

**Сводный отчет
о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности
в ГБУЗ СК «Александровская РБ» за 2024 год**

№	Наименование показателя	Количество
1. Плановые проверки		
1.1.	Проведено плановых проверок, за период	18
1.2.	количество проверок, запланированных на период:	18
1.3.	Процент выполнения плана проверок на период	100
1.4.	количество плановых проверок, проведенных с нарушением сроков	-
1.5.	количество плановых проверок, в ходе которых выявлены нарушения	5
1.6.	количество выявленных нарушений, в ходе плановых проверок:	13
2. Целевые (внеплановые проверки)		
2.1	Проведено плановых проверок, за период в том числе:	6
2.2.	при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности	3
2.3.	при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медпомощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан	3
2.4.	в случае летальных исходов	3
2.5.	в случае внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством	0
2.6.	количество целевых проверок, проведенных с нарушением сроков	0
2.7.	количество целевых проверок, в ходе которых выявлены нарушения	0
2.8.	количество выявленных нарушений, в ходе целевых проверок:	1
3. Выявленные в ходе проверок нарушения		
3.1	наличия в медицинской организации нормативных правовых актов регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности	Имеются
3.2.	оказания медпомощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медпомощи, с учетом стандартов медпомощи, на основе клинических рекомендаций	Назначение препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛС, отсутствие протоколов ВК для их обоснования, отсутствуют результаты обследования на тропонин и прокальцитонин
3.3.	взаимодействия медицинской организации с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медпомощь, центрами медицины катастроф	Замечаний нет
3.4.	соблюдения безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах медицинской организации и (или) переводе в другую медицинскую организацию)	Замечаний нет
3.5.	преимущества оказания медпомощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации	Отсутствует этапный эпикриз, в выписных эпикризах

		отсутствует наименовани е препаратов и их дозировка, не во всех сложных клинических случаях проведена ТМК
3.6	получения ИДС гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медработником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медпомощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медпомощи	Незаполнен ы ИДС на проведение медицинских вмешательств (ФГДс, репозиция)
3.7	наличия локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медпомощи в экстренной форме	Имеется
3.8	сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств	Соблюдается
3.9	своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания	ДА
3.10	обеспечения экстренного оповещения и (или) сбора медработников, не находящихся на дежурстве	ДА
3.11.	возможности вызова медработников к пациентам, в том числе в палаты	ДА
3.12	оказания гражданам медпомощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медпомощи в экстренной форме	ДА
3.13.	возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в медицинских организациях, оказывающих медпомощь в стационарных условиях	ДА
3.14.	безопасной деятельности клиничко-диагностической лаборатории	ДА
3.15.	обеспечения соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций	ДА
3.16.	обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях	ДА
3.17.	безопасного применения лекарственных препаратов	ДА
3.18.	обеспечения эпидемиологической безопасности	ДА
3.19.	длительности пребывания пациента в медицинской организации, оказывающей медпомощь в стационарных условиях	Согласно стандартам
3.20.	соответствия на всех этапах оказания медпомощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации	ДА
3.21.	безопасного применения медизделий	ДА
3.22.	при хирургических вмешательствах (подготовка пациента к оперативному вмешательству, ведение пациента в предоперационном периоде, в палате пробуждения и послеоперационном периоде, при проведении перевязок) и профилактика рисков, связанных с ними	ДА
3.23.	При облегчении боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или)	ДА

	медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами	
3.24.	при обращении донорской крови и (или) ее компонентов	ДА
3.25.	при организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации	ДА
3.26.	при обеспечении ухода при оказании медпомощи	Замечаний нет
3.27.	при организации мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни соответствующими структурными подразделениями	Замечаний нет
3.28.	при раннем выявлении онкологических заболеваний	Выявлено 11 запущенных случаев онкозаболеваний
3.29.	при организации работы регистратуры	
3.30.	при управлении потоками пациентов, в том числе при первичном обращении	Замечаний нет
3.31.	при функционировании медицинской информационной системы медицинской организации	Работа в электронной карте в полном объеме
3.32.	при информировании граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет", об осуществляемой медицинской деятельности и о медработниках медицинской организации, об уровне их образования и об их квалификации	Замечаний нет
3.33.	при проведении профилактических медосмотров, диспансеризации	Неполный анамнез заболевания, не указан сопутствующий диагноз, не верно указана группа здоровья. В некоторых случаях отсутствуют результаты анализов крови на ПСА, гликированный гемоглобин, пациент не направлен на 2 ой этап диспансеризации.
3.34.	при организации диспансерного наблюдения, в том числе за женщинами в период беременности	В некоторых случаях --

