

Директору
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5»
Табулдиной А.Ж.

ОТЧЕТ
руководителя СПП и ВЭ по реализации Программы по непрерывному
улучшению качества и безопасности пациентов ГКП на ПХВ «Городская
поликлиника №5» по итогам 1 квартала 2025 года

Программа управления качеством и безопасности пациентов (далее – Программа) – документ, разработанный для формирования единой системы и контроля за качеством оказания медицинских и немедицинских услуг в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5» (далее – Поликлиника) на 2025год. Программа пересмотрена и утверждена приказом Директора №41-Ө от 5 января 2025 года. Сотрудники структурных подразделений на заседании Совета по Качеству будут ознакомлены с содержанием Программы.

Об исполнении внутренних индикаторов оценки качества медицинских услуг

В соответствии с Правилам организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, утвержденные приказом Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 Поликлиника проводит анализ достижений индикаторов, кроме того в Поликлинике мониторируются приоритетные индикаторы повышения качества медицинских услуг и безопасности пациентов. На 2025 год перечень приоритетных индикаторов в административных и клинических областях, в том числе структурных подразделений с указанием названия индикатора, формулы расчета и желаемых пороговых значений был пересмотрен и утвержден Директором Поликлиники. При разработке индикаторов принимали участие заведующие и старшие медицинские сестры структурных подразделений. Пересмотрены, разработаны Внутренние индикаторы Поликлиники. Учитывая риски и инциденты за 2025 год; добавлены **административные индикаторы** Поликлиники: Уровень удовлетворенности медицинского персонала организацией режима труда; Мониторинг по сроку годности лекарственных средств; Число травматизации сотрудников иглами и другими острыми предметами; Соответствие медицинских карт критериям оценки полноты, своевременности и разборчивости записей; **клинические индикаторы**: Оценка боли при поступлении; % положительных посевов из объектов внешней среды; показатель охвата иммунизацией детей против целевых инфекций; выполнение скрининга (по итогам 2023 года не достигнут); добавлены индикаторы прироста

Взаимосвязь компонентов Программы по улучшению качества и безопасности пациентов



1) **Уровень удовлетворённости пациентов Поликлиники** составил 85 %, при пороговом значении 90%. Индикатор не достигнут

Существуют несколько причин, по которым важно проводить оценку удовлетворенности населения качеством медицинских услуг. Удовлетворенность является показателем качества медицинской помощи. Также, кроме этого, удовлетворенность пациента имеет взаимосвязь с организационными аспектами поликлиники (отношение пациент-медсестра/пациент врач, чистота и отсутствие шума). Как показывает анализ результатов анкетирования по удовлетворенности пациентов в общем составил 85% за 1 квартал 2025 год, что показывает в целом удовлетворенность пациента качеством деятельности ПМСП, но учитывая целевой показатель – 90%, следует разработать план мероприятий по достижению индикатора. Результаты ответов на вопрос об удовлетворенности оформлением рецепта на лекарственные препараты на льготной и/или бесплатной основе показывает, что в целом пациенты довольны качеством лечения и отношением к себе врачей и среднего медицинского персонала. В основном прием врачей ведется строго по талонам, за исключением приема экстренных случаев. Достаточное количество пациентов удовлетворены качеством обслуживания участковой службой вызовов на дому. Пациенты удовлетворены уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи. Также запланировано проведение анкетирования по удовлетворенности пациентов в разных отделениях, для углубленного «точечного» понимания проблем в Поликлинике в общем и в каждом конкретном отделении

2. Данные по отделу кадров:

- 1) Показатель текучести кадров составил 8,2%%.
- 2) Показатель удовлетворенности медицинского персонала организацией режима труда составил 82%.
- 3) Доля медицинских работников, имеющих квалификационную категорию составила 65%.

3. Данные по профилактике и контролю возникновения событий подвергающих опасности пациентов, их семьи и персонал:

1) Показатель доли сотрудников из числа врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, обученного мерам сердечно-легочной реанимации составил 78% из числа запланированных.

2) Случаев травматизации сотрудников иглами и другими острыми предметами не зафиксировано (инцидент, разбор инцидента имеется).

3) Показатель оценки мощности дозы на рабочих местах проводится один раз в год.

4. Качество ведения медицинской документации

- 1) Соответствие медицинских карт критериям оценки полноты, своевременности записей – 85%
- 2) Показатель необоснованного отклонения лечебно- диагностических мероприятий от клинических протоколов - 15%
- 3) Оценка уровня качества диагностики и лечения составил - 85%.

