

**АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ ПО ИСПОЛНЕНИЮ ПЛАНА  
РАБОТЫ ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩЕЙ КОМИССИИ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ  
КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ГБУЗ СК «КГСП»  
за 1 квартал 2026 ГОД**

**1. Организация оказания медицинской помощи:**

Обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрения причин возникновения несоответствия качества, оказываемой медицинской помощи указанным критериям.

Ежемесячно проводилась оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества, оказываемой медицинской помощи указанным критериям качества врачей-стоматологов, зубных врачей, медицинских сестер, медицинская сестра физиокабинета, рентгенолаборантов, зубного техника, работающего с врачом-ортодонтом, регистраторов, заведующих отделениями.

Средние показатели качества работы (оказания медицинской помощи) за 1 квартал 2026 год – 99% (ОКЛ – 0,99).

**2. Проверка организации и работы регистратуры:**

Во время проверки установлено:

1. Приказ ГБУЗ СК «КГСП» №56 от 12.01.2026г «О порядке оказания медицинских услуг на платной основе в 2026 году, о финансовой и трудовой дисциплине»- соблюдается.

2. Чек-лист для проверки соблюдения положения по предоставлению платных медицинских услуг- разработан и утвержден.

3. Проверка организации и работы отделений и регистратуры:  
по соблюдению положения по платным услугам в терапевтическом №1, терапевтическом №2, детском и ортопедическом отделениях и в регистратуре 30.03.2026 и на основании чек-листа.

Проверено: наличие прејскуранта, наличие «Положения по платным медицинским услугам и предоставляемым населению в рамках реализации программ добровольного медицинского страхования» на стенде и сайте учреждения, правильность заполнения договоров на оказание платные услуги, обязательное предоставление чека потребителю, соблюдение правил расчета за платные услуги в кассе, правильность заполнения договора.

В отделениях по адресу Курортный бульвар 7:

терапевтическое №1,  
ортопедическое отделения

в регистратуре

30.03.2026

– нарушений не выявлено

В отделениях по адресу Широкая 24  
терапевтическом №2

детском

ортопедическом отделения

в регистратуре

30.01.2026

– нарушений не выявлено

Вывод: на основании проведенного аудита и чек-листа: нарушений не выявлено.

**3. Организация оказания медицинской помощи:**

В учреждении проведение экспертизы случаев оказания медицинской помощи проводится на I, II, III уровнях. Согласно приказа №16 от 12.01.2026:

I уровень – Зав. тер. отд. №1 Каграманов Э.С.

Зав. тер. отд. №2 Гейвандов Ю.Г.

Зав. орт. отд. - Акаев Д.Г

II уровень -

Зам. гл. врача по мед. части Степанова С.О.

III уровень – комиссия по ВнККиБМД

За 1 квартал 2026 год пролечено 4305 пациентов, проведено –4366 экспертиз (на III уровнях).

Процент охваченных экспертизой случаев I уровень - 3358 – 75% (средняя ОКЛ – 0,98), II уровень - 1007– 29% (средняя ОКЛ – 0,99),

III уровень – 1 – 0,01% (средняя ОКЛ – 0,99)

Вывод: показан высокий уровень оказания медицинской помощи, т.к. среднее ОКЛ составляет 0,99.

#### **4. В рамках организации системы управления персоналом**

4.1. В течение 1 квартала в качестве предупреждения нарушений при оказании медицинской помощи, проводился разбор жалоб, обращений постоянно, в том числе в ПОС.

- Разбор жалоб проводится по мере поступления (постоянно совместно с ВК).

Зарегистрировано всего обращений граждан за 1 квартал 2026 год – 9 (из них обоснованных – 1)

Из них обращений граждан, отработанных в ПОС – 9

Обращений Колл-центр - 0

Устное обращение – 0

Жалоба – 1.

Из них обращений граждан, отработанных в ПОС – 8

3 - технический сбой программы – невозможна онлайн запись к врачу, не работают «Госуслуги» – с людьми связались, пациенты назначены на прием, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме; 4 – обращения по поводу отсутствия организации по адресу прикрепленного учреждения на сайте «Госуслуг» (у пациентов прописка другого района) с людьми связались, пациенты назначены на прием, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме

1 - обращение; пациентка была у врача, лечилась в филиале по ул. Широкая, 24, уведомление пришло с официального адреса Курортный б-р,

из них обоснованных – 0

Обращений Колл-центр - 0

Устное обращение – 0

Жалоб – 1

(Нарушение алгоритма идентификации личности: данные в истории болезни не соответствуют данным пациента)

– вопрос с пациентом разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме однофамильцу)

Всего нарушений выявлено – 1.

