

**Аналитическая справка по работе с дефектами
в системе управления качеством медицинской помощи
(в том числе разбор обращений граждан и НОК)
За 6 месяцев 2023 года**

В соответствии с международными и национальными стандартами РФ в области управления качеством в том числе ГОСТ Р ИСО 9000-2015, ГОСТ Р ИСО 9001-2015, ГОСТ Р ИСО 9004-2010, ГОСТ Р 53092-2008, ГОСТ Р ИСО 19011-2012, приказом МЗ РФ «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях» №154 от 21.05.2002г., методическими рекомендациями №202/140 от 20.12.2002г. «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений» (разработанных в соответствии с приказом МЗ РФ №154 от 21.05.2002г.), приказом МЗ СК № 05-02/179 от 01.06.2004 года «О внедрении в работу лечебно-профилактических учреждений края методических рекомендаций МЗ РФ №2002/92 «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ» и «Индустриальные методы управления качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях №2003/1102, на основании Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказа Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020г. №785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 13.11.2019г. №01-05/1188 «О создании служб по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности», приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» и в целях обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

Анализ анкетирования (НОК):

За 6 месяцев 2023 года количество опрошенных:

всего – 575 человек

на бумажном носителе составило – 128 человек

Проведено анкетирование работников учреждения – 147 человек (100%)

Количество разборов результатов анализа анкетирования граждан на общих планерках, совещаниях 6 – 100%.

100% респондентов полностью удовлетворены качеством медицинского обслуживания в амбулаторных условиях ГБУЗ СК «КГСП».

Интерактивное голосование – 300 человек.

В 2023 году ТФОМС СК было проведено анкетирование пациентов ГБУЗ СК «КГСП».

Общий показатель удовлетворенности в размере составил 84,1%, что выше целевого значения критерия, установленного Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории СК на 2023 год (в пределе 82,5%).

Анализ социологического мониторинга (анкетирования) способствует определению степени удовлетворенности доступностью и качеством предоставляемой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования различным социальным, возрастным группам и категориям населения, застрахованным по ОМС.

В целом результат анкетирования, сложившийся как совокупный показатель ответов респондентов на вопросы анкеты, свидетельствует о хорошем качестве медицинской помощи, предоставляемой ГБУЗ СК «КГСП». По всем вопросам анкеты уровень удовлетворенности колеблется от 80,0% до 87,5%.

В результате анкетирования за 6 месяцев выявлены нарушения – 0 – 100%

Количество разработанных корректирующих мероприятий на II квартал 2023г – 0 – 100%

Таким образом, корректирующие мероприятия, проведенные в IV квартале 2022 года способствовали положительной динамике, улучшили показатели анкетирования.

Внутренний экспертно-аналитический контроль:

Работа с дефектами осуществляется на всех этапах оказания стоматологической помощи и является частью реализации системы внутриведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Первый уровень — внутренний контроль

Внутренний контроль подразделений (I) - контроль качества осуществляет заведующий отделением.

Второй уровень(II)

Внутренний экспертно-аналитический контроль - контроль качества осуществляет заместитель главного врача по медицинской части.

Третий уровень (III а) — внутренние проверки Учреждения, осуществляет Комиссия по контролю качества и безопасности медицинской деятельности и **III б** уполномоченный по качеству.

Четвертый уровень (IV) - анализ со стороны высшего руководства и принятие управленческих решений осуществляет главный врач.

За 6 месяцев 2023 года пролечено 20233 пациента, проведено – 27334 экспертиз (на III уровнях).
Процент охваченных экспертизой случаев I уровень - 21012 – 76% (средняя ОКЛ – 0,99), II уровень - 6303 – 30% (средняя ОКЛ – 0,99).

Проведено экспертиз:

Зав.отделениями (I уровень) – 21012 – 76%

Зам по мед.части (II уровень) – 6304 – 30%

Комиссия по внутреннему контролю качества (III уровень) – 19 – 100%, из них 11 карт – проверка ведения медицинской документации; 8 карт – по обращению пациентов

Выявлено нарушений:

Зав.отделениями (I уровень) – 305 – 1% (дефекты ведения историй болезни)

Зам по мед.части(II уровень) – 71 – 1% (дефекты ведения историй болезни)

Комиссия по внутреннему контролю качества (III уровень) – 0 – 0%

Количество разработанных корректирующих мероприятий на III квартал – 1 – 100% (заведующим отделений провести дополнительные занятия с врачами по ведению историй болезни).

Исполненные корректирующие мероприятия в 2022 году дали положительные результаты, так как нет прежних ошибок (у врача Узденова М.Б. ведение историй болезни без дефектов).

Всего актов по результатам вневедомственных экспертиз- 403

Актов СОГАЗ – 328

Актов Ингосстрах – М - 74

Актов МЭЭ ТФОМС СК – 0

Актов ЭКМП ТФОМС СК – 0

Межтерриториальных актов ТФОМС – 1

Акты страховых компаний МЭЭ – 21

Акты страховых компаний ЭКМП – 73

Количество выявленных нарушений в – 1 – 0,7% (несвоевременное назначение диагностических исследований)

Количество разработанных корректирующих мероприятий по разбору актов СМО на III квартал – 1 – 100% (провести заведующим отделений разбор клинических протоколов с врачами, у которых выявлены нарушения: Каспарова А.С., Гроссберг И.В., Корниенко В.А.)