		отсутствует кратность диспансерного наблюдения. Несвоевременное взятие на диспансерный учет пациентов, перенесших острую сосудистую патологию
3.35.	при проведении вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям	В отдельных случаях не было осмотра перед проведением вакцинации
3.36.	при работе дневного стационара в соответствии с порядками оказания медпомощи	Замечаний нет
3.37.	при обеспечении профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медработников, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников медицинской организации	Замечаний нет
3.38.	при обеспечении доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медпомощи, стандарты медпомощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников медицинской организации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медпомощи и их пересмотре	Обеспечены
3.39	всего выявлено нарушений:	13
4. Учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медработников)		
4.1.	Произошло нежелательных событий, повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан, а также приведших к удлинению сроков оказания медпомощи	Замечаний нет
4.2.	Произошло нежелательных событий, повлекших причинение вреда жизни и здоровью медработников	Замечаний нет
5. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий, анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакциях		
5.1	Проведено мероприятий по мониторингу наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медпомощи, с учетом стандартов медпомощи и на основе клинических рекомендаций	Замечаний нет
5.2	Выявлено фактов нарушения обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями	Замечаний нет
5.3.	передано сообщений о случаях побочных действий, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов	Замечаний нет

5.4.	передано сообщений о случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медизделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медизделий между собой, о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медработников при применении и эксплуатации медизделий, сообщаемой медорганизацией	Замечаний нет
6. Мероприятия, направленные на повышение качества и безопасности медицинской деятельности		
6.1.	Разработано предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов	13
6.2.	Проведено совещаний	13
6.3.	Проведено конференций, в том числе:	6
6.4.	клинико-анатомических	2
6.5.	проведено клинических разборов	2
6.6.	иных организационных мероприятий	4

Отчет о проведении проверки ГБУЗ СК «Александровская РБ» за 2024 год

1. Общие сведения

1.	Дата проведения проверки	По плану
2.	Основание проверки	Приказ «О создании комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Александровская РБ»»
3.	Вид проверки	плановая
4.	Состав группы специалистов	Зам.главного врача по КЭР Тумакова Т.Н. Зам.главного врача по АПР Арсунухаева З.Х. Главная медсестра больницы Чемеркина М.А. Врач паллиативной помощи Счастный А.Н. Зав.хирургическим отделением

		Якухно С.Н. Зав.организационно-методического отдела Маркина Т.И. Врач-эпидемиолог Нестерова Т.И. Зам.главного врача по медицинской части Чурилов Н.А.
5.	Структурные подразделения, участвующие в проверке	Все отделения стационара и АП звена
6.	Источники информации, используемые в проверке	Бумажные ,электронные

2. Отчет о выявленных несоответствиях

Несоответствие/отклонение	Заключение	Рекомендации
2.2 при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности	Причины смертности от болезней нервной системы: коморбидность пациентов(наличие сопутствующих патологий-ИБС,сахарный диабет,онко); пациенты,перенесшие повторные инсульты, отсутствие приверженности к лечению,средний возраст-75 -88 лет. Причины смертности от болезней пищеварения(умершие в трудоспособном возрасте за пределами района-30 %, 8 %имели сопутствующую патологию-ИБС,с нарушением ритма, 62 %-причина пагубное употребление алкоголя,состояли на учете у нарколога	Соблюдение кратности диспансерного наблюдения(приказ 168н).Своевременное взятие на диспансерный учет пациентов,перенесших острую сердечно-сосудистую патологию.Проведение ТМК пациентов пациентов с БСК.Патологоанатому-корректность кодировки причин смерти от болезней системы пищеварения(пагубное употребление алкоголя)
2.3 при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медпомощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и	По результатам служебных проверок жалобы оказались необоснованными	Провести врачебные совещания по вопросам этики и деонтологии

