

**Сводный отчет
по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской
деятельности в государственных учреждениях здравоохранения Ставропольского края
(для МО стоматологического профиля)
ГБУЗ СК «Кисловодская городская стоматологическая поликлиника»**

(наименование медицинской организации)

за 2024 года

(отчетный период)

№ п/п	Разделы/ уровни	Наименование направления деятельности	Количество о	%
1. Работа Службы (отдела, уполномоченного лица) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности				
1.	Характеристика службы	Наименование службы: Состав службы: Уполномоченное лицо (ФИО, приказ, контакты)	КОМИССИЯ Степанова Светлана Олеговна, Приказ №15 от 09.01.2024г. «О порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» тел.: 8-87937-3-31-10	
1.1	Плановая работа	Приказ об утверждении плана: Количество утвержденных/ проведенных плановых проверок	12	80%
		Количество выявленных нарушений/несоответствий		
		Количество разработанных корректирующих мероприятий		
		Контрольные мероприятия: количество выполненных мероприятий		
		Количество аудитов	8	100%
		Количество внедренных в учреждении СОП	4	100%
		Количество заседаний по оценке эффективности ВнККиБМД	4	100%
1.2	Внеплановая Работа	Количество целевых (внеплановых) проверок	5	100%
		в том числе:		
		при наличии отрицательной динамики статистических данных	3	60%
		по разбору жалоб и обращений граждан	2	40%
		в случаях внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством	0	0%
		Количество выявленных нарушений/несоответствий	4	80%
		Количество разработанных корректирующих мероприятий/ предписаний	4	100%

		Контрольные мероприятия: количество выполненных предписаний	4	100%
1.3	Тематические проверки, в т.ч. по контролю достижения целевых показателей федеральных и краевых программ развития здравоохранения	Количество тематических проверок, в т.ч.:		
		- по оценке организации и качества оказания стоматологической помощи отдельным категориям граждан		
		- по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний	4	100%
		Количество выявленных нарушений/несоответствий		
		Контрольные мероприятия: количество исполненных мероприятий		
		Количество заседаний по рассмотрению результатов проверок	4	100%
1.4	Учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности	Количество выявленных фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи		
		Количество разработанных корректирующих мероприятий		
		Контрольные мероприятия: количество выполненных мероприятий		
2. Работа врачебной комиссии				
2.1	Оценка взаимодействия врачебной комиссии (ВК) и Службы ВнККиБМД	Количество запланированных заседаний ВК по вопросам Внутреннего ККиБМД:	8	
		Количество проведенных плановых заседаний по ВнККиБМД	8	
		Количество внеплановых заседаний ВК по взаимодействию ВК и Службы ВнККиБМД	5	
		Количество протоколов заседаний по разбору внутрибольничных инфекций/ количество случаев	4/0	
		Количество протоколов заседаний по разбору внутрибольничного травматизма/ количество случаев	4/0	
		Количество протоколов заседаний по разбору нежелательных и ятрогенных осложнений/ количество случаев		
		Количество разборов летальных исходов у пациентов, рассмотренных в рамках ВнККиБМД		
		Количество обращений граждан рассмотренных в рамках ВнККиБМД	2	100%
2.2	III уровень контроля - количество проведенных экспертиз	Количество экспертиз медицинских карт стоматологического больного	12	100%
		Количество выявленных нарушений/несоответствий		
		Средняя оценка качества медицинской помощи пациентам (ОКЛ)	0,98	
		Количество случаев, направленных для работы уполномоченному (в службу) по ВнККи БМД	1	8%
		Количество случаев, поступивших на рассмотрение от уполномоченного (из службы) по ВнККи и БМД		
		Количество заседаний по оценке эффективности взаимодействия ВК и службы ВнККиБМД	1	100%
2.3	Структура	Дефекты ведения медицинской		

	дефектов на 3 уровне внутреннего контроля	документации		
		Несоблюдение Клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи		
		Несоблюдение Порядков оказания медицинской помощи		
		Несоблюдение маршрутизации пациентов		
		Несоблюдение сроков оказания медицинской помощи		
		Дефекты профилактической работы		
		Количество дефектов медицинской помощи, оказавших влияние на срок лечения и исход заболевания		
3. Удовлетворенность пациентов				
3.1	Работа с обращениями граждан	Количество обращений граждан всего	14	
		в том числе количество жалоб	2	
		Структура жалоб:		
		на организацию медицинской помощи	0	
		на доступность стоматологической помощи	0	
		на качество медицинской помощи	0	
		на этику и деонтологию	1	
		на оказание платных услуг	1	
		из общего количества жалоб – обоснованных *	1	
		Принятые меры по разбору обращений и жалоб граждан:	2	
		проведено служебных расследований	2	100%
вынесено дисциплинарных взысканий	1			
проведено семинаров по профилактике жалоб и конфликтов	2			
3.2	Изучение удовлетворенности пациентов качеством условий оказания медицинской помощи	количество респондентов, принявших участие в анкетировании за анализируемый период	360	
		Количество обращений граждан отработанных в ПОС	6	
		количество разборов результатов анализа анкетирования и обращений граждан на общих планерках, совещаниях.	4	
4. Работа с персоналом медицинской организации				
4.1	Анкетирование работников медицинской организации	Количество анкет за анализируемый период	216	100%
		Количество выполненных мероприятий по результатам анкетирования работников медицинской организации*	0	
4.2	Коммуникация работников медицинской организации с пациентами	Количество проведенных тренингов по взаимодействию с пациентами, между сотрудниками	2	100%

Главный врач

Исполнитель:
заместитель главного врача
по медицинской части
Степанова С.О.



А.А. Чекунов