5. Управление лекарственными средствами:

- 1) Обеспечение ЛС согласно Лекарственному формуляру составил 95,86%.

За 1 квартал 2025 года обеспечение ЛС согласно лекарственному формуляру: из 145 препарат/139 препаратов по ЛФ*100% =95,86%. Незакуплены лс подлежащие закупу у Единого Дистрибьютера: -Магния сульфат 25%-5мл,гемостатические губки -3 видов.,кальция хлорид 10%--5мл.

2) По индикатору Мониторинг по сроку годности лекарственных средств показатель составил 0% за 1 квартал 2025 года

1. По индикаторам инфекционного контроля:

1) % положительных посевов из объектов внешней среды не было зарегистрировано.

2. Индикаторы Меморандума между Поликлиникой и УОЗ гАстана

3.	Итоги реализации Индикаторов Комплексного плана Поликлиники на 2025 год	1 кв 2024	1 кв 2025	ЦП	откл
1	Количество посещений организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, на одного жителя в год	2,3	1,7	4,96	-
2	Заболеваемость ожирением среди детей (0–14 лет) (на 100 000 населения)	0	10,1	139,7	-
3	Смертность от самоубийств подростков (15–17 лет)	0	0	<5,0	-
4	Уровень материнской смертности	0	0	10,8	-
5	Рождаемость среди подростков (в возрасте 10-14 лет)	0	0	0,043	-
6	Рождаемость среди подростков (в возрасте 15-19 лет)	0,34	1,2	14,1	-
7	Уровень первичного выхода на инвалидность	5,6	10,1	28,8	-
8	Уровень показателя «Смертность от БСК»	27,0	30,1	87,7	-
9	Смертность от ЗНО	15,9	21,2	78,4	-
10	Ранняя выявляемость ЗНО (0-1 стадия)	23,3	33,5	33,5	-
11	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более	48,5	49,1	49,5	-
11	Уровень оснащенности медицинских организаций медицинской техникой (%)	90,6	90,6	93,6	-
12	Уровень износа зданий медицинских организаций (%)	15,6	20	44,1	-
13	Коэффициент неонатальной смертности (на 1000 живорожденных)	12,05	0	3,5	-
14	Коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	14,9	0	6,5	-
15	Достижение удельного веса индикатора «Смертность от туберкулеза»	0	0	2,0	-

16	Младенческая смертность (на 1000 живорожденных)	0	0	5,1	достигнут
17	Достижение доли охвата посещения к врачам ПМСП от всех посещений	50	58,5	не менее 70%	
18	Достижение доли застрахованных граждан в системе обязательного социального медицинского страхования	84	84	не менее 84,6%	
19	Уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью (ЦП – 80)	90	90	Не менее 80	
20	Расширение объема дистанционного консультирования пациентов	5,2	10,0	10%	

4. МЦБП-Международные цели по безопасности пациентов

- Доля правильной идентификации пациентов в медицинской карте
- Передача критических значений по телефону между структурными подразделениями
- Передача критических значений по телефону между структурными подразделениями
- Доля правильного хранения медикаментов высокого риска
- Доля пациентов, которым проведена процедура тайм-аут при проведении хирургической/инвазивной процедуры
- Соблюдение гигиены рук

По индикаторам осмотр и безопасность пациента:

1) Знание сотрудников правил идентификации пациентов составил 98% при пороговом значении 100%.

2) По эффективной передаче информации устно и по телефону показатель составил 97,3%. Пороговое значение не достигнуто, проведена работа с сотрудниками структурных подразделений.