здоровью граждан		
3.2 оказания медпомощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медпомощи, с учетом стандартов медпомощи, на основе клинических рекомендаций	Назначение препаратов не входящих в перечень ЖНВЛС, отсутствие протоколов ВК для их обоснования, отсутствуют результаты обследований на тропонин и прокальцитонин	Соблюдение стандартов по диагностике и лечению пациентов
3.33 при проведении профилактических медосмотров, диспансеризации	Неполный анамнез заболевания, не указан сопутствующий диагноз. В некоторых случаях отсутствуют результаты анализов крови на ПСА, гликированный гемоглобин, пациент не направлен на 2 ой этап диспансеризации, неверно указана группа здоровья	Соблюдение приказа МЗ РФ №404н от 27.04.2021 г.
3.5 преемственности оказания медпомощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации	Отсутствует этапный эпикриз. В выписных эпикризах отсутствует наименование препаратов и их дозировка, не во всех сложных клинических случаях проведена ТМК	Оформление историй болезни согласно приказа МЗ РФ №530н от 05.08.2022 г.
3.28 при раннем выявлении онкологических заболеваний	Выявлено 11 запущенных случаев онкозаболеваний: отказ пациента от обследования, скрытая бессимптомная форма заболевания, пациент проживал за пределами района	Продолжить активную диспансеризацию и профосмотры населения
3.34 при организации диспансерного наблюдения, в том числе за женщинами в период беременности	В некоторых случаях - отсутствует кратность диспансерного наблюдения. Несвоевременное взятие на диспансерный учет пациентов, перенесших острую сосудистую патологию	Соблюдение приказа МЗ РФ ,168н(диспансеризация и профосмотры), усилить работу школ здоровья («Школа АГ» с максимальным охватом пациентов, страдающих данной патологией)
3.35 при проведении вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям	В отдельных случаях не было осмотра перед проведением вакцинации	Соблюдение приказа МЗ РФ №1122 от 06.12.2021, Ф3 №157 от 17.09.1998 г

1. Общая оценка соответствия медицинской организации заявленным требованиям

Оказание медицинской помощи пациентам по всем нозологиям проводится согласно действующим клиническим рекомендациям, с незначительными

замечаниями по ведению медицинской документации. Санитарно-гигиеническое состояние структурных подразделений РБ соответствует действующим Сан-ПиНам.

2. Заключение группы специалистов

Выявленные нарушения подлежат устранению в течение 30 календарных дней, часть замечаний устранена в процессе проверки

Заведующим всех структурных подразделений:

усилить контроль по заполнению всех разделов первичной медицинской документации лечащим врачом, средним мед. персоналом, регулярно проводить инструктаж с медицинскими работниками по соблюдению этики и деонтологии.

Проведены корректирующие мероприятия:

- обучен врач по проведению ЭХО-кардиографии,
- закуплены дополнительно 2 аппарата СМАД-ЭКГ, обучен врач по функциональной диагностике,
- заключены договора со сторонними организациями на проведение исследований :тропонин, прокальцитонин,
- врачи обеспечены клиническими рекомендациями в электронном виде,
- проведены занятия с врачами по порядкам оформления медицинской документации,
- проведены дополнительные занятия с врачами по соблюдению маршрутизации согласно приказа,
- разработаны и внедрены в работу чек-листы по раннему выявлению онкозаболеваний (патология молочных желез, ЖКТ, предстательная железа, видимые локализации),
- продолжить проведение ТМК пациентам в сложных клинических случаях с краевыми ЛПУ, активизирована работа школ здоровья
- отремонтирован, доукомплектован колоноскоп,
- заведующие отделениями и врачи АПП обеспечены перечнем обследований, необходимых для плановой госпитализации,

УКЛ по РБ за 2024 год-0,98

1-й уровень-0,95

2-й уровень-0,97

3-й уровень-0,99

Удовлетворенность оказанием МП в РБ-92 %

Председатель: Зам.главного врача по КЭР
Зам.главного врача по АПР
Главная медсестра больницы
Врач паллиативной помощи
Зав.хирургическим отделением
Зав.организационно-методического отдела
Врач-эпидемиолог
Зам.главного врача по медицинской части

Тумакова Т.Н
Арсунухаева З.Х.
Чемеркина М.А.
Счастный А.Н.
Якушно С.Н
Маркина Т.И.
Нестерова Т.И.
Чурилов Н.А.

