

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С.

## Управление качеством терапевтической помощи в условиях центральной районной больницы

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала

Gadzhiev R.S., Agalarova L.S.

### Managing quality therapeutic care in terms of the central regional hospital

#### Резюме

В целях разработки системы мероприятий, направленных на повышение качества терапевтической помощи сельскому населению методом экспертной оценки изучено качество медицинской помощи по материалам 415 законченных случаев амбулаторного лечения и 387 случаев стационарного лечения. Исследование проводилось в 2015-2016 гг. на базе 3 центральных районных больниц Республики Дагестан. В условиях эксперимента полнота обследования больных в стационарах возросла на 22,8%, в поликлиниках – на 15,9%; удельный вес больных с достаточными, по мнению экспертов сроками лечения в среднем увеличился с 58,4% до 79,7%; доля больных получивших полноценное лечение в стационарах в среднем возросла на 12,4%, в поликлиниках – на 8,8%; число больных, которые выписались из отделений с законченным лечением в среднем увеличилось с 69,5% до 85,4%.

**Ключевые слова:** качество терапевтической помощи, экспертная оценка, критерии качества, мнение больных, организационный эксперимент

#### Summary

To develop a system of measures aimed at improving the quality of therapeutic care to the rural population by the method of expert evaluation studied the quality of medical care according to the materials of 415 completed outpatient cases and 387 cases of inpatient treatment. The study was conducted in 2015-2016 on the basis of the 3 regional hospitals of the Republic of Dagestan. In the experiment, the completeness of examination of patients in hospitals has increased by 22.8%, in clinics – 15.9%; the proportion of patients with sufficient, in the opinion of experts the duration of treatment on average increased from 58.4% to 79.7%; the proportion of patients who received full treatment in hospitals has increased on average by 12.4%, out-patient clinics – by 8.8%; the number of patients who were discharged from departments who have completed treatment has increased, on average from 69.5% to 85.4%.

**Key words:** quality therapeutic care, expert evaluation, quality criteria, the opinion of patients, organizational experiment

#### Введение

Задача обеспечения надлежащего качества оказываемой населению медицинской помощи требует не только реализации целого комплекса мероприятий, направленных на улучшение материально-технической базы медицинских организаций, повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых методов диагностики и лечения, но и наличия, прежде всего эффективной системы управления качеством медицинской помощи, что невозможно без создания соответствующей нормативно-правовой базы [1,2,3].

В 2014 г. утверждена новая редакция Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», главными целями которой являются обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды

и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [4,6].

Сегодня установление административной ответственности за ненадлежащее качество работы для всех участников рынка медицинских услуг становится требованием, продиктованным временем. Трехуровневая система контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливает четкие рамки ответственности как органов управления здравоохранением, так и медицинских организаций различных форм собственности за оказание медицинской помощи должного качества [5].

Контроль качества как управленческий инструмент предполагает установление критериев (стандартов) качества, оценку соответствия объекта контроля принятым требованиям и критериям, систему действий в случае не-

соответствия принятым стандартам, планирование и совершенствование требований стандартов [7,8].

**Целью** исследования являлась разработка комплекса мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышение качества терапевтической помощи сельскому населению в условиях центральных районных больниц (ЦРБ).

## Материалы и методы

Разработанная нами система управления качеством терапевтической помощи (ТП) включает: планирование качества ТП; обеспечение качества ТП на этапах ее оказания; контроль качества ТП; анализ дефектов в обеспечении качества и эффективности ТП; разработка системы корректирующих и предупреждающих действий.

Исследование проводилось в 2015-2016 гг. на базе 3 центральных районных больниц (Ахтынская, Магарамкентская и Курахская) Республики Дагестан. Объектами исследования явились 3 поликлиники, 3 терапевтические стационарные отделения этих ЦРБ.

Экспертной оценке было подвергнуто 415 законченных случаев амбулаторного лечения и 387 случаев стационарного в часто встречающимися терапевтическими заболеваниями.

