**Аналитическая справка о службе поддержки пациентов и внутреннего контроля по городской поликлинике №5 за 2017г.**

Во исполнение требований Приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.03.2015 года №173«Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг», с целью координации деятельности поликлиники и улучшения качества медицинской помощи населению, приказом главного врача был утвержден состав Службы поддержки пациентов и внутреннего аудита ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5» (далее Служба) на 2015 год.

Службой разработана Программа и составлен план работы на 2017год.

***Наименование*  *программы*:** Программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи

***Программа разработана в соответствии:***

- Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» пункт 3 статья 58;

- с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.03.2015 года №173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»;

- приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 22 июля 2011года №468 «Об утверждении Медодических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи».

В каждом отделении поликлиники осуществляется контроль качества в непрерывном режиме. Специалистами поликлиники разрабатываются и внедряются внутренние стандарты лечения (в случаях отсутствия периодических протоколов диагностики и лечения) и стандарты управления. Экспертиза качества медицинских услуг будет проводится в текущем режиме, на регулярной основе (согласно утвержденного на год графика аудита) службой внутреннего аудита. В каждом случае проведения экспертизы в протоколе будет описан способ, которым проводился отбор материалов для экспертизы, а также методология определения дефектности. Экспертные работы запланированы и регулируется временными рамками путем составления графика аудита. Результатами экспертиз являются справки, протоколы разборов с выводами и рекомендациями по устранению выявленных дефектов и нарушений, на основании которых составляется план мероприятия по устранению и профилактике нарушений, улучшению показателей индикаторов. Врачи эксперты работают в МИС программе проводят экспертизу амбулаторных карт.

На основании приказа главного врача №127-Ө от 12.01.2015года создана служба поддержки пациентов и внутреннего контроля городской поликлиники №5. В состав СПП и ВК входят: зам.главного врача по службе поддержки пациентов и внутреннего аудита, врач эксперт, ответственная медсестра по аудиту, врач эпидемиолог.

Составлены положение и план работы на 2017год, утвержденный главным врачом. СПП и ВК работает согласно составленного плана. За 2017 год поступило всего обращений – 88, благодарностей-35. В 2016году за было зарегистрировано 61 обращений, благодарностей-19, на 27 обращений больше по сравнению с 2016 годом. Так как в 2017 году широко проводились выступления в СМИ, была доступность и наличие информационно - разъяснительных материалов.

Анализируя обращения в сравнении за 2016-2017 годом выведены следующие данные :

в 2016г. в МЗ РК было – 0;

в 2017г. в МЗ РК было – 2;

в ККМФД в 2016году было – 0 обращений ;

в ККМФД в 2017году было – 0 обращений ;

в УЗО в 2016году было – 10 обращений ;

в УЗО в 2017году – 19 обращений ;

На блог акима в 2016году – 1 обращений;

в 2017году – 2 обращений;

в СПП и ВК 2016году –50 обращений;

в 2017году – 65 обращений

Таким образом, 30,7% обращении больше поступило в СПП и ВК. Из всех обращении обоснованы - 0, частично обосновано – 5-5,6%, необоснованны – 83 – 94,3%. За 2017год СПП и ВК вынесены 5 административно-дисциплинарных взыскании и с одним медицинским сотрудником расторгнут трудовой договор. Все обращения рассмотрены в течении 5 дней, пациенты удовлетворены, все разборы оформляются в виде протоколов.

Разработаны анкеты на исследования удовлетворенности населения СПП и ВК и проведены анкетирования. Участвовало 1510 респондентов. В ГП №5 имеется телефон доверия. В телефон доверия зарегистрировано 56 входящих звонков. Все обращения рассмотрены в течении 5 дней по принципу «Здесь и сейчас», пациенты удовлетворены.

В поликлинике, в холлах имеются стенды о Службе поддержки пациентов, о правах и обязанностях пациентов на казахском и русском языках. Открыт сайт главного врача.

Выпущены буклеты о СПП и ВК и раздаются населению. Имеется видеоролик, который транслируется по телевизору на каждом этаже. Материально техническая оснащенность хорошая, имеются телефонные аппараты, персональные компьютеры, принтеры, интернет, телевизоры. Врач эксперт и психолог имеют сертификат «Медиативные технологии, предупреждение и разрешение конфликтных ситуации в деятельности медицинских работников».