**Аналитическая справка
по результатам внутреннего КК и БМД в ГБУЗ СК
«Александровской РБ» за 2023- 2024 год.**

Характеристика качества зависит от средств и условий обеспечения медицинского учреждения, медикаментозного обеспечения, наличия оборудования, финансов, уровня подготовки и обеспеченности врачебными кадрами.

В соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом МЗ СК № 01-05/657 от 05.10.2010г. «Об утверждении положения о системе управления качеством МП в ЛПУ СК», приказа МЗ РФ от 05.05.2012г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности ВК медицинской организации», приказ МЗ РФ № 785н от 31.07.2020г. «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Александровская РБ» проводится по случаям медицинской помощи: законченные случаи; текущая экспертиза, целевая экспертиза. Экспертному контролю подлежат истории болезни, амбулаторные карты, карты вызовов скорой медицинской помощи.

Контроль качества МП проводится на 3-х уровнях

- 1 – зав. отделением
- 2 – зам. главного врача
- 3 – Врачебная комиссия РБ

За 2023- 2024 года на всех уровнях контроля качества проведено 11257 экспертиз.

I. Плановая работа службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности

1.1. Проведено плановых проверок - 59, согласно утвержденного графика.

Цель: обеспечение безопасности пациента и мед. персонала.

Выявленные нарушения:

- в ходе проверок в родильном и гинекологическом отделениях выявлены схожие нарушения, связанные с назначением препаратов, не входящих в список ЖНВЛС, отсутствие протоколов ВК для их обоснования и выписные эпикризы не содержат наименование препаратов и их дозировки, так же данные назначения в единичных случаях так зарегистрированы в детском отделении.
- при хирургических вмешательствах (подготовка пациента к оперативному вмешательству, ведение пациента в предоперационном периоде, в палате

пробуждения и послеоперационном периоде, при проведении перевязок) и профилактика рисков, связанных с ними. В ходе проверок в 5 историях отсутствовал предоперационный осмотр лечащим врачом, этапный эпикриз.

- при получении ИДС гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медработником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медпомощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медпомощи. В хирургическом отделении нарушения выявлены в трех текущих историях. В терапевтическом, инфекционном и педиатрическом отделениях нарушения, связанные с неправильным оформлением ИДС на медицинское вмешательство (всего 6) встречались в закрытых случаях.

- при функционировании медицинской информационной системы медицинской организации - в хирургическом отделении все сотрудники работают с электронной медицинской картой, по итогам проведенных занятий 100% сотрудник в отделения работает в электронной карте, в терапевтическом и инфекционном отделении все сотрудники работают в электронной карте, однако не все разделы ее используют: не ведется полностью или частично электронный лист назначений. Сотрудники ОСМП с марта 2023 года внедрили в работу электронную карту вызова. На сегодняшний день 100% карт оформляется в электронном варианте. В 2023 году не все сотрудники в терапевтическом и хирургическом отделениях работают с электронной медицинской картой.

- при обращении донорской крови и (или) ее компонентов - нарушения оформления документации, нет определения фенотипа

- оказания медпомощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медпомощи, с учетом стандартов медпомощи, на основе клинических рекомендаций. В инфекционном отделении при лечении пациентов с гастроэнтеритами отсутствует обследование на нора- и астровирусы, нет посевов крови на стерильность.

В терапевтическом отделении у пациентов с БСК уменьшилось количество нарушений связанных с отсутствием обследований на тропонин, ДСБЦА, ЭХО КГ, СМАД и ЭКГ.

- в отделение ОАиР выявлено два нарушения связанных с несвоевременным оформлением ИДС постановка ЦВК и в единичных случаях отсутствуют ТМК с краевыми учреждениями.