Проанализировано содержание 517 анкет, полученных от сельского населения по вопросам организации амбулаторной помощи, оказываемой участковыми терапевтами, 366 анкет – от больных, госпитализированных в терапевтические отделения ЦРБ.

Для сбора материала были разработаны: «Карта экспертной оценки качества терапевтической помощи в поликлинике»; «Карта экспертной оценки качества терапевтической помощи в стационаре ЦРБ»; «Анкета изучения мнения населения об организации и качестве терапевтической поликлинической помощи»; «Анкета изучения мнения госпитализированных больных в терапевтическое отделение ЦРБ об удовлетворенности качеством оказанных медицинских услуг».

В соответствии с целью и задачами исследования был использован комплекс современных научных методов: статистический, экспертных оценок, социологический и экспериментальный. При обработке и оценке достоверности результатов исследования были широко использованы методы математической статистики: вычисление и оценка относительных и средних величин, критерий Стьюдента ( $t$ ). Статистическая обработка полученных материалов проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0 и MS Excel, 2003.

Под каждое направление исследования были составлены программы и планы работы, разработаны методики и статистический инструментарий (экспертные карты, анкеты и др.), проведены выкопировка данных из первичной медицинской документации, шифровка, группировка, статистическая обработка и анализ полученных материалов.

За единицу наблюдения при проведении экспертной оценки качества терапевтической помощи в поликлинике был принят один больной, закончивший лечение, в стационаре – больной, выписанный из больницы.

Оценку качества медицинской помощи эксперты давали на основе стандартов поликлинической помощи. За критерии оценки качества были взяты своевременность, полнота и обоснованность обследования, диагностики, качество лечения и консультативной помощи. Эксперты также высказывали свои замечания по качеству ведения и оформления карт амбулаторных и стационарных больных, по полноте рекомендаций, которые были даны больным врачами. Заключение экспертов были положены в основу оценки качества терапевтической помощи. Для экспертизы качества медицинской помощи привлекались заведующие терапевтическими отделениями ЦРБ, врачи-эксперты страховых организаций, имеющие достаточный организационный и лечебный опыт работы (не менее 10 лет).

На основе материалов исследования нами разработан комплекс мероприятий, направленных на повышение качества и доступности терапевтической помощи сельскому населению. Приводим перечень этих мероприятий: технология работы участковых терапевтов на амбулаторном приеме; информационное обеспечение участковых терапевтов и заведующих отделениями; непрерывное повышение квалификации врачей; планирование работы участковых терапевтов и заведующих отделениями; методика экспертной оценки качества терапевтической помощи; показатели и критерии оценки деятельности врачей и среднего медицинского персонала; обеспечение системы контроля за выполнением стандартов терапевтической помощи и порядков оказания медицинской помощи; проведение мониторинга удовлетворенности пациентов оказанной терапевтической помощью и др.

Для оценки эффективности этих рекомендаций в 2 ЦРБ (Магарамкентская, Курахская), был проведен организационный эксперимент, который длился 1 год (2016 г.). В этом периоде нами осуществлялся контроль за соблюдением его условий. По истечении указанного срока проведено повторное исследование качества терапевтической помощи с применением той же комплексной методики, что была использована при изучении фактически сложившихся организации и качества терапевтической помощи (метод экспертных оценок, социологический и др.), и осуществлен сравнительный анализ полученных данных.

## Результаты и обсуждение

Приводим результаты экспертной оценки по каждой исследуемой группе больных в терапевтических отделениях ЦРБ в сложившихся условиях и в эксперименте. Материалы экспертизы показали, что в результате внедрения комплекса мероприятий значительно улучшились качественные показатели в терапевтических отделениях. Так, в условиях эксперимента (табл.1) обследование больных в среднем по всем заболеваниям в  $74,6 \pm 1,4\%$  случаев проводилось в первые 2 дня против  $58,5 \pm 1,7\%$  в сложившихся условиях; в  $16,7 \pm 0,6\%$  случаев исследования проведены на 3–4 день (против 27,6%); у 8,5% больных обследование длилось 5–6 дней (против 13,8%). Особо возросла своевременность обследования больных