На нашей базе был открыт с 26.06.2015 года Жамбылский областной региональный CALL- центр. Работают 4 обученных по коммуникативным навыкам оператора, ВОП, врач-терапевт, психолог. За 2016года поступило 2943 обращении, в 2017году 3244 обращении.

**По структуре обращений**: 1. по поводу прикрепления населения в 2016-12, в 2017г.-234;

2. ГОБМП в 2016-36, в 2017г.-362;

3. по порталу бюро госпитализации в 2016г.-73,в 2017г.-294;

4. вопросы записи на прием к врачу в 2016г.-35,в 2017г.-335;

5. вопросы обслуживания вызовов на дому в 2016г.-15,в 2017г.-302;

6. вопросы инвалидности в 2016г.-84,в 2017г.-254;

7. по ОСМС в 2016г.-0, в 2017г.-457.

**По структуре жалоб:**

1.качество оказания медицинской помощи в 2016г.-1, в 2017г-0;

2.этика и деонтология в 2016г.-12, в 2017г.-7;

3. по вопросу прикрепления населения в 2016г.-1,в 2017г.-1;

4. по вопросу госпитализации в 2016г.-2, в 2017г.-0

5. недостатки в работе регистратуры в 2016г.-0; в 2017г.-1;

6.отсутствие специалиста на рабочем месте в 2016г.-0; в 2017г.-1.

Таким образом по структуре обращения и жалоб можно сделать следующие выводы, что население до сих пор незнает правила прикрепления населения, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и правила госпитализации. А также сотрудники лечебных учреждении продолжают нарушать этику и деонтологию,трудовую дисциплину на рабочем месте, оказывают некачественную медицинскую помощь, не соблюдают протоколы диагностики и лечения.

Разработаны индикаторы по всем отделениям. Анализируя отчет по индикаторам поликлиники видно, что страдает наблюдение за детьми до 5 лет согласно программе ИВБДВ, качество диспансеризации согласно приказа МЗРК №885 от 26.12.2012г., профосмотр ЖФВ согласно приказа №452 МЗ РК от 03.07.2012г., несоблюдение протоколов диагностики и лечения.

**Оценка целевых индикаторов и индикаторов процесса по порталу ДКПН за 2017 года**

**Индикатор №1. Материнская смертность (МС), предотвратимая на уровне ПМСП**

- Материнская смертность (МС), предотвратимая на уровне ПМСП, по данному индикатору не достигла результата 1 случай – 95,0%. Майлыкараева Балнур, 04.05.1979г.р., адрес: 11-36-53.

Дата смерти: 17.09.2017г. Дз: О26.6. Поражения печени во время беременности.

**Индикатор №2. Детская смертность от 7дней до 5лет, предотвратимая на уровне ПМСП** -Случай детской смертности от 7дней до 5лет предотвратимая на уровне ПМСП, результат по данному индикатору за 2017г.-1случай. Результат не был достигнут. 1. участок №4 ВОП, вр Жамантаев Б.С.

Реб. Ахмет Алинур 21.07.2016г. адрес: 11-8-51. Дз: В34.1.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Цель** | **Всего** | **Достижение индикатора в процентах** | **Индикатор достигнут или не достигнут** |
| **Всего** | **0** | **1** | **0** | **Не достигнут** |
| **1-ВОП отдел.** | 0 | 1 | 95,0 | Не достигнут |
| 2 ВОП | 0 |  |  |  |
| 4 ВОП | 0 | 1 | 95,0 | Не достигнут |
| 5 ВОП | 0 |  |  |  |
| 6 ВОП | 0 |  |  |  |
| 7 ВОП | 0 |  |  |  |
| 9 ВОП | 0 |  |  |  |

**Индикатор №3. Своевременно диагностированный туберкулез легких** -по индикатору «Своевременно диагностированный туберкулез легких» результат выше планового значения (39,4%) за 2017г. 10/19 – 52,6%. Результат достигнут.

1. участок №8, врач Сатаева А.А.

Юсупов В.А. 27.12.1994г.р.

2. участок №13, врач Киргизбаева Ф.Т.

Байгазиева Б. 13.10.1943г.р.