Заседания Врачебной комиссии и комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности:

Количество заседаний врачебной комиссии – 11

Количество плановых заседаний врачебной комиссией – 6 -100%

Количество внеплановых заседаний – 5 - 100% (4 заседания, совместно с комиссией по внутреннему контролю качества, по поводу служебных расследований по обращения граждан, 1 заседание, совместно с комиссией по внутреннему контролю качества, по разбору актов страховых компаний)

Заседаний комиссии по внутреннему контролю качества – 31 (100%)

Количество плановых заседаний по внутреннему контролю качества – 24 – 100%, из них

Количество протоколов по ИСМП – 6 (100%) – проверена работа отделений: тер.отделение №1, тер.отделение №2, ортопедическое отделение (зуботехническая лаборатория), детское отделение
Количество выявленных нарушений за 6 месяцев 2023 года – 1(снижение темпа плановой иммунизации сотрудников)

Разработано корректирующих мероприятий – 1 – 100% (1.Усилить меры по своевременному выявлению, диагностики кори. 2.Усилить контроль за своевременным предоставлением экстренных извещений на каждый случай подозрения на корь в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в СК» 3.Усилить контроль за своевременной иммунизацией сотрудников (двукратной иммунизацией против кори подлежащих прививкам сотрудников от 18 до 35 лет, взрослым 18-55 лет групп риска).

Количество заседаний по разбору внутрибольничного травматизма – 2 (100%) – проверены помещения по адресам: Курортный бульвар, д.7; ул. Широкая, д.24

Вывод: Нарушений не выявлено.

Количество протоколов комиссии по прекурсорам – 3 (100%) из них:

Плановых – 2,

внеплановый – 1 (проверка соблюдения требований по обороту прекурсоров и спиртосодержащей продукции)

Вывод: Нарушений не выявлено. Журналы ведутся в соответствии с текущим законодательством.

Отчет сформирован и своевременно отправлен.

Количество протоколов по формулярной комиссии – 3 (100%)

Разработан формулярный перечень на 2023 год. При закупке лекарственных средств за 6 месяцев 2023г. отклонений от формулярного перечня не было.

Вывод: нарушений не выявлено.

Количество протоколов по итогам показателей оценки критериев качества оказания медицинской помощи – 6 (100%) - тер.отделение №1, тер.отделение №2, детское отделение

Вывод: нарушений не выявлено.

Количество протоколов по итогам работы комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, оценка результата экспертиз амбулаторных карт пациентов, анализ выполнения плана по НОК – 2 (100%)

Количество плановых заседаний по внутреннему контролю качества – 24

План по НОК на I и II кварталы исполнены на 100%.

Выявленные нарушения – 0

Количество протоколов по анализу анкетирования – 2 (100%)

Всего выявлено нарушений – 0

Количество внеплановых заседаний по внутреннему контролю качества – 7 – 100%, из них

Протоколов по снятию страховых компаний – 2 – 28%

Протоколов по обороту прекурсоров – 1 – 14%

Количество протоколов по обращениям граждан – 4 – 57%

Обращения граждан:

Зарегистрировано обращений граждан за 6 месяцев 2023 года – 8, из них жалоб – 4 – 50%

Из них обоснованных – 1 – 25% (врач Батаев А.Б. оказал медицинскую помощь не в полном объеме, не качественно и не безопасно не в соответствии с клиническими рекомендациями, порядком и стандартами оказания стоматологической помощи взрослому населению).

Вынесено дисциплинарных взысканий – 1 (замечание – врачу-стоматологу Батаеву А.Б.)

Количество выявленных нарушений за 6 месяцев – 1 – 25%

Количество запланированных мероприятий на II квартал – 0 – 100%

За аналогичный период 2022 года обращений граждан было зарегистрировано больше – 9.

Факты и обстоятельства, создающие угрозу причинения или повлекшие причинение вреда жизни или здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи - 0

Количество разработанных корректирующих мероприятий на III квартал – 1 – 100% (заведующему терапевтическим отделением №1 Каграманову Э.С. провести дополнительное занятие с врачом Батаевым А.Б. по разбору клинических рекомендаций)

Для уменьшения количества жалоб проведены дополнительные тренинги с медицинским персоналом по взаимодействию с пациентами. Всего проведено 6 тренингов – 100% (всего участвовало 75 человек)

Вывод: По результатам внутреннего контроля за 6 месяцев 2023 года, принятые корректирующие мероприятия в 2022 году улучшили показатели качества и безопасности оказания медицинской помощи в ГБУЗ СК «КГСП» и прежних нарушений не выявлено.

Итого: количество корректирующих мероприятий на III квартал – 4 – 100%

План на III квартал 2023 год:

1. Добиться исполнения корректирующих мероприятий на 100%
2. Довести до сотрудников выявленные нарушения.
3. Добиваться исполнения плана по НОК в срок.
4. Стремиться к снижению показателей по жалобам пациентов.
5. Обеспечить надлежащее качество медицинской помощи пациентам.
6. Стремиться поднять рейтинг учреждения в целом по краю.

Главный врач

Исп: заместитель главного врача
по медицинской части Степанова
тел: 8(87937) 3-31-10



А.А. Чекунов