Разработаны и реализованы корректирующие мероприятия:

- обучен врач по проведению ЭХО-КГ, ДСБЦА исследований;
- закуплены и введены в эксплуатацию 2 аппарата для проведения СМАД и ЭКГ – обучен врач по функциональной диагностике;

- заключены договора на проведение исследований со сторонними (ООО «Инвитро», ООО «Хеликс») организациями – тропонин, прокальцитонин.
- врачи обеспечены клиническими рекомендациями.
- проведены занятия с врачами по порядкам оформления медицинской документации.
- проведены занятия с врачами по порядкам оформления протоколов трансфузии и показаний для гемотрансфузии.
- ежеквартальные занятия по итогам проведения экспертиз, с разбором выявленных нарушений и их соответствия клиническим рекомендациям – всего 6-ть занятий, результаты – уменьшение количества ошибок при оформлении медицинской документации.

Разработано и внедрено РБ за 2024 г. 96 новых СОПов :

Проведены проверки по их соблюдению – 9.

В результате проверок, выявлены нарушения 3 манипуляциям:

- проведение в/м инъекций;
- обработка инъекционного поля;
- по обращению с медицинскими отходами.

Разработано 3 корректирующих мероприятия:

- проведены доп. занятия с сотрудниками;
- чек-лист по соблюдению эпид. безопасности,
- чек-лист по лекарственному обеспечению.

Результаты плановых проверок отражены в актах ВКК и БМД, подписаны членами комиссии, заведующими структурными подразделениями, присутствующими при проведении проверок. В последующем акты представлялись на рассмотрении главному врачу.

Проведено 3 контрольных мероприятий, все предписания выполнены/устранены. По результатам мероприятий, выявленные нарушения устранены. Контроль проводится ответственными лицами в структурных подразделениях (заведующие отделениями) параллельно с контролем уполномоченного по ВКК и БМД. Мониторинг продолжается.

1.2. Проведено 25 тематических проверок, в том числе:

1.2.1. По профилактике, снижению заболеваемости и смертности от ССЗ - 15, выявлено нарушений - 8 (несоблюдение сроков постановки пациентов перенесших острые коронарные события на диспансерный учет). Контроль по выявленным нарушениям проводится постоянно, заместителем главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи.

1.2.2. По профилактике, раннему выявлению и снижению смертности от онкологических заболеваний – 10.

Корректирующие мероприятия:

1. С целью оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС, инсультом соблюдается маршрутизация в сосудистые центры г. Ессентуки, г. Ставрополя. Контроль возложен на заместителя главного врача по медицинской части путем непосредственного участия в организации перевода пациентов данной категории в специализированные учреждения (ПСО и РСЦ Ставропольского края).

За 2024 года и мес 2025 года пациентов с ОКС- 54 чел. и инсультами – 134 чел.

Отправлено согласно маршрутизации - 167 чел. (116 с инсультами, 51 с ОКС).

Остальные не были направлены по причине отказа пациента (его родственников), по причине не транспортабельности пациента (18 человек с ОНМК) и превышения сроков от начала заболевания (3 человека, с диагнозом острого инфаркта миокарда, поступившие в стационар после не менее чем 3-х суток от начала заболевания). Данным пациентам проведены ТМК. За 2024 год и 5 мес. 2025 года проведено 518 ТМК пациентам со сложными клиническими случаями. Транспортировка санавиацией пострадавших после ДТП - 11 случаев.

2. На догоспитальном этапе 26 пациентам с ОКС проведена тромболитическая терапия, в остальных случаях сроки от начала заболевания превысили допустимые нормативы – более 12-ти часов.

3. Организован переход на количественное определение тропонина при верификации сомнительных, клинически стертых форм инфаркта миокарда.

4. Ежемесячно осуществляется выезд сосудистого хирурга ГБУЗ СК «СККБ» для оказания специализированной помощи пациентам, осмотрено 591 пациент, выявлено 253 заболевания, пациенты направлены на дообследование и лечение в ГБУЗ СК «СККБ», с последующим взятием на «Д» учет., с июня 2024 года принят на работу сосудистый хирург.

5. По программе «Кардиология» пациенты, перенесшие ОИМ со стентированием, ОНМК, с нарушением ритма обеспечены бесплатными лекарственными препаратами: выписано 7505 рецептов, 824 пациентам.

6. За 2023-2024 год и 5 мес 2025 года план по «Д» и профилактическим осмотрам населения выполнен на 100%.

В ходе диспансеризации впервые выявлено 1692 заболевания, из них БСК – 181 чел. Пациенты взяты на диспансерный учет. Разработаны планы лечебных и реабилитационных мероприятий.

