

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

**За 2023 год**

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 клиничко-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях» №154 от 21.05.2002г., методическими рекомендациями №202/140 от 20.12.2002г. «Учет, оценка и анализ клиничко-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 создана комиссия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (подкомиссия ВК).

За 2023 год пролечено 55889 пациент, проведено – 54364 экспертизы (на III уровнях). Процент охваченных экспертизой случаев I уровень - 41358 – 74% (средняя ОКЛ – 0,98), II уровень - 12891 – 31% (средняя ОКЛ – 0,99).

В 2023 году комиссией по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности были проведены следующие мероприятия:

- Проведена плановая проверка (аудит) соблюдение порядка выдачи листков нетрудоспособности совместно с ФСС и комиссией по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. В ходе проверки проверены: медицинские карты пациентов за период с 2020 по 2022гг., которым были выданы листки нетрудоспособности. Проверено 9 историй болезни с листками нетрудоспособности.

Нарушений не выявлено.

- Ежеквартально проводился анализ профилактики травматизма.

Нарушений не выявлено.

- Ежемесячно проводится оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.

Нарушений не выявлено.

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

Зарегистрировано обращений граждан за 2023 год –14, из них жалоб – 5 (проведено служебных расследований совместно с ВК)

Из них обоснованных – 1 ( на платные услуги) ( 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 - II квартал 2023 года).

Вынесено дисциплинарных взысканий – 1 (замечание – врачу-стоматологу Батаеву А.Б. – II квартал 2023 года)

Необоснованных:

- 1 на организацию медицинской помощи ( ребенок пришел на прием в выходной день без сопровождения взрослых и не нашел кабинет).

- 1 на доступность медицинской помощи (пациент требовал записать его к врачу, который находился в отпуске, альтернатива его не устроила).



- 2 на оказание платных услуг ( 1 – пациентка просила выдать договор на оказание платных услуг до оплаты, 1 – пациентка требовала протезирование на бесплатной основе (ортопедические услуги не входят в тарифное соглашение по ОМС)).

- Разбор результатов экспертиз страховых организаций – по мере поступления.

Всего актов за 2023 год - 1057

Актов СОГАЗ – 595

Актов Ингосстрах – М - 304

Актов МЭЭ ТФОМС СК – 0

Актов ЭКМП ТФОМС СК – 0

Межтерриториальных актов ТФОМС – 1

Акты страховых компаний МЭЭ – 66

Акты страховых компаний ЭКМП – 91

Количество выявленных нарушений во II квартале – 1 – 0,8% (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.)

Количество выполненных корректирующих мероприятий по разбору актов СМО в III квартале – 1 – 100% (актов по снятию СМО – 0 за III квартал)

В IV квартале корректирующие мероприятия дали положительный результат, снятий по МЭЭ и ЭКМП – 0.

Прежние ошибки не повторялись.

- Проведена плановая проверка совместно с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и комиссией по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. В ходе проверки проверено санитарно-эпидемиологическое состояние учреждения.

Выявлено нарушение – 1 - в некоторых помещениях (Б. Курортный, д. 7 в помещениях ЦСО, зуботехнической лаборатории; ул. Широкая, д. 24 в помещении коридора, каб. №8 детский, зуботехническая лаборатория) учреждения стены, полы не устойчивы к уборке влажным способом с применением моющих и дезинфицирующих средств.

Разработано 1 корректирующее мероприятие по устранению нарушений на II квартал 2024 года (провести ремонт: Б. Курортный, д. 7 в помещениях ЦСО, зуботехнической лаборатории; ул. Широкая, д. 24 в помещении коридора, каб. №8 детский, зуботехническая лаборатория).

- Проведена внеплановая проверка совместно с Прокуратурой г. Кисловодска и комиссией по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. В ходе проверки проверено исполнение требований законодательства здравоохранения, пожарного и санитарно-эпидемиологического законодательства.

Выявлено нарушение – 1 – выявлены лекарственные препараты, не прошедшие маркировку.

Разработано 1 корректирующее мероприятие на I квартал 2024 года (провести обучение по маркировке мед сестры Шмайло О.С.).

Ежеквартальное анкетирование пациентов, интерактивное анкетирование, наличие листка предложений способствует выявлению и устранению основных недочетов в работе с пациентами поликлиники.

Уровень удовлетворенности пациентов по анкетированию на бумажном носителе составил 90%.

На 2024 год запланировано провести внутренний аудит следующих служб:

- лекарственной безопасности;
- эпидемиологической безопасности.

Главный врач

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



А.А. Чекунов