

**АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ ПО ИСПОЛНЕНИЮ ПЛАНА
РАБОТЫ ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩЕЙ КОМИССИИ
ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ГБУЗ СК «КГСП» ЗА 2025 ГОД**

В рамках организации оказания медицинской помощи:

1. 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.

Проводится оценка качества работы (оказания медицинской помощи) согласно 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 2025 год – 99% (ОКЛ – 0,99).

2. В связи с подготовкой к проверке Роспотребнадзора во II квартале 2025г. проведен аудит, с использованием чек-листов эпидемиологической безопасности (26.06.2025г.)

А) Соблюдена эпидемиологическая безопасность в отделениях главного корпуса поликлиники, в расположенного по адресу: бульвар Курортный, д.7. сделаны защитные фартуки в кабинетах около раковин (в рамках корректирующих мероприятий на 2025 год).

Б) Соблюдена эпидемиологическая безопасность в зуботехнической лаборатории

В) Соблюдена эпидемиологическая безопасность в структурном подразделении поликлиники по адресу ул. Широкая, д.24. в коридорах установлены шкафы для инвентаря, в кабинете стерилизации проведен текущий ремонт(в рамках корректирующих мероприятий на 2025 год).

Своевременная вакцинация сотрудников проведена на 100%.

Всего запланировано корректирующих мероприятий на 2025 год – 1 – 100%

Проведена проверка ТО Управление Роспотребнадзора по СК с 19.11.2025г. от 02.12.2025г.

Нарушений не выявлено – Акт №103 от 02.12.2025г.

Вывод: на основании проведенной проверки и чек-листа: нарушений не выявлено.

3. В связи с низкими показателями в 2024г. был разработан план корректирующих мероприятий на 2025 год: провести аудит, с использованием чек-листов хирургической безопасности на 1 квартал 2025г. – проведен 25.03.2025г.

Разработан и утвержден главным врачом алгоритм идентификации пациентов.

А) Соблюдена хирургическая безопасность в отделениях главного корпуса поликлиники, в расположенного по адресу: бульвар Курортный, д.7

Б) Соблюдена хирургическая безопасность в структурном подразделении поликлиники по адресу: ул. Широкая, д.24

Заведующими отделений проводились ежеквартально тематические проверки, в том числе по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний (подтвержденных биопсий за 1 квартал 2025г. больше чем в 2024 году).

Вывод: на основании проведенной проверки и чек-листа: нарушений не выявлено. Запланированные корректирующие мероприятия на 2025 год – выполнены на 100%.

4. В рамках организации оказания медицинской помощи ежеквартально проводились заседания по оценке итогов экспертизы случаев оказания медицинской помощи в учреждении.

А) За 2025 год пролечено 27614 пациентов, проведено – 46553 экспертиз (на III уровнях). Процент охваченных экспертизой случаев I уровень - 35804 – 100% (средняя ОКЛ – 0,98), II уровень - 10737– 30% (средняя ОКЛ – 0,99), III уровень – 12 – 0,01% (средняя ОКЛ – 0,99)

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

Б) 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, провести аудит по качеству оформления медицинских историй болезни.

Всего запрошено первичной медицинской документации за 2025 год – 831

Всего актов за 2025 год - 84

Актов СОГАЗ – 13

Актов Ингосстрах – М - 35

Актов МЭЭ ТФОМС СК – 6

Актов ЭКМП ТФОМС СК – 0

Межтерриториальных актов ТФОМС – 0

Акты страховых компаний МЭЭ – 15

Акты страховых компаний ЭКМП – 40

Количество выявленных нарушений за 2025 года СМО – 2 – 0,7% (наличие признаков искажения сведений, предоставленных в медицинской документации – исправления; ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий – отсутствуют рентгеновских снимков в медицинской документации)

Проведено служебных расследований по снятию СМО – 2 – 100%

Разработано корректирующих мероприятий на I квартал 2026 года – 1 – 100%

Корректирующие мероприятия:

1. Заведующим отделений провести дополнительные занятия с врачами по недопущению исправлений в медицинской документации.

2. Заведующим отделений провести дополнительные занятия с врачами по недопущению отсутствия рентгеновских снимков в медицинской документации.

5. В рамках организации системы управления персоналом отслеживалось выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, что послужило снижению жалоб.

А) 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 2025 год – 17 (обоснованных – 0)

Из низ обращений граждан, отработанных в ПОС – 8

Обращений Колл-центр - 7

Устное обращение – 1

Жалоба – 1.