7. По профилактике и раннему выявлению и снижению смертности от онкологических заболеваний проведено 8 проверок. Проведен анализ 95 амбулаторных карт пациентов с впервые выявленными онкозаболеваниями.

Выявлено 18 случаев запущенности онкозаболеваний.

Причины:

-отказ пациента от обследования на амбулаторном этапе (5 случаев);

-несвоевременное обращение пациента за медицинской помощью (7случаев), сопровождавшиеся скрытыми бессимптомными формами онко – заболевания;

- несоблюдение и невыполнение необходимых обследований в рамках Клинических рекомендаций (1 случай из 18) – проведен разбор случая, вынесены дисциплинарные наказания виновным;

-пациент проживает за пределами района-5 случаев

Корректирующие мероприятия:

-продолжить активную диспансеризации и проф.осмотры населения;

-выезд в отдаленные населенные пункты района (ФАПы, Врачебные Амбулатории) специалистов районной поликлиники в рамках программы «За здоровье» с целью раннего выявления заболеваний. За 2024 год и 5 мес 2025 годаосуществлено 142 выезда, осмотрено – 12106 чел, впервые выявлено – 509 неинфекционных (БСК, ЦВБ, Болезни ЖКТ, онкопроцесс (6 случаев) заболеваний; 8 выездов специалистов ККБ, осмотрено 911 человек

-Разработаны и внедрены в работу 4 чек-листа по раннему выявлению онкозаболеваний (Патология молочных желез, ЖКТ, предстательной железы и видимых локализаций);

-проводился разбор каждого запущенного случая (всего 12 случаев);

-в ходе проведения диспансеризации выявлено 9 случаев с подозрением на онкозаболевания, для дальнейшего обследования пациенты направлены в КОД, в 7 случаях диагноз подтвержден.

1.3.3. Согласно плану, заместителем главного врача по лечебной работе, главной медсестрой РБ, помощником эпидемиолога проводились тематические проверки по соблюдению сан-эпид. режима, по контролю качества питания, по биологическим авариям, соблюдение СОПов.

Выявлены нарушения: некачественные продукты, доставленные поставщиком – 1 случай.

Корректирующие мероприятия:

- проводится претензионная работа с недобросовестными поставщиками (1 случай). По итогам – внесен в список недобросовестных поставщиков.

-продолжается работа по разработке СОПов по отделениям – разработано 6 новых СОПов: Уход за трахеостомой; Уход за колостомой и калоприемником; Удаление инородного тела из конъюнктивы глаза; Зондирование желудка и его промывание; Санация гнойной раны; Проведение внутривенной урографии.

1.4. Выявленных фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и мед.работников не зарегистрировано.

II. Проведено 5 запланированных заседаний ВК.

Анализ нарушений при проведении ККМП на II уровне и СМО, первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте, летальность и смертность в РБ.

Выявлены следующие нарушения:

- неполное и некачественное обследование пациентов при направлении на МСЭ – устранено путем проведения тематических (два) занятий по правилам оформления пациентов на МСЭ;
- по итогам заседания ВК по летальности и смертности вынесены замечания врачам по причинам несвоевременного представления пациентов на маршрутизацию (1 случай), позднем диагностировании состояний, которые опосредованно привели к ухудшению общего состояния пациента (2 случая).

Проведено заседаний врачебных подкомиссий – 46, в том числе:

- 1) Заседания подкомиссии по ВБИ – 2, случаев ВБИ за 6 мес. 2023 год не было.
- 2) По внутрибольничному травматизму – случаев не было;
- 3) Мед.отводы по вакцинации – 8;
- 4) КИЛИ – 12;
- 5) ВМП -12;
- 6) По лекарственному обеспечению – 4.

Случаев нежелательных и ятрогенных осложнений за 6 месяцев 2023 года выявлено не было.

12 протоколов заседания КИЛИ – на которых рассмотрены 73 случая летальности. Выявлено: поздняя диагностика состояний, которые опосредованно привели к ухудшению общего состояния пациента (2 случая).

За анализируемый период на III уровне проведено 152 экспертизы:

Внеплановые заседания ВК- 8:

- запущенные случаи онкозаболеваний;
- качество оказания мед.помощи;
- лекарственное обеспечение в рамках ДЛО;
- направления на МСЭ;
- иммунизация.