3. ВА, Сапарбеков Ж.Н. прикреплен ЦРБ Талгар.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Цель** | **Всего** | | **Достижение индикатора в процентах** | **Индикатор достигнут или не достигнут** |
| **числ** | **знамен** |
| **Всего** | **39,4** | **10** | **19** | **52,6** | **Достигнут** |

**Индикатор №4. Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2стадии**

-по индикатору «Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2стадии» результат по данному индикатору от плана 90,3% за 2017г. составил 28/30 – 93,3%, результат был достигнут. 1. участок №4, врач Сувалиева Д.К. Уразбаев А.С. 11.10.1959г.р. 2. участок №13, врач Киргизбаева Ф.Т. Янцен О.Г. 03.01.1953г.р. 3. участок №13, врач Киргизбаева Ф.Т. Абдуллаева Ф.Ж. 19.10.1957г.р. 4. 13ВОП, врач Джахаев К.С. Сейдалиева С.С. 19.05.1966г.р. 5. 11ВОП, врач Альманбетова Ж.У. Зонов Ю.П. 19.01.1937г.р. 6. 11ВОП, врач Альманбетова Ж.У. Заикина Л.Г. 09.11.1953г.р.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Цель** | **Всего** | | **Достижение индикатора в процентах** | **Индикатор достигнут или не достигнут** |
| **числ** | **знамен** |
| **Всего** | **90,3** | **31** | **33** | **93,9** | **Достигнут** |

**Индикатор №5. Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) -**по индикатору «Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)» результат по данному индикатору при плане 38,5% за 10 мес. составил 323/840 – 38,5%. Результат достигнут.

**Индикатор №6.**  **Обоснованные жалобы**  -по индикатору «Обоснованные жалобы» отсутствует. Достижение по индикаторам – 100%. Результат был достигнут.

**Службой внутреннего аудита проведены проверки в следующих подразделениях:**

***I. 1-2 ВОП отделения и терапевтические отделения, всего проведено экспертиз медицинских карт амбулаторного пациента-230, из них выявлены дефекты в 132 случае (57,4%)***

**Выводы:**

1.Неудовлетворительно выполняется терапевтами приказ№452 от03.07.2012г. «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и всем женщинам фертильного возраста.

(участки: №5ВОП, №7ВОП, №10ВОП, №14ВОП, 21ВОП ).

2.Не всегда соблюдаются протоколы диагностики и лечения заболеваний, утвержденным приказом МЗ РК №764 от 28.12.2007г.,также утвержденные протоколом экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения от 28.06.2013г. Наибольшее количество дефектов оказания медицинской помощи выявлено на участках:(№1ВОП, №7терапия, №12ВОП, №13терапия, 9ВОП, 22ВОП).

3.Неудовлетворительно ведутся АК: записи осмотров краткие (нет ЧСС, пульс, АД, зев), не указывается анамнез, описанный статус не соответствует выставленному диагнозу, диагнозы не соответствует МКБ 10 (упускаются сопутствующие заболевания, не указывается степень тяжести, ФК, НК, не соблюдаются и не описываются критерии по которым они оцениваются).

4.Не в полном объеме представляются АК в заявленном количестве.

**Рекомендации:**

1. АК целевых групп взрослого населения, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру не отдавать на руки пациентам.

2. Обязать врачей всех специальностей, включая узких специалистов, при приеме женщин фертильного возраста, выяснять вопросы контрацепции, при выявлении относительных или абсолютных противопоказаний для вынашивания беременности, направлять этих женщин к гинекологу кабинет планирования семьи.

3.Комиссии по внедрению дополнительного компонента к тарифу учитывать показатели, характеризующие выполнения требований вышеуказанных приказов.

4.Улучшить качество ведения медицинской документации.

**II.Анализ медицинских карт умерших лиц за 2017г.**

За 10 месяцев всего умерших –119, из них на дому выдано справок о смерти - 119, из них с диагнозом «старость»- 46( 38,6%), с диагнозом БСК – 14 (11,7%). Проведена экспертиза амбулаторных карт 52, с дефектами -16-30,7%.

**Выводы:**

1.Заведующим отделениями усилить контроль за вынесением врачами посмертных диагнозов и обозначения правильной кодировки по МКБ. 2.Улучшить качества наблюдения за диспансерными больными. 3.Улучшить качество ведения медицинской документации.

**III. Анализ медицинских карт амбулаторного пациента запущенных онкозаболеваний за 2017г.**

По онкозаболеваниям, всего за 10 месяцев состоит- 442, из них взято в 2017г.-90, раннее выявление 56 (62,2 %), 3 - 4 степени - 31 (34,4%), умерших в 2016г.-45 (10,2%), в 2017г.-53 (11,9%).