Таблица 1. Распределение больных по срокам обследования в терапевтических отделениях ЦРБ в сложившихся условиях и в эксперименте (в % к итогу)

| Заболевание                                  | Продолжительность обследования, дни |      |      |                |      |      |
|--|-------------------------------------|------|------|----------------|------|------|
|  | в сложившихся условиях              |      |      | в эксперименте |      |      |
|  | 1-2                                 | 3-4  | 5-6  | 1-2            | 3-4  | 5-6  |
| Гипертоническая болезнь                      | 52,0                                | 32,3 | 15,7 | 72,6           | 16,1 | 11,3 |
| Ишемическая болезнь сердца                   | 57,4                                | 32,5 | 10,1 | 76,5           | 16,8 | 6,7  |
| Ревматоидный артрит                          | 47,8                                | 44,3 | 7,9  | 70,3           | 24,4 | 5,3  |
| Пневмония                                    | 73,1                                | 14,5 | 12,4 | 83,7           | 8,1  | 8,2  |
| Бронхиты                                     | 80,2                                | 14,2 | 5,6  | 85,1           | 11,2 | 3,7  |
| Бронхиальная астма                           | 47,7                                | 28,0 | 24,3 | 73,9           | 14,0 | 12,1 |
| Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки | 41,0                                | 42,6 | 15,8 | 67,9           | 21,5 | 10,6 |
| Гастриты                                     | 59,0                                | 28,2 | 12,8 | 78,9           | 14,1 | 7,0  |
| Холестиститы                                 | 36,3                                | 41,9 | 21,8 | 67,6           | 20,9 | 11,5 |
| Нефриты                                      | 42,0                                | 39,3 | 18,1 | 69,8           | 19,7 | 10,4 |
| В среднем                                    | 58,5                                | 27,6 | 13,8 | 74,6           | 16,7 | 8,5  |
| M ± δ  | ±1,7                                | ±0,9 | ±0,6 | ±2,4           | ±0,6 | ±0,3 |

Таблица 2. Обоснованность сроков пребывания больных в терапевтических отделениях ЦРБ по данным экспертных оценок (в % к итогу)

| Заболевание   | В сложившихся условиях |               |              | В эксперименте |               |              |
|---|------------------------|---------------|--------------|----------------|---------------|--------------|
|   | достаточный            | недостаточный | затянувшийся | достаточный    | недостаточный | затянувшийся |
| Гипертоническая болезнь                             | 61,7                   | 28,2          | 10,1         | 79,5           | 18,8          | 1,7          |
| Ишемическая болезнь сердца                          | 60,4                   | 25,7          | 13,9         | 77,8           | 19,2          | 3,0          |
| Ревматоидный артрит                                 | 58,0                   | 33,6          | 8,4          | 73,5           | 22,9          | 3,6          |
| Пневмония   | 58,3                   | 32,1          | 9,6          | 83,9           | 4,3           | 2,1          |
| Бронхиты  | 72,6                   | 15,9          | 11,5         | 88,3           | 9,0           | 4,5          |
| Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки | 43,5                   | 40,3          | 16,2         | 76,5           | 18,2          | 5,3          |
| Гастриты  | 63,7                   | 22,0          | 14,3         | 81,8           | 14,3          | 3,9          |
| Холестиститы  | 55,8                   | 38,8          | 5,4          | 76,9           | 21,8          | 1,3          |
| Нефриты   | 51,7                   | 30,5          | 17,8         | 78,7           | 16,6          | 4,7          |
| В среднем   | 58,3                   | 29,7          | 11,9         | 79,7           | 16,9          | 3,4          |
| M ± δ   | ±1,8                   | ±1,7          | ±0,4         | ±2,7           | ±1,2          | ±0,2         |

с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой, холециститом и язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки. Число полностью обследованных в среднем по всем заболеваниям увеличилось с 67,4±1,9% до 90,3 ± 2,1%.