Вынесено дисциплинарных взысканий – 1

Разработан план корректирующих мероприятий на 2 квартал 2026г. – 2 – 100%

Корректирующие мероприятия:

А. Заведующим отделений проработать алгоритм двойной идентификации пациентов со всеми медработниками.

Б. Системному администратору продолжить контактировать с операторами «ГОСУСЛУГИ», (поданы соответствующие заявки) чтобы не допускать сбой в программе, проверять доступность талонов в режиме онлайн, добиться внесения изменений в названии учреждения на ГОСУСЛУГАХ.

В. Заведующему терапевтическим отделением №2 Гейвандову Ю.Г. внимательно проверять ведение историй болезней пациентов врачом-стоматологом Шагинян А.К.

4.2 Проведен анализ анкет на бумажном носителе и разработка корректирующих мероприятий за I квартал 2026г. В анкетировании участвовали 210 человек, в среднем удовлетворенность составила 80%

Проведено анкетирование работников учреждения – 74 человека. Условиями работы удовлетворены 90% работников учреждения.

Вывод: По итогам анкетирования регулярно проводились заседания комиссии по внутриведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности с последующим анализом и разработкой, при необходимости, корректирующих мероприятий.

Удовлетворенность составила 80%.

42 человека ответили, что скорее удовлетворены, чем неудовлетворены качеством обслуживания в учреждении.

Разработан план корректирующих мероприятий на 2 квартал 2026г. – 1 – 100%

Корректирующие мероприятия:

А. Медработникам продолжить совершенствовать качество оказываемой помощи населению города и добиться показателей удовлетворенности качеством обслуживания в учреждении с показателем близким к 100%.

#### **5. В рамках организации системы управления персоналом**

Проверено соблюдение этических и деонтологических норм, включающих в себя доброжелательность и вежливость медицинскими работниками. Проведены тренинги с медицинским персоналом по соблюдению этики и деонтологии-присутствовало 47 человек.

#### **6. В рамках обеспечения безопасной среды в учреждении-**

Улучшена доступная среда для инвалидов (продублированы таблички «Касса» и «Регистратура» шрифтом Брайля).

**7. Ежеквартально и по мере необходимости проводилась совместная работа с врачебной комиссией и медицинскими страховыми компаниями, а именно:**

Проводился учет и разбор анализа по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, совместно с ВК :

7.1 Проводился совместный анализ с членами врачебной комиссии клинико-экспертных ошибок снятий СМО и ТФОМС – ежеквартально и по мере необходимости. Разрабатывались корректирующие мероприятия (совместно с ВК) по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании.

Всего запрошено первичной медицинской документации за 1 квартал 2026 год – 207

Всего актов за 2025 год - 12

Актов СОГАЗ – 2

Актов Ингосстрах – М - 8

Актов МЭЭ ТФОМС СК – 1

Актов ЭКМП ТФОМС СК – 1

Межтерриториальных актов ТФОМС – 0

Акты страховых компаний МЭЭ – 8

Акты страховых компаний ЭКМП – 2

Количество выявленных нарушений за 1 квартал 2026 года СМО – 0 – 0% (наличие признаков искажения сведений, предоставленных в медицинской документации – исправления; ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий – отсутствует рентгеновских снимков в медицинской документации)

Проведено служебных расследований по снятию СМО – 0 – 100%

Запланировано корректирующие мероприятия на 2 квартал 2026 года- 0-100%

7.2 Регулярно проводился совместный анализ с членами врачебной комиссии обращений и жалоб пациентов. Проведено 1 совместное заседание- служебное расследование по поводу жалобы.

#### **Вывод:**

Выполнены запланированные корректирующие мероприятия в I квартале 2026г. – 3 – 100%

Нарушений и жалоб за 1 квартал 2026 года, выявленных ранее в 2025 году, не обнаружено, таким образом корректирующие мероприятия способствовали улучшению.

#### **План корректирующих мероприятий на 2 квартал 2026 год:**

1. Обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрения причин возникновения несоответствия качества, оказываемой медицинской помощи указанным критериям.
2. Заведующим отделений проработать алгоритм двойной идентификации пациентов со всеми медработниками.
3. Системному администратору продолжить контактировать с операторами «ГОСУСЛУГИ», (поданы соответствующие заявки) чтобы не допускать сбой в программе, проверять доступность талонов в режиме онлайн, добиться внесение изменений в названии учреждения на ГОСУСЛУГАХ.
4. Заведующему терапевтическим отделением №2 Гейвандову Ю.Г. внимательно проверять ведение историй болезней пациентов врачом-стоматологом Шагинян А.К.
5. Медработникам продолжить совершенствовать качество оказываемой помощи населению города и добиться показателей удовлетворенности качеством обслуживания в учреждении с показателем близким к 100%.

Главный врач