Проведена экспертиза медицинских амбулаторных карт случаев злокачественных новообразований :

1. Мирхаликова А.Д.,27.11.1965г.р., диагноз: С-r костей и костного мозга.Направлен в онкодиспансер на дообследование для госпитализации. Затруднение диагностики, быстро-прогрессирующее течение заболевания, позднее обращение больной за мед.помощью в ЖООД.
2. Андакулова Т. А.30.03.1944г.р., диагноз:С-r ободочной кишки.Взята на «Д»учет онкологом в ЖООД. Позднее обращение больной за мед.помощью в ЖООД,халатное отношение к своему здоровью ( в основном проживала в г.Алматы).Находится под наблюдением врача онколога и терапевта.
3. Сарсенова Г.Н. 24.02.1956г.р., диагноз: С-r поджелудочной железы. Обследована онкологом и направлена на стац.лечение в ЖООД. Скрытое течение болезни,быстро-прогрессирующее течение заболевания.Под наблюдением врача онколога и терапевта.
4. Досумов Зитхан., 31.01.1957 г.р., диагноз: Злокачественное новообразование верхней доли, бронхов или легкого 3ст. Быстро-прогрессирующее и скрытое течение заболевания, позднее обращение больного за мед. помощью.
5. Мамаева Р.М.,06.01.2016г., диагноз: Злокачественное новообразование кожи др. и неуточненных частей лица 1-2ст. Под наблюдением врача онколога и терапевта.
6. КулжановаА.С.,07.08.1962г.р., диагноз: Злокачественное новообразование молочной железы 2ст. Под наблюдением врача онколога и терапевта.
7. Каскарбаева У.,20.02.1952г.р., диагноз: Злокачественное новообразование верхне-наружного квадранта молочной железы 2ст. Под наблюдением врача онколога и терапевта.
8. Каршибаев С.1958г.р., диагноз: C-r желудка 3ст. Быстро-прогрессирующее и скрытое течение заболевания, позднее обращение больного за мед. помощью. Получает спец.лечение.
9. Нуратаев Б.1957г.р., диагноз: C-r ректосигмального отд.3ст. Позднее обращение больного за мед. помощью. Получает спец.лечение.
10. Нестеров С.В.,16.10.1945г.р., диагноз: C-r поджелудочной железы.Находился под наблюдением врача онколога и ВОП.В онкодиспансере предложено было оперативное лечение, от чего пациент категорически отказался.Было назначено симптоматическое лечение. Быстро-прогрессирующее и скрытое течение заболевания, позднее обращение больного за мед. помощью.
11. Абдуллаева Ф.Ж.,19.10.1957г.р., диагноз:C-r правой молочной железы. Находится под наблюдением врача онколога и терапевта. Получает спец.лечение.Проанализиров амбулаторную карту выявлены следующие дефекты:диспансеризации и онконастороженности нет.Позднее обращение больного за мед. помощью.

1.Не качественное проведение и не проведение скринингового профилактического осмотра, отсутствие солидарной ответственности, как самой пациентки, так и участковой службы.

2. Отсутствие онконастороженности у врачей, невыполнение стандартов диагностики и лечения.

**Выводы:**

1.Ответственному врачу по онкослужбе еженедельно проводить сверку запущенных случаев с курирующим онкологом ООД.

2.Заведующим терапевтическимиотделениями проводить анализ всех случаев, подлежащих 100% экспертизе, в том числе запущенных случаев онкозаболеваний.

3.Заведующим терапевтическими отделениями строго контролировать ежегодную перепись населения участковой службой, улучшить 100% охвата скринингом подлежащее население.

4.Заведующей спец.отделением при проведении экспертизы МК пролеченных случаев врачами профильных специальностей, обратить особое внимание на факт направления на скрининг подлежащего населения, направление к гинекологу и уч. терапевту женщин фертильного возраста с относительными и абсолютными противопоказаниями к беременности.

**IV. Анализ медицинских карт амбулаторного пациента специализированного отделения**

**Общие выводы по специализированному отделению:**

1.Ведение медицинской документации, в частности медицинских карт амбулаторного больного не на должном уровне:

-записи некоторых врачей прочитать не представляется возможным

-записи осмотров скудные без указания объективных данных, подтверждающих диагноз;

-некоторые врачи при записи приемов ограничиваются только указанием диагноза.

2.Не на должном уровне обследование и реабилитация диспансерных больных.