Улучшилась преэметивность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационаром. Так, удельный вес обследованных на догоспитальном этапе больных, направляемых в терапевтические отделения в плановом порядке, в среднем по всем заболеваниям увеличился с 60,7±2,1% до 86,2±1,8% ( $t > 2$ ), а дублирование в стационарах обследований, проведенных в поликлиниках, имело место лишь в единичных случаях (1,3% против 12,8%).

Обоснованность сроков пребывания больных в терапевтических отделениях базовых ЦРБ в сложившихся условиях и в эксперименте приведена в таблице 2. Из нее видно, что удельный вес больных с достаточными, по мнению экспертов, сроками лечения в условиях эксперимента в среднем увеличился с 58,3 ± 1,8% до 79,7

± 2,7% ( $t = 9,1$ ). Особенно это имело место у больных с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки, гастритом, холециститом и гипертонической болезнью. В то же время случаи с недостаточными сроками лечения сократились с 29,7 ± 1,7% до 16,9 ± 1,2% ( $t = 5,5$ ), а с затянувшимися сроками лечения – более 3 раз.

Значительно улучшилось качество лечения больных. Количество больных, которым проводилось, по мнению экспертов, полноценное лечение в среднем по всем заболеваниям составило 93,6±2,7% против 81,2±1,9% в сложившихся условиях. В условиях эксперимента улучшилось также качество оформления карт стационарных больных лечащими врачами (с 53,3% до 84%). Рекомендации врачам поликлиники при выписке больных из стационаров, в эпикризах, были даны в 77,4±1,8% случаев против 36,8±2,2%, а больным – в 81,3±1,7% случаев против 44,6±2,2% в сложившихся условиях. Расхождение диагнозов, установленных экспертами и врачами стационара по основным заболеваниям, уменьшилось с 5,6% до 2,4%.

Таблица 3. Качество ведения больных в терапевтических отделениях ЦРБ в сложившихся условиях и в эксперименте по данным экспертных оценок (в % к итогу)

| Заболевание   | В сложившихся условиях |              |                                    |              | В эксперименте      |              |                                    |              |
|---|------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|---------------------|--------------|------------------------------------|--------------|
|   | комплексное лечение    |              | контрольные анализы перед выпиской |              | комплексное лечение |              | контрольные анализы перед выпиской |              |
|   | закончено              | не закончено | проведены                          | не проведены | закончено           | не закончено | проведены                          | не проведены |
| Гипертоническая болезнь                             | 70,3                   | 29,7         | 68,8                               | 31,2         | 81,0                | 19,0         | 88,7                               | 11,3         |
| Ишемическая болезнь сердца                          | 73,0                   | 27,0         | 75,1                               | 21,9         | 82,2                | 17,8         | 93,5                               | 6,5          |
| Ревматоидный артрит                                 | 65,9                   | 34,1         | 71,4                               | 28,6         | 79,5                | 20,5         | 90,0                               | 10,0         |
| Пневмония   | 66,2                   | 33,8         | 82,5                               | 17,5         | 86,6                | 13,4         | 97,9                               | 2,1          |
| Бронхиты  | 83,8                   | 16,2         | 83,0                               | 17,0         | 97,0                | 3,0          | 91,8                               | 8,2          |
| Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки | 59,0                   | 41,0         | 66,9                               | 33,1         | 84,8                | 15,2         | 87,4                               | 12,6         |
| Гастриты  | 77,5                   | 22,5         | 78,3                               | 21,7         | 91,1                | 8,9          | 96,0                               | 4,0          |
| Холциститы  | 60,6                   | 39,4         | 77,0                               | 23,0         | 78,7                | 21,3         | 85,6                               | 14,4         |
| Нефриты   | 68,8                   | 31,2         | 80,4                               | 19,6         | 87,3                | 12,7         | 94,2                               | 5,8          |
| В среднем М ± δ                                     | 69,5±1,7               | 30,5±1,4     | 76,0±1,6                           | 24,0±1,2     | 85,4±1,3            | 14,6±0,5     | 91,7±2,4                           | 8,3±0,2      |

Динамика показателей качества ведения больных в терапевтических отделениях базовых ЦРБ в сложившихся условиях и в эксперименте приведена в таблице 3. Число больных, выписанных из отделений с законченным лечением, по заключению экспертов, в среднем увеличилось с 69,5±1,7% до 85,4±1,3% (t=7,6), а которым проводились контрольные анализы перед выпиской – с 76,0±1,6% до 91,7±2,4% (t=8,2). Удельный вес больных, осмотренных заведующими отделениями перед выпиской возрос с 21,7 ± 1,5% до 74,2 ± 1,6%.

