среднем по всем классам болезней <1 ч — с 53,9 до 56,6%. Число выездов, обслуженных 1–2 ч сократилось с 18,2 до 9,7%, >2 ч — с 1,2 до 0,4%. Своевременность оказания СМП в среднем по всем классам возросла с 89,7% до 93,5%, особенно при болезнях органов пищеварения — с 76,2 до 80,9%, при травмах и отравлениях — с 76,9 до 89,7%.

Несвоевременность оказания СМП в среднем по всем классам снизилась с 10,3 до 6,5%, а между тем, улучшилось качество оказания СМП, в среднем по всем классам болезней. В частности, полноценность оказания СМП возросла с 89,1 до 94,5%, особенно при болезнях ССС (с 88,2 до 93,4%), при болезнях органов пищеварения (с 92,1 до 96,8%), при травмах и отравлениях (с 71,8 до 87,2%). Доля больных, получивших неполноценную СМП, сократилась с 10,9 до 5,5%.

Таким образом, исследование качества оказания СМП сельскому населению по материалам экспертных оценок выявило дефекты: в 11,1% случаев по всем заболеваниям диагноз установлен несвоевременно, в 10,3% случаев необоснованно; в 10,6% случаев СМП была оказана несвоевременно и неполноценно. Выявленные дефекты в организации СМП свидетельствуют о недостаточной эффективности существующей системы внутриведомственного контроля качества СМИ.

По мнению экспертов из общего числа необоснованных вызовов, в 82,2% случаев СМП могла быть оказана в «Амбул» и в 17,8% случаях больные не нуждались в оказании СМП. Это свидетельствует не только о высокой доступности, но и о нерациональном использовании сил и средств службы СМП.

Изучение мнения населения об организации СМИ показало, что более половины респондентов (51,4%) оценили работу СМП удовлетворительно, каждый пятый (22%) — неудовлетворительно, каждый четвертый (26,6%) — воздержались от ответа. Основными причинами неудовлетворенности явились: несвоевременное оказание СМП, недостаточная обеспеченность бригад СМП лекарственными средствами, низкая культура обслуживания, невнимательность, нетактичное отношение медицинского персонала к больным, низкая квалификация медицинского персонала СМП.

Оценка деятельности СМП в сельских районах. Нужно отметить недостаточную доступность услуг СМП сельскому населению. Динамика роста вызовов СМП (с 324,6 вызовов на 1000 населения в 2000 г. до 334,7 в 2003 г.) свидетельствует о том, что учреждения СМП также взяли на себя часть стационарных услуг по оказанию неотложной помощи пациентам с ХЗ и с острыми простудными заболеваниями. При этом сохраняется низкий процент передачи скорых вызовов в «Амбул» (3,9%).

Проведен точечное исследование обращаемости за СМП взрослого населения проведен на основании сведений станции СМП Кара-Сууйского района за период 2008–2012 гг. (форма №40). Из общего числа карт вызовов СМП (327000) взрослому населению 87209 карт проанализированы методом выборки. Установлено, что в динамике за 2008–2012 гг. частота

обращаемости населения за СМП возросла с 198,7 до 260,4 на 1000 взрослого населения ($P < 0,05$).

Анализ возрастного-полового показателей обращаемости за СМП показал, что среди обратившихся за СМП преобладали лица в возрасте >70 лет (19,7%). На 20–29 лет приходится — 21,7%, 50–59 лет — 15,7%, 40–49 лет — 14,6%, 30–39 лет — 13,5%, 60–69 лет — 10,5%.

В структуре обращаемости, как у мужчин, так и у женщин на первом месте стоят болезни ССС (27,2% и 33,5%), на втором — болезни органов дыхания (28,6% и 31,1%), на третьем — у мужчин травмы и отравления (8,3%), а у женщин — болезни нервной системы (16,2%). Почти одинаковый удельный вес как у мужчин, так у женщин занимают болезни органов пищеварения (11,9% и 12,1%).

Структура обращаемости за СМП в разрезе отдельных возрастных групп выявила следующую закономерность: у мужчин тенденция роста обращаемости возрастом увеличивается (с 162,54‰ до 705,58‰), у женщин — этот показатель подвержен некоторым колебаниям: в возрасте <19 лет частота обращений составила 306,1 случаев на 1000 населения соответствующего возраста против 223,3 случаев в возрасте 20–29 лет и 200,2‰ в возрасте 30–39 лет. При переходе к старшим возрастным группам (>40 лет) интенсивность обращений у женщин, равно как и у мужчин, стабильно нарастает (от 248,52‰ до 994,56‰) ($P < 0,05$).