Из низ обращений граждан, отработанных в ПОС – 8 (технический сбой программы – онлайн запись к врачу – с пациентом связались, выдан талон, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 1 обращение; не работают «Госуслуги» – с пациентами связались, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 5 обращения; обращение по поводу отсутствия талонов к конкретному доктору, но талон был, просто пациентка решила, что так записаться быстрее, с пациенткой связались, выдан талон, 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, 7 - с пациентами связались, вопрос разрешен – 1 обращение), из них обоснованных – 0

Обращений Колл-центр - 7

(технический сбой программы – онлайн запись к врачу – с пациентом связались, выдан талон, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 1 обращение; выяснение информации по поводу заполнения согласия на обработку персональных данных – с пациентом связались, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 1 обращение; звонили на неправильный номер (по регистрации входящих вызовов такого номера не было), с пациенткой связались, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 1 обращение; требовала сделать рентген без направления врача, пациентку осмотрел заведующий отделением и выдал направление на рентген, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 1 обращение; пациентка звонила по неправильному номеру - пациенткой связались, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 1 обращение; у пациентки талон был с 14 до 15, она пришла в 14.40, время ожидания 15 минут - пациенткой связались, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 1 обращение; отказа в медицинской помощи пациентке не было, зуб удален - пациенткой связались, вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме – 1 обращение).

Устное обращение – 1 (на оказание платных медицинских услуг – вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме, нарушений не выявлено. Проведено служебное расследование совместно с ВК).

Жалоб – 1 (на оказание платных медицинских услуг – вопрос разрешен, медицинская помощь оказана в полном объеме, нарушений не выявлено. Проведено служебное расследование совместно с ВК).

Проведено служебных расследований по разбору обращений граждан, совместно с ВК - 2

Из них обоснованных жалоб – 0 (за 2025 год)

Вынесено дисциплинарных взысканий – 0

Разработан план корректирующих мероприятий на IV квартал 2025г. – 1 – 100%

Выполнены корректирующие мероприятия в IV квартале 2025г. – 1 – 100%

Системному администратору продолжить контактировать с операторами «Ксаму», чтобы не допускать сбой в программе, проверять доступность талонов в режиме он-лайн.

Корректирующие мероприятия на 2026 год:

1. Разработать и утвердить чек-лист по контролю соблюдения платных услуг.
2. Заведующим отделений провести аудит в I квартале 2026 года по соблюдению правил платных услуг с медицинскими работниками.

Вывод: Нарушений и жалоб за 2025 год, выявленных ранее в 2024 году, не обнаружено, таким образом корректирующие мероприятия способствовали улучшению.

Б) Ежеквартально поддерживалось качество оказания медицинской помощи путем анализа анкет по оценке качества условий оказания услуг пациентам в амбулаторных условиях, анализа анкетирования работников учреждения, клинико-экспертных ошибок.

За 2025 год количество опрошенных (анкетируемых):

Всего на бумажном носителе пациентов и работников учреждения – 800 человек

на бумажном носителе пациентов составило – 680 человек, в том числе:

Мужчин – 278 респондентов; Женщин – 402 респондента

В среднем 80% респондентов полностью удовлетворены качеством медицинского обслуживания в амбулаторных условиях ГБУЗ СК «КГСП».

Проведено анкетирование работников учреждения – 120 человек. 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%.

6. В рамках организации системы управления персоналом проведены тренинги (2 раза за 2025 г.) с медицинским персоналом по соблюдению этики и деонтологии. Присутствовало (в общем за год) – 71 сотрудник.
7. В рамках обеспечения безопасной среды в учреждении улучшить доступную среду для инвалидов. План по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания медицинских услуг (НОК) на 2025 год выполнен на 100% за 2025г.
В рамках проверки НОК в 2025 году выявлен недостаток: продублировать таблички «Касса» и «Регистратура» шрифтом Браиля (улучшить навигацию).

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 (всего проведено 4 заседания):

1. Проводился совместный анализ с членами врачебной комиссии клинико-экспертных ошибок снятий СМО и ТФОМС – ежеквартально и по мере необходимости – проведено 2 служебных расследования.
2. Регулярно проводился совместный анализ с членами врачебной комиссии обращений пациентов (проведено служебных расследований – 2).

Вывод: корректирующие мероприятия, запланированные на 2025 год, выполнены на 100%.
Корректирующие мероприятия дали положительный результат, так как нарушения, выявленные в 2024 году, не повторялись за 2025 год.

План корректирующих мероприятий на 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. В рамках организации медицинской помощи заведующим отделений регулярно проводить дополнительные занятия с врачами по недопущению исправлений в медицинской документации.

3. В рамках организации работы регистратуры разработать и утвердить чек-лист для проверки договора оказания платных медицинских услуг. Заведующим отделений провести аудит в I квартале 2026 года по соблюдению положения платных услуг в регистратуре.
4. В рамках обеспечения безопасной среды в учреждении улучшить доступную среду для инвалидов. По выявленным недостаткам в рамках НОК улучшить навигацию: продублировать таблички «Касса» и «Регистратура» шрифтом Брайля в I квартале 2026 года.

Главный врач



А.А. Чекунов