Организация работы стационара начинается с организации работы приемного отделения. Анализ анкетных данных о времени ожидания больных в приемном отделении показал, что ожидали до 30 мин – 62,1%; от 30 мин до часа – 28,6%; от часа – до 2 часов – 8,4%; более 2 часов – 0,9%. Работой приемного отделения удовлетворены 83,2% больных, не удовлетворены – 16,8%.

Распределение ответов больных об удовлетворенности условиями в палате свидетельствует о том, что значительная часть больных (26,3%) не удовлетворена этими условиями. Основными причинами неудовлетворенности являются большое число больных в палате (47,7%), плохие санитарно-гигиенические условия (17,9%), недостаточная оснащенность мебелью (11,6%). Больше всего больных было не удовлетворено работой санитарок (24,7%), меньше – работой медицинских сестер (14,7%) и врачей (9,8%).

Наиболее значимыми причинами недовольства врачами явились: излишняя поспешность в работе (13,1%), неумение расположить к себе больного (9%), недостаточное внимание (3,2%). Анализ выявленной неудовлетворенности показал, что она является следствием нарушения этики и деонтологии в медицинском обслуживании.

Материалы исследования показали, что в результате внедрения комплекса мероприятий, улучшились так же и качественные показатели терапевтической помощи в поликлиниках ЦРБ. Так, в условиях эксперимента полнота обследования больных (табл. 4) в среднем по всем заболеваниям возросла с 65,4±3,3% до 81,3±4,2% (t = 5,0; p=0,00), особенно при гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и нефритах. В то же время количество не полностью обследованных больных в среднем сократилось почти в 2 раза (с 34,6% до 18,7%).

Своевременность и качество лечения больных с терапевтическими заболеваниями в поликлиниках ЦРБ в сложившихся условиях и в эксперименте представлены в таблице 5. В условиях эксперимента доля больных, которым лечение начато своевременно в среднем по всем заболеваниям возросла с 83±3,6% до 94,1±4,5% (t = 6,2; p=0,00). Особенно это имело место при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, пневмонии и бронхите. Доля больных, получивших полноценное лечение в среднем по всем заболеваниям в условиях эксперимента возросла с 76,4±4,5% до 85,2±6,2% (t=2,7; p=0,01). Одновременно доля лиц, получивших неполноценное лечение в среднем по всем заболеваниям, в условиях

Таблица 4. Полнота обследования больных у участковых терапевтов в поликлиниках ЦРБ в сложившихся условиях и в эксперименте по данным экспертных оценок (в %)

| Заболвание                                   | В сложившихся условиях |          | В эксперименте* |           |
|--|------------------------|----------|-----------------|-----------|
|  | полный                 | неполный | полный*         | неполный* |
| Гипертоническая болезнь                      | 64,9                   | 35,1     | 79,2            | 20,8      |
| Ишемическая болезнь сердца                   | 71,3                   | 28,7     | 86,4            | 13,6      |
| Ревматоидный артрит                          | 56,8                   | 43,2     | 68,9            | 31,1      |
| Бронхиты                                     | 70,9                   | 29,1     | 89,7            | 10,3      |
| Бронхиальная астма                           | 69,7                   | 30,3     | 87,8            | 12,2      |
| Пневмония                                    | 64,0                   | 36,0     | 78,6            | 21,4      |
| Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки | 64,8                   | 35,2     | 84,5            | 15,4      |
| Гастриты                                     | 62,6                   | 37,4     | 77,9            | 22,1      |
| Холеститы                                    | 55,5                   | 44,5     | 69,8            | 30,2      |
| Нефриты                                      | 73,3                   | 26,7     | 90,5            | 9,5       |
| В среднем                                    | 65,4±3,3               | 34,6±1,4 | 81,3±4,2        | 18,7±1,2  |

\*Во всех случаях  $t > 3$ ,  $p < 0,001$ .