3.Врачи специализированного отделения не уделяют должного внимания медицинским осмотрам целевых групп населения согласно приказа № 145 от 16 марта 2011 года «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

4.Не контролируется врачами специализированного отделения обязательное прохождение пациентами ФГ 1 раз в год.

5.Женщины фертильного возраста с относительными и абсолютными противопоказаниями к донашиванию беременности не направляются к гинекологу кабинета планирования семьи для выяснения и решения вопроса о контрацепции.

**V. Анализ медицинских карт детской службы**

Всего проведено 160 экспертиз историй развития, с дефектами – 68 (42,5 %) , по МИС программе проведено 91 амбулаторных карт врачом-экспертом.

По исполнению Дорожной карты (программы) ИВБДВ «Интегрированное ведение болезней детского возраста».

Количество обученных по программе ИВБДВ – 127человек.

Количество детей до 5 лет – 7639.

Количество родителей детей до 5 лет, обученных признакам опасности в соответствии с принципами ИВБДВ – 7639.

Ежедневно проводятся занятия и семинары-тренинги координатором ИВБДВ.

**Выводы:**

1. Неудовлетворительно проводится работа по диспансеризации детей.

2. Не заполняется оценочно- прогностическая таблица по месяцам, нет осмотров хирурга, окулиста

3. Не отмечается группа здоровья ребенка после проведенного профосмотра.

4.Диагнозы зачастую не выносятся на лист уточненного диагноза.

5. Не всегда выполняются назначены консультации и обследования.

6.Нет динамического наблюдения детей до 5 лет.

Заведующим отделениями Махановой П.К., Олжатаевой А.Ж. и Байтореевой Г.Б. рекомендовано:

1.Наладить работу по диспансеризации детей .

2. Улучшить качество ведения медицинской документации.

3.Усилить контроль за динамическим наблюдением детей до 5 лет и неорганизованных детей старшего возраста.

4. Усилить контроль за ведением медицинской документации.

5.Решить вопрос о привлечении к дисциплинарной ответственности по результатам проверки.

Службой внутреннего аудита все обращения пациентов рассматриваются в течении 5-ти дней, оформляются в виде протоколов.

**Всего 2017г. имеются 38 протокола заседаний службы внутреннего аудита:**

- по результатам обращения граждан;

- по результатам проверки деятельности подразделений;

- по запущенным случаям туберкулеза, онкозаболеваний;

- по младенческой и детской смертности.

**Мероприятия по улучшению качества оказания медицинской помощи:**

1. Анализ эффективности деятельности подразделений по оценке собст венных процессов и процедур, внедрению стандартов,применению внутренних индикаторов.
2. Усилить аудит I и II уровня структурных подразделений и аудит средних медицинских работников, а именно:

-проведение ежемесячного мониторинга внутренних индикаторов с промежуточными индикаторами согласно приказа МЗ и социального развития РК от 27.03.2015г.№173.

-строгое соблюдение СОП-ов для улучшения качества медицинской помощи.

1. Представление руководству организации здравоохранения информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия соответствующих управленческих решений.
2. Ознакомить каждое структурное подразделение с государственной программой развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2020 годы с этапом реализации госпрограммы.
3. Ознакомить структурные подразделения с обновленными НПА, касающиеся ПМСП для улучшения качества оказания медицинской помощи.
4. Проведение ежеквартально семинарских занятий в отделениях на тему: «Этика и деонтология медицинских работников», «Коммуникативные навыки», а также организовать тренинги с сотрудниками с участием психолога по предупреждению и разрешению конфликтных ситуаций в деятельности медицинских работников ( Медиативные технологии).
5. Проводить разъяснительную работу с населением, с установлением доверительных отношений.
6. Улучшить работу регистратуры, регулярный контроль по соблюдению утвержденного алгоритма прикрепления граждан в ГП№5
7. Усилить работу службы поддержки пациентов и внутреннего контроля путем проведения разъяснительной работы с населением о функции службы поддержки пациентов и телефона доверия, работы регионального и поликлинического CALL- центра для оперативного реагирования на негативный случай.
8. Ежемесячно проводить анализ мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи, а также анализ мнения сотрудников по повышению качества оказываемой медицинской помощи путем анкетирования.
9. Продолжить работу по освещению деятельности службы поддержки пациентов и внутреннего контроля в средствах массовой информации.

**Зам.гл.врача по аудиту: Мурзакасымова Н.Ж.**