В числе больных, обратившихся за СМП по поводу болезней ССС, каждый четвертый (24,5%) был с ИБС, каждый третий (32,7%) с АГ. Основную долю обращений за СМП по поводу болезней органов дыхания составили больные с ОРВИ, грипп (38,7%), с острым бронхитом (10,4%), с острой пневмонией (4,9%).

Анализ обращаемости населения за СМП по времени суток показал, что они распределены неравномерно. 85,9% вызовов поступают в период 8.00–24.00 ч. В начале суток (первый период — 00–8.00 часов) в среднем поступает 14,1% вызовов, то во втором периоде — (8.00–18.00) 51,3%, а в третьем периоде (18.00–24.00) поступает 34,6% вызовов.

При внезапных заболеваниях или обострениях ХЗ в утренние часы больные предпочитают обращаться не к участковому врачу, а на станцию СМП, так как она более доступна, и бригада пребывает примерно через 15–20 мин. после вызова. Третий период суток (18.00–24.00) характеризуется резким повышением обращаемости населения. Высокий уровень обращаемости за СМП отмечается в 20 ч. вечера и составляет 15,1 случаев на 1000 населения. После достижения второго наивысшего уровня (18.00–24.00 ч.), в дальнейшем она имеет тенденцию к спаду и к 24.00 часам составляет 7,5%. Больше половины обращений (51,3%) обращений взрослого населения за СМП были в часы работы ГСВ/ЦСМ, что свидетельствует о недостаточной преемственности в работе «Амбул» и станции СМП.

Установлено, что почти половина (48,6%) обращений приходится на понедельник, среду и воскресенье. Интенсивный максимальный показатель обращаемости среди населения в течение года отмечен в понедельник — 31,5 случаев на 1000 населения, наименьший в пятницу — 29,8%. Наибольшее количество вызовов населения приходится на весенний период — 26% или 55,8 обращений на 1000 взрослого населения, на зимний период — 25,7% или 55,1 обращений и наименьшее на летний период — 23,9% или 51,3 случаев на 1000 населения.

Высокая обращаемость взрослого населения за СМП в весенний период в значительной степени связана с сезонностью заболеваний, особенно органов дыхания, на долю которых приходится более половины всех обращений, увеличением числа обострений ХЗ, несчастных

случаев и травм, требующих оказания экстренной помощи на до госпитального периода. Следовательно, обращаемость населения на СМП имеет вполне определенную закономерность во времени поступления вызовов.

Заключение

Результаты проведенного исследования показали, что за исследуемый период частота обращаемости взрослого населения за СМП в динамике за 2004–2010 гг. возросла с 198,7% до 260,4%. В структуре вызовов бригад СМП основная доля обращений приходится на внезапные заболевания (84,6%). Обращаемость по поводу несчастных случаев стабильно занимает второе место (6,6%), а третья — перевозка больных и рожениц (5,8%).

Изучение потока вызовов СМП выявило неравномерность их поступления по сезонам года, по дням недели и по часам суток. Максимум вызовов поступает в весенний период, минимум — в летний. По дням недели — в понедельник, а в остальные дни недели показатели примерно равны. По часам суток высокая обращаемость зарегистрирована в период 8.00—18.00 ч; наивысшая — в 20.00 ч, а наименьшая — в 5 ч утра.

Список литературы:

1. Абилов Б. А., Султанмуратов М. Т. Состояние инфекционной службы и оптимизация ее деятельности в условиях реформы здравоохранения Киргизской Республики. Бишкек, 2002. 123 с.
2. Абдиев А. Ш., Абилов Б. А., Белеков Ж. О. Оценка качества медицинской помощи организатором практического здравоохранения // Хирургия Кыргызстана. 2005. №2. С. 3-10.
3. Ибраимова А. С. Аккредитация медицинских учреждений в Киргизской Республике. Бишкек, 2002. 205 с.
4. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Киргизской Республики в 2000 году. Бишкек, 2001. С. 185–190.
5. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Киргизской Республики в 2002 году. Бишкек, 2003. С. 278–283.
6. Здоровье населения и здравоохранение Киргизской Республики в 1991–2000 гг. Бишкек, 2001. С. 48–51.
7. Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке: стратегия достижения здоровья для населения Киргизской Республики забота о каждом, здоровье для всех // Сб. Министерства здравоохранения Киргизской Республики. Бишкек, 2001. С. 128-130.
8. Каратаев М. М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана): автореф. дис. ... д-р мед. наук. М., 2000. 45 с.
9. Касиев Н. К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Киргизской Республике: автореф. дис. ... д-р мед. наук. М., 1999. 45 с.
10. Мейманалиев Т. С., Каратаев М. М., Ибраимов А. С. Финансирование здравоохранения Кыргызстана в условиях перехода к рыночной экономике. Бишкек, 2001. 201 с.
11. Саваш С. Реформы здравоохранения в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. 58 с.
12. Султанмуратов М. Т. Социально-экономическое обоснование проведения реструктуризации системы предоставления медицинских услуг в Киргизской Республике: автореф. дис. ... д-р мед. наук. Бишкек, 2002. 44 с.

References:

1. Abilov, B. A., & Sultanmuratov, M. T. (2002). Sostoyanie infektsionnoi sluzhby i optimizatsiya ee deyatelnosti v usloviyakh reformy zdavookhraneniya Kirgizskoi Respubliki. Bishkek.
2. Abdiev, A. Sh., Abilov, B. A., & Belev, Zh. O. (2005). Otsenka kachestva meditsinskoi pomoshchi organizatorom prakticheskogo zdavookhraneniya. *Khirurgiya Kyrgyzstana*, (2), 3-10.
3. Ibraimova, A. S. (2002). Akkreditatsiya meditsinskikh uchrezhdenii v Kirgizskoi Respublike. Bishkek, 205 s.
4. Zdorov'e naseleniya i deyatelnost' uchrezhdenii zdavookhraneniya Kirgizskoi Respubliki v 2000 godu (2001). Bishkek, 185–190.
5. Zdorov'e naseleniya i deyatelnost' uchrezhdenii zdavookhraneniya Kirgizskoi Respubliki v 2002 godu (2003). Bishkek, 278–283.
6. Zdorov'e naseleniya i zdavookhranenie Kirgizskoi Respubliki v 1991–2000 gg. (2001). Bishkek, 48–51.
7. Zdavookhranenie Kyrgyzstana v 21 veke: strategiya dostizheniya zdorov'ya dlya naseleniya Kirgizskoi Respubliki zabota o kazhdom, zdorov'e dlya vsekh (2001). Sb. Ministerstva zdavookhraneniya Kirgizskoi Respubliki. Bishkek, 128-130.
8. Karataev, M. M. (2000). Nauchnoe obosnovanie sistemy finansirovaniya zdavookhraneniya v usloviyakh perekhoda k rynochnoi ekonomike (na primere Kyrgyzstana): avtoref. dis. ... d-r med. nauk. Moscow.
9. Kasiev, N. K. (1999). Nauchnoe obosnovanie osnovnykh napravlenii reformy zdavookhraneniya i ee realizatsiya v Kirgizskoi Respublike: avtoref. dis. ... d-r med. nauk. Moscow.
10. Meimanaliev, T. S., Karataev, M. M., & Ibraimov, A. S. (2001). Finansirovanie zdavookhraneniya Kyrgyzstana v usloviyakh perekhoda k rynochnoi ekonomike. Bishkek, 201 s.
11. Savash, S. (2000). Reformy zdavookhraneniya v Kyrgyzstane. Kopengagen.
12. Sultanmuratov, M. T. (2002). Sotsial'no-ekonomicheskoe obosnovanie provedeniya restrukturalizatsii sistemy predostavleniya meditsinskikh uslug v Kirgizskoi Respublike: avtoref. dis. ... d-r med. nauk. Bishkek.

*Работа поступила
в редакцию 17.11.2021 г.*

*Принята к публикации
22.11.2021 г.*

Ссылка для цитирования:

Ниязов Б. С., Ниязова С. Б. Оценка качества медицинской помощи населению на уровне дневных стационаров и станций скорой медицинской помощи // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №1. С. 114-121. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/16>

Cite as (APA):

Niyazov, B., & Niyazova, S. (2022). Evaluation of the Quality of Medical Care to the Population at the Level of Day Stations and Emergency Stations. *Bulletin of Science and Practice*, 8(1), 114-121. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/16>