**Сводный отчет**

**по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской**

**деятельности в государственных учреждениях здравоохранения Ставропольского края**

**ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска**

**2024 год ( 1 - 4 квартал)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Разделы/ уровни** | | **Наименование направления деятельности** | **Количество** | | | **%** | | |
| **1. Работа Службы (отдела, уполномоченного лица) по внутреннему контролю**  **качества и безопасности медицинской деятельности** | | | | | | | | | |
| 1. | Характеристика службы | Наименование службы:  Состав службы: | | **Комиссия ВКК** | | | | | |
| Уполномоченное лицо (ФИО, приказ, контакты) | | от 31 .01. 2024 года  № 16 – ОД .  Приказ ГБУЗ СК «ГКБ» г. Пятигорска | | | | | |
| 1.1 | Плановая работа | Приказ об утверждении плана: | | от 31 .01. 2024 года  № 16 – ОД .  Приказ ГБУЗ СК «ГКБ» г. Пятигорска | | | | | |
| Количество утвержденных/ проведенных плановых проверок | | 148/148 | | | | 100% | |
| Количество выявленных нарушений/несоответствий | | 40 ( по отделениям) | | | |  | |
| Количество разработанных корректирующих мероприятий | | 40 ( 10/ 4 -квартал) | | | |  | |
| Контрольные мероприятия: количество выполненных мероприятий | | 40(10/ 3 квартал) | | | | 100% | |
| Количество аудитов | | - | | | |  | |
|  |  | Количество внедренных в учреждении СОП | | 150 | | | |  | |
|  |  | Количество заседаний по оценке эффективности ВнКК и БМД | | 4 | | | |  | |
| 1.2 | Внеплановая  Работа | Количество целевых (внеплановых) проверок | | 17 | | | | 100% | |
| в том числе: | | | | | | | |
| при наличии отрицательной динамики статистических данных | | 8 (летальность) | | | | | 34% |
| по разбору жалоб и обращений граждан | | 17 \5 ИСМП/22 | | | | | 69% |
| по результатам работы комиссии по летальности | | 8 | | | | | 34% |
| в случаях внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством | | - | | | | |  |
| Количество выявленных нарушений/несоответствий | | 22 | | | | |  |
| Количество разработанных корректирующих мероприятий/ предписаний | | 22 | | | | |  |
| Контрольные мероприятия: количество выполненных предписаний | | - | | | | | - |
| 1.3 | Тематические проверки, в т.ч. по контролю достижения целевых показателей федеральных и краевых программ развития здравоохранения | Количество тематических проверок, в т.ч.: | | 8 | | | | | 100% |
| - по профилактике, снижению заболеваемости и смертности от ССЗ | | 2 | | | | | 25% |
| - по профилактике, раннему выявлению и снижению смертности от онкологических заболеваний | | - | | | | | - |
| Количество выявленных нарушений/несоответствий | | - | | | | | - |
| Контрольные мероприятия: количество исполненных мероприятий | |  | | | | |  |
| Достигнутый результат и исполнение программ | | - | | | | | - |
| 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 | | 50 | | | | |  |
| Количество разработанных корректирующих мероприятий | | 50 | | | | |  |
| Контрольные мероприятия: количество выполненных мероприятий | | 50 | | | | | 100% |
|  | **2. Работа врачебной комиссии** | | | | | | | | |
| 2.1 | Оценка взаимодействия врачебной комиссии (ВК) и Службы ВнКК и БМД | Количество запланированных заседаний ВК по вопросам Внутреннего КК и БМД: | | 11 ЭВН/11 КЭР/ 31 -претензионная работа | | | | |  |
| Количество проведенных плановых заседаний по ВнКК и БМД | | 11 ЭВН/11 КЭР | | | | |  |
| Количество внеплановых заседаний ВК по взаимодействию ВК и Службы Вн КК и БМД | | 4 | | | | |  |
| Количество протоколов заседаний по разбору внутрибольничных инфекций/ количество случаев | | 4 ИСМП | | | | |  |
| Количество протоколов заседаний по разбору внутрибольничного травматизма/ количество случаев | | **-** | | | | |  |