Выявлены нарушения:

- неполное обследование пациента с подозрением на онкозаболевание;
- несвоевременное направление пациентов на МСЭ;
- несвоевременное оформление заявки по ДЛО;
- не соблюдена маршрутизация пациента;
- дефекты оформления документации при приведении вакцинации

Корректирующие мероприятия:

- разработаны и внедрены в работу врачей чек-листы, выпущены флаеры, размещена информация для населения на сайте РБ по раннему выявлению онкозаболеваний;

- проведены занятия с врачами по соблюдению требований по соблюдению направления пациента на МСЭ (Постановление Правительства РФ № 588н от 05.04.2022г.);

- при необходимости отправляется доп. заявка в МЗ СК на лекарственное обеспечение;

- проведены занятия с врачами по оформлению медицинской документации – осмотры перед вакцинацией. ИДС на проведение вакцинации

В структуре дефектов основную долю занимает:

1.Оформление медицинской документации – 14,2%.

Корректирующие мероприятия:

- проведено занятие с медицинским персоналом врачей о работе в МИС (КСАМУ): ведение электронного документооборота – истории болезни, амбулаторные карты, внедрение в работу Приложений Приказа 530Нн МЗ РФ.

2.Проведение диагностических мероприятий – 12,5%;

Причины: отсутствие обследования в РБ – КТ, спирография, ДСБЦА, ЭХО КГ, СМАД, несвоевременное проведение необходимых обследований.

Корректирующие мероприятия:

- обучен врач по проведению ЭХО-КГ, ДСБЦА исследований;

- закуплены и введены в эксплуатацию 4 аппарата для проведения СМАД и ЭКГ – обучен врач по функциональной диагностике;

- закуплена и введена в эксплуатацию лапароскопическая стойка в хирургическом отделении;

- отремонтирован, доукомплектован и введен в эксплуатацию колоноскоп;

- врачи обеспечены клиническими рекомендациями в электронном виде;

- заведующими отделениями и врачи АПП обеспечены перечнем обследований, необходимых для плановой госпитализации,

- в апреле 2025 года в РБ введен в эксплуатацию КТ-аппарат

3.Экспертизы и освидетельствования – 9,7% (ЭВН. МСЭ).

Корректирующие мероприятия:

- ежемесячно проводятся занятия с врачами по ЭВН (приказ 1029 н от 23.11.2021г.) согласно плана, с принятием зачета;

- разбор дефектов при направлении пациентов на МСЭ (постановление Правительства № 588 от 05.04.2022г. «О правилах признания лица инвалидом».

2.4. Количество случаев оказания медицинской помощи с нарушениями по результатам экспертизы качества, проводимых СМО составляет 9% от всех экспертиз. По всем случаям выявленных нарушений проводились разборы в структурных подразделениях. Выявлено: оформление ИДС на медицинское вмешательство с грубыми нарушениями (отсутствие подписи пациента, врача); Отсутствие согласия на проведение диагностических лечебных мероприятий, не включенных в Перечень (Согласие разработано и внедрено); использование медицинским персоналом корректоров при оформлении медицинской документации; Неполное обследование при проведении профосмотров несовершеннолетних.

УКЛ по РБ за 12 месяцев - 0,98:

1-й уровень – 0,95

2-й уровень – 0,97

3-й уровень – 0,99

III . Удовлетворенность пациентов.

3.1. Работа с обращениями граждан.

Количество обращений за 2023-2024 и 5 мес.2025 года – 95, в т.ч. количество жалоб – 8, структура жалоб – организация мед.помощи – 2 (отсутствие в штате РБ постоянного врача-офтальмолога и кардиолога).

Корректирующие мероприятия:

- принят на работу по совместительству на 0,5ставки врач-офтальмолог,
- выделены дополнительные талоны на консультацию в краевые ЛПУ, проводятся ТМК пациентам с кардиологической патологией

6 случаев на этику и деонтологию.

Корректирующие мероприятия:

- проведено 8 семинаров с медицинскими работниками по профилактике жалоб и конфликтов. Семинары проводились среди старшего, среднего и младшего медицинского персонала. По итогам семинаров, количество жалоб резко снизилось.

Проведено служебных расследований – 6.

Обоснованных жалоб не было.