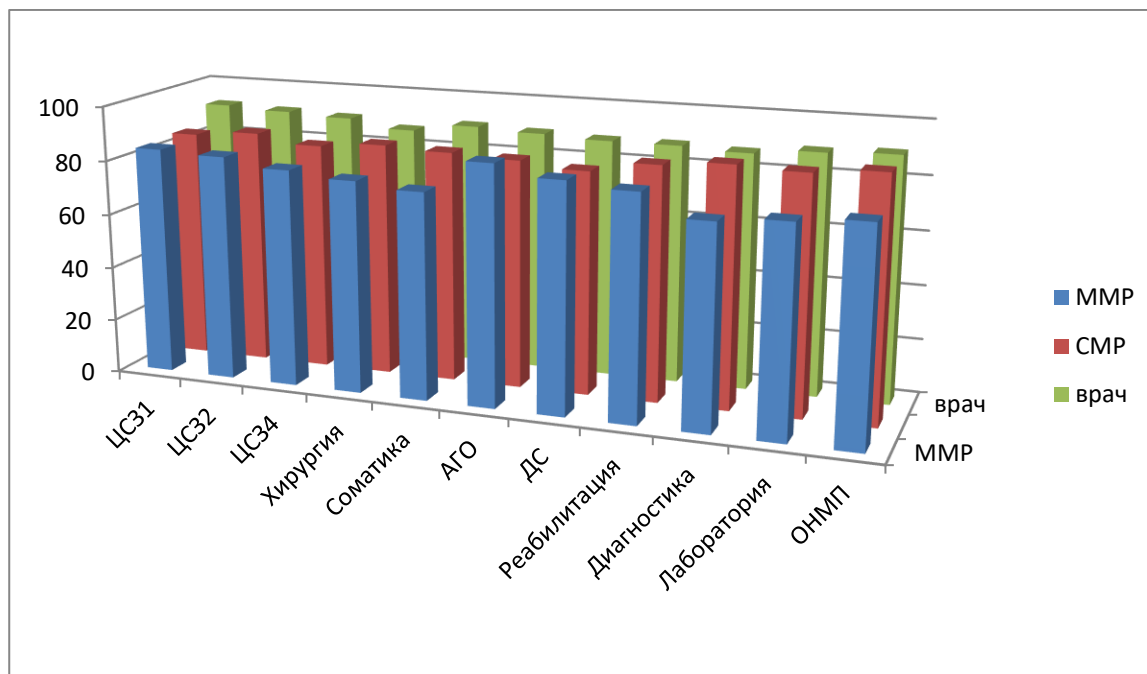
3) Доля правильного хранения медикаментов высокого риска составила 96,2%. Основные замечания были связаны с отсутствием стикеров на медикаментах высокого риска. Пороговое значение не достигнуто, проведена работа с сотрудниками структурных подразделений.

1) По хирургической безопасности показатель составил 93,4%. Основная проблема связана была с тем, что хирург ЦАХа не полностью проводит процедуру тайм-аут, а именно не произносит слово «СТОП». Пороговое значение не достигнуто, проведена работа с сотрудниками структурных подразделений.

2) По соблюдению гигиены за отчетный период положительных посевов с рук персонала в промежутке после обработки и до манипуляции не было

зарегистрировано. Пороговое значение не достигнуто, проведена работа с сотрудниками структурных подразделений.

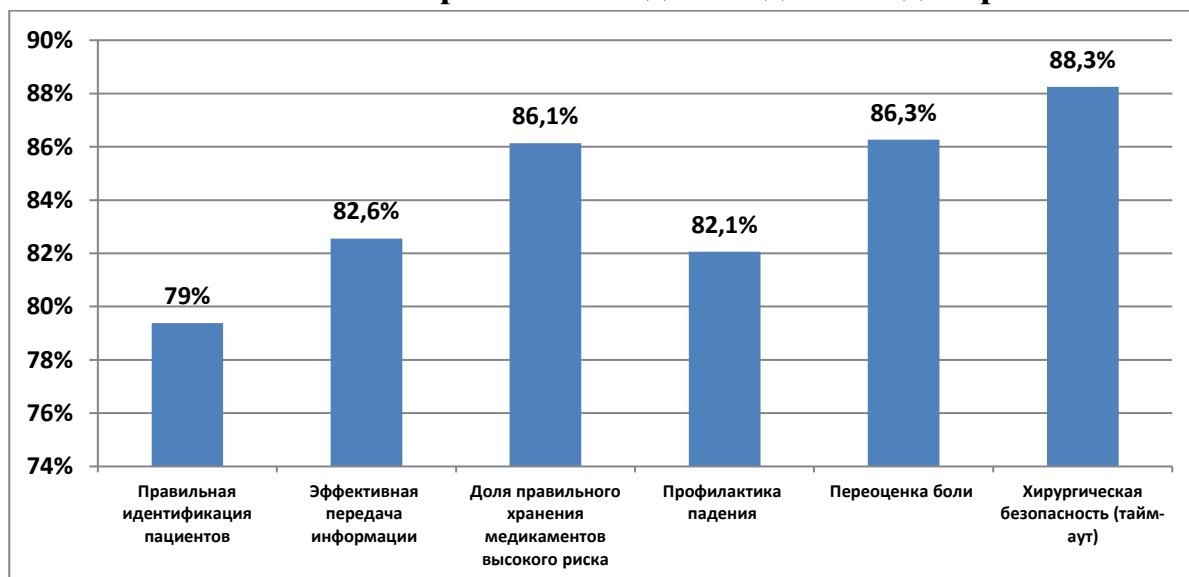
3) Соблюдение гигиены рук в разрезе врачей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала: Врачи: 92%, СМП 89%, ММП 85%.