| Количество протоколов заседаний по разбору нежелательных и ятрогенных осложнений/ количество случаев | | 4  (ежеквартальные) | | | | |  |
| Количество разборов летальных исходов у пациентов, рассмотренных в рамках ВнКК и БМД | | 38 КИЛИ / 2 ЛКК | | | | |  |
| Количество обращений граждан рассмотренных в рамках ВнКК и БМД | | 17 | | | | |  |
| 2.2 | III уровень контроля - количество проведенных экспертиз | Количество экспертиз медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | 2 (5) | | | | |  |
| Количество экспертиз медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях | | 17 внеплановые по жалобам / 38 КИЛИ | | | | |  |
| Средняя оценка качества медицинской помощи пациентам (ОКЛ) | | 0.98 | | | | |  |
| Расхождений экспертиз СМЭ и СМО | | СМО без снятий 2974 – снятий 676 (22,7%) | | | | |  |
| Количество случаев, направленных для работы уполномоченному (в службу) по ВнКК и БМД | | 17 внеплановые по жалобам / 38 КИЛИ | | | | |  |
| Количество случаев, поступивших на рассмотрение от уполномоченного (из службы)по ВнКК и БМД | | 3  ( расхождение КИЛИ) | | | | |  |
| Количество заседаний по оценке эффективности взаимодействия ВК и службы ВнКК и БМД | | 4 | | | | |  |
|
| 2.3 | Структура дефектов на 3 уровне внутреннего контроля | Дефекты ведения медицинской документации | | 82 | | | | |  |
| Несоблюдение Клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи | | 22 | | | | |  |
| Несоблюдение Порядков оказания медицинской помощи | | 30 | | | | |  |
| Несоблюдение маршрутизации пациентов | | 12 | | | | |  |
| Несоблюдение сроков оказания медицинской помощи | | 12 | | | | |  |
| Дефекты профилактической работы | | - | | | | |  |
| Количество дефектов медицинской помощи, оказавших влияние на срок лечения и исход заболевания | | 30 | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **3. Удовлетворенность пациентов** | | | | | | | | | |
| 3.1 | Работа с обращениями граждан | | Количество обращений граждан всего | | | 222 - 227 ( 7 благодарности) | | | |
| в том числе количество жалоб | | | 222 | | | |
| Структура жалоб: | | |  | | | |
| на организацию медицинской помощи | | | 41 | 18,4% | | |
| на доступность медицинской помощи | | | 22 | 9.9% | | |
| на качествомедицинской помощи | | | 147 | 66% | | |
| на этику и деонтологию | | | 6 | 2.7% | | |
| на лекарственное обеспечение | | | 2 | 0.9% | | |
| на оказание ВМП | | | - |  | | |
| на оказание платных услуг | | | - |  | | |
| из общего количества жалоб –  **обоснованных** \* | | | 10 | 4.5% | | |
| Принятые меры по разбору обращений и жалоб граждан: | | |  | | | |
| проведено служебных расследований | | | 15 |  | | |
| вынесено дисциплинарных взысканий | | | 5 |  | | |
| проведено семинаров по профилактике жалоб и конфликтов | | | 7 |  | | |
| 3.2 | Изучение удовлетворенности пациентов качеством условий оказания медицинской помощи | | количество респондентов, принявших участие в анкетировании за анализируемый период | | |  |  | | |
| Количество обращений граждан отработанных в ПОС | | | 12 |  | | |
| 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 | |  | | 269 | | |
| Количество выполненных мероприятий по результатам анкетирования работников медицинской организации\* | | 4 | | | | |
| 4.2 | Коммуникация работников медицинской организации с пациентами | | Количество проведенных тренингов по взаимодействию с пациентами, между сотрудниками | | 1 - идентификация пациента, шкала Морзе. 1 - по работе со Страховыми компаниями 1. – в рамках « Дня безопасности пациента» | | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |  | **Главный врач Антонян И.А.** |

Исполнитель :

Калантаров С.А.