3.2. Анкетирование пациентов.

Удовлетворенность оказанием медицинской помощи 92%.

Для повышения эффективности и качества управления большое значение имеет анализ мнения непосредственных потребителей – пациентов. Удовлетворенность пациентов в оказании медицинской помощи – один из главных критериев оценки качества медицинской помощи,

С целью повышения удовлетворенности оказания мед.помощи, проведены следующие мероприятия:

-в рамках программы модернизации первичного звена проведены капитальные ремонты в амбулаториях с. Грушевского, с. Северного, х. Среднего, ФАП х. Всадник, с. Садового, в настоящее время заканчивается ремонт в Саблинской врачебной амбулатории. Ремонты проводились с учётом маломобильных групп населения;

-в районной поликлинике и отделениях стационара созданы условия для пребывания маломобильных пациентов (пандусы, туалеты, кнопки вызова, лифт, навигационные стенды, сплит- системы в холлах, кулеры с холодной и горячей водой. места для подзарядки телефонов , слуховой аппарат для слабослышащих – информационная система «Исток» , кресла и каталки для приема душа). Утвержден локальный регламент профилактики падений и переломов у граждан 65 лет и старше.

В районной поликлинике достаточно свободных мест для ожидания.

В апреле 2025 года введен в эксплуатацию КТ-аппарат

В 2023-2024 году введены в эксплуатацию аппараты для проведения СМАД и ЭКГ, обучен врач для проведения ЭХО КГ, ДСБЦА исследования, лапароскопическая стойка, колоноскоп, УЗИ-аппарат ,приобретены функциональные кровати ,увеличилось количество талонов для обследования пациентов в ЦКДЦ, СККБ, проводятся предварительная запись в СКОД, КККД.

IV. Работа с персоналом

Количество анкет за анализируемый период – 95.

По результатам анкетирования сотрудников, проведены следующие мероприятия:

- оснащение рабочих мест компьютерной техникой;
- установка кулеров на ФАП с. Садовое;
- дополнительно установлены кондиционеры

Проведено тренингов по взаимодействию – 8 (приемное отделение, ОСМП, регистратура, Колл-центр).

Разработаны и внедрены в практику медицинских работников алгоритмы общения с пациентами как лично, так и по телефонной связи. Обратный контроль осуществляется путем разработанных чек листов.

Выводы:

Работа по ВКК и БМД в Александровской РБ проводится. По итогам проведенных плановых и внеплановых, тематических проверок проведены корректирующие мероприятия, что позволило достичь целевых показателей-

-общая смертность и смертность в трудоспособном возрасте ниже краевых(общая смертность-7,6,по краю-9,5,за 2024 год, в трудоспособном возрасте-2,45,по краю-3,64,

-за 5 мес.2025 общая смертность-8,9,край-9,8,в трудоспособном возрасте-3,1,край-3,67

-снижение первичного выхода на инвалидность: 99 чел., трудоспособных 47 чел. за 2024 г. и 115 чел., т/с – 52 чел. в 2023 г.

План мероприятий

1.Продолжить плановые проверки (согласно утвержденного графика) с целью выявления нарушений и своевременного их устранения

Срок- постоянно, согласно плана.

2.Предоставление главному врачу отчетов о выявленных нарушениях в ходе проверок и план мероприятий по их устранению.

3.С целью снижения заболеваемости и смертности, расширить контингент (возрастной и социальный) населения для проведения диспансеризации и проф.осмотров населения для выявления факторов риска, заболеваний и своевременно начатых лечебных и реабилитационных мероприятий.

Срок-постоянно, согласно плана.

4.Применение клинических рекомендаций в 100% случаях оказания медицинской помощи. Мониторинг осуществляется путем плановых и внеплановых проверок первичной медицинской документации заместителем главного врача по медицинской части и заместителем главного врача по амбулаторно-поликлинической работе.

Срок - немедленно, постоянно

5.С целью удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, проводить анкетирование.

Срок – ежеквартально – постоянно

6.Проводить анализ:

- результатов экспертиз уровня КК – срок - ежеквартально;

-результатов экспертиз СМО – срок – постоянно.

7.Проведение телемедицинских консультаций – постоянно.

Главный врач ГБУЗ СК
«Александровская РБ»

В.Д. Бухтоярова