эксперимента уменьшилась на 6,5%. Соответственно сократилась доля излишнего лечения в среднем в 2 раза (с  $4,5 \pm 0,3\%$  до  $2,2 \pm 0,4\%$ ;  $t = 2,98$ ;  $p = 0,04$ ).

Как известно, одним из критериев качества медицинской помощи является ее доступность. Изучение затрат времени на посещение поликлиники по данным анкетирования показало, что 42,4% посетителей затрачивают до 1 часа, 46,9% - до 2 часов и 10,7% - более 2 часов.

По материалам анкетирования, работой участковых терапевтов удовлетворены 81,3% опрошенных, не удовлетворены 15,6%, воздержались от ответа 3,1%. Из числа неудовлетворенных указали следующие причины: невнимательность, торопливость на приеме (30,1%); низкая квалификация врача (15,2%) и несвоевременное обслуживание вызовов на дому - 9,4%. Работой участковых медсестер удовлетворены 84,7% опрошенных, не удовлетворены 12,2%.

В условиях страховой медицины врачи должны знать вопросы обеспечения и повышения качества медицинской помощи (КМП). По данным анкетирования, на просьбу назвать действующие приказы по обеспечению и повышению КМП, большинство врачей и среднего медицинского персонала затруднились с ответом.

На вопрос: «Перечислите компоненты КМП» - более 2/3 врачей и все средние медработники затруднились с ответом, лишь 7,2% врачей смогли дать определение качества медицинской помощи и назвать его компоненты (адекватность, эффективность, экономичность и научно-технический уровень). Все это свидетельствует о недостаточных знаниях врачей и медицинских сестер по вопросам обеспечения и повышения КМП.

## Выводы

1. Исследование качества терапевтической помощи в стационарных и поликлинических отделениях ЦРБ выявило ряд дефектов: имело место несвоевременное и неполное обследование значительной части больных; не всегда лечение полноценное и законченное; зачастую не проводятся контрольные анализы перед выпиской из стационара; не соблюдается преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационаром.

2. В результате внедрения комплекса мероприятий по обеспечению качества медицинской помощи значительно улучшились качественные показатели терапевтической помощи в стационарных и поликлинических отделениях ЦРБ: в условиях эксперимента обследование больных в среднем по всем заболеваниям в 74,6% случаев проводилось в первые 2 дня против 58,5% в сложившихся условиях; полнота обследования больных в стационарах возросла на 22,8%, в поликлиниках - на 15,9%; удельный вес больных с достаточными, по мнению экспертов сроками лечения в среднем увеличился с 58,4% до 79,7%; доля больных получивших полноценное лечение в стационарах в среднем возросла на 12,4%, в поликлиниках - на 8,8%; число больных, которые выписались из отделений с законченным лечением в среднем увеличилось с 69,5% до 85,4%.

3. Изучение качества терапевтической помощи в отделениях ЦРБ, показало, что имеются значительные резервы для улучшения медицинской помощи сельскому населению, зависящие в первую очередь от уровня профессиональной подготовки медицинских кадров, работающих в сельской местности, рационального их использования, четко организованного контроля за их деятельностью и от наличия методических рекомендаций по управлению за качеством терапевтической помощи. ■

*Гаджиев Рашид Сейфиевич - доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДГМУ, Агаларова Луиза Саидахмедовна - доктор мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДГМУ, Махачкала. Автор, ответственный за переписку - Агаларова Луиза Саидахмедовна, 367003, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ушакова, д.9, кв. 10. Телефон моб.: 8-960-409-45-97, luiza\_agalarova@mail.ru*

Таблица 5. Своевременность и качество лечения больных у участковых терапевтов в поликлиниках ЦРБ в сложившихся условиях и в эксперименте (в %)

| Заболевание   | В сложившихся условиях |                |                  |              | В эксперименте       |                      |                     |                      |                      |
|---|------------------------|----------------|------------------|--------------|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
|   | лечение назначено      |                | качество лечения |              | лечение назначено    |                      | качество лечения    |                      |                      |
|   | своевременно           | несвоевременно | полноценно       | неполноценно | своевременно         | несвоевременно       | полноценно          | неполноценно         |                      |
| Гипертоническая болезнь                             | 85,9                   | 14,1           | 66,9             | 29,1         | 96,7                 | 3,3                  | 77,0                | 20,9                 |                      |
| Ишемическая болезнь сердца                          | 80,7                   | 19,3           | 78,0             | 18,8         | 94,5                 | 5,5                  | 86,5                | 11,6                 |                      |
| Ревматоидный артрит                                 | 82,2                   | 17,8           | 74,9             | 22,0         | 91,3                 | 8,7                  | 82,4                | 15,8                 |                      |
| Псориаз   | 89,7                   | 10,3           | 82,5             | 13,8         | 98,2                 | 1,8                  | 91,3                | 7,1                  |                      |
| Бронхиты  | 85,4                   | 14,6           | 83,1             | 12,0         | 95,0                 | 5,0                  | 92,1                | 5,4                  |                      |
| Бронхиальная астма                                  | 83,0                   | 17,0           | 73,8             | 22,8         | 93,8                 | 6,2                  | 80,6                | 18,0                 |                      |
| Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки | 76,9                   | 23,1           | 73,7             | 20,1         | 89,7                 | 10,3                 | 82,0                | 14,8                 |                      |
| Гастриты  | 77,6                   | 22,4           | 76,8             | 16,8         | 92,4                 | 7,6                  | 83,3                | 13,3                 |                      |
| Холциститы  | 85,8                   | 14,2           | 78,9             | 15,2         | 96,1                 | 3,9                  | 90,2                | 7,8                  |                      |
| Нефриты   | 82,7                   | 17,3           | 75,6             | 20,3         | 92,9                 | 7,1                  | 86,4                | 11,9                 |                      |
| В среднем ...                                       | 83,0±3,6               | 17,0±2,1       | 76,4±4,5         | 19,1 ±2,2    | 94,1±4,5             | 5,9±0,8              | 85,2±6,2            | 12,6±2,7             |                      |
| t, p по сравнению со сложившимися условиями         |                        |                |                  |              | t = 6,2<br>p = 0,000 | t = 6,1<br>p = 0,000 | t = 2,7<br>p = 0,01 | t = 2,8<br>p = 0,012 | t = 2,98<br>p = 0,04 |

Литература:

1. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Качество медицинской помощи и его обеспечение (анализ, оценка и контроль). Учебное пособие. – Махачкала, ООО «Издательство «Лотос», 2017. – 152 с.
2. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2011. – 456 с.
3. Линденбратен А.Л. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и проблемы управления качеством медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. М., 2012. – С.37-39.
4. Матвицын Н.О., Шпилянский Э.М., Баранов А.И. Компоненты системы управления качеством медицинской помощи. Вестник Росздравнадзора. М., 2015. 6: 28-33.
5. Мурашко М.А. Качество медицинской помощи: новый вектор развития. Вестник Росздравнадзора. М., 2015, 6: 7-11.
6. Саитгареева А.А., Бударин С.С., Волкова О.А. Показатели и критерии оценки медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах. Вестник Росздравнадзора. М., 2015. 6: 12-23.
7. Серегина И.Ф., Боброва С.В., Иванов И.В. Состояние организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в субъектах Российской Федерации. Вестник Росздравнадзора. М., 2015. 6: 34-37.
8. Старченко А.А., Макарова И.Г., Яковлева С.Я., Гончарова Е.Ю., Комарец Ю.Н. Экспертиза медицинской помощи в свете нового законодательства об охране здоровья граждан. Менеджер здравоохранения, 2012. 6: 54-63.