4) Доля пациентов, которым полностью и правильно проведена повторная оценка риска падения по Поликлинике составил 89,3%. Индикатор не достигнут. Пороговое значение не достигнуто, проведена работа с сотрудниками структурных подразделений.

5) Оценка боли составил 86,3%. Пороговое значение не достигнуто, проведена работа с сотрудниками структурных подразделений.

Результаты анализа международных целей безопасности и оценки боли по Поликлинике 1 квартал 2025 года в виде столбидиаграммы



Аудит медицинских карт

Аудит медицинских карт

Аудит случаев материнской смертности – 0

Аудит запущенных форм туберкулеза – 0

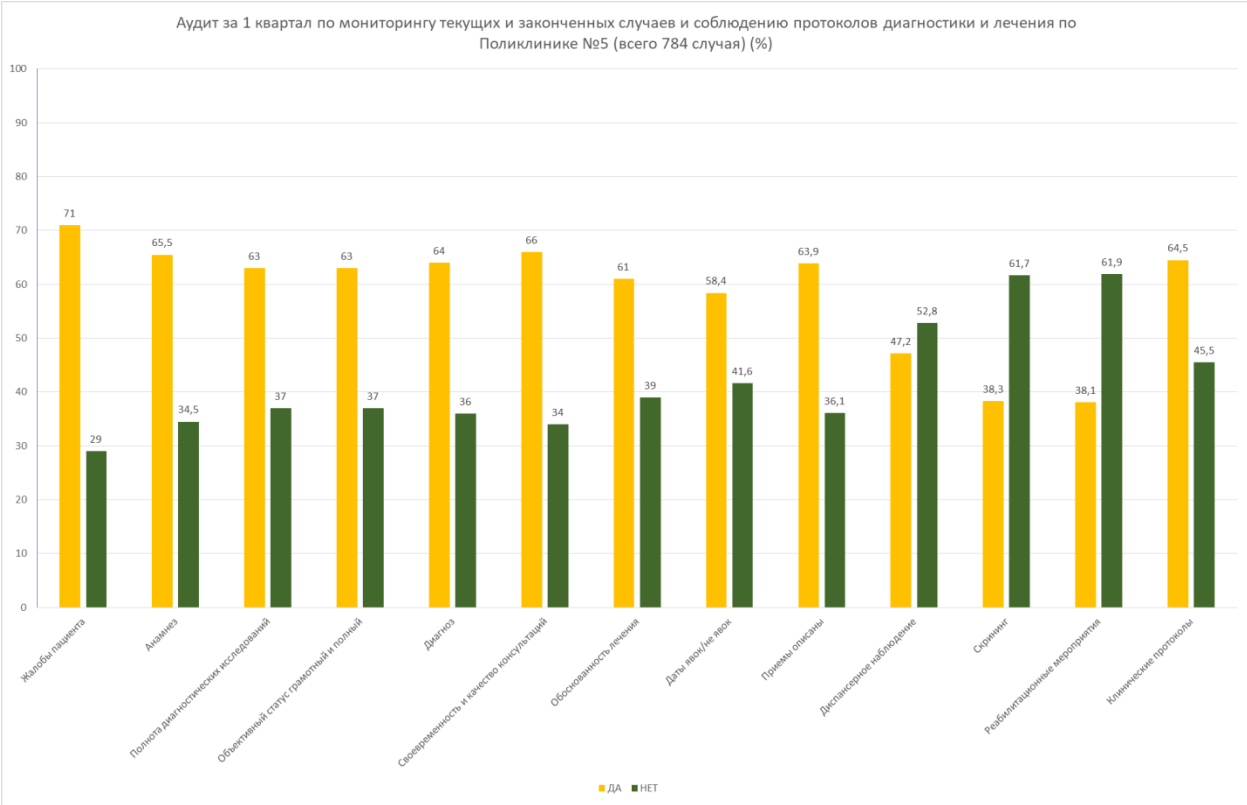
Аудит онкозапущенных случаев - 12, из них видимой локализации 1

Проведен анализ мониторинга текущих и законченных случаев и соблюдению клинических протоколов диагностики и лечения за 1 квартал 2025 года по поликлинике в общем и по каждому структурному подразделению Поликлиники. Показатели взяты путем подсчета среднеарифметического значения из анализа карт за 1 квартал 2025 года (всего 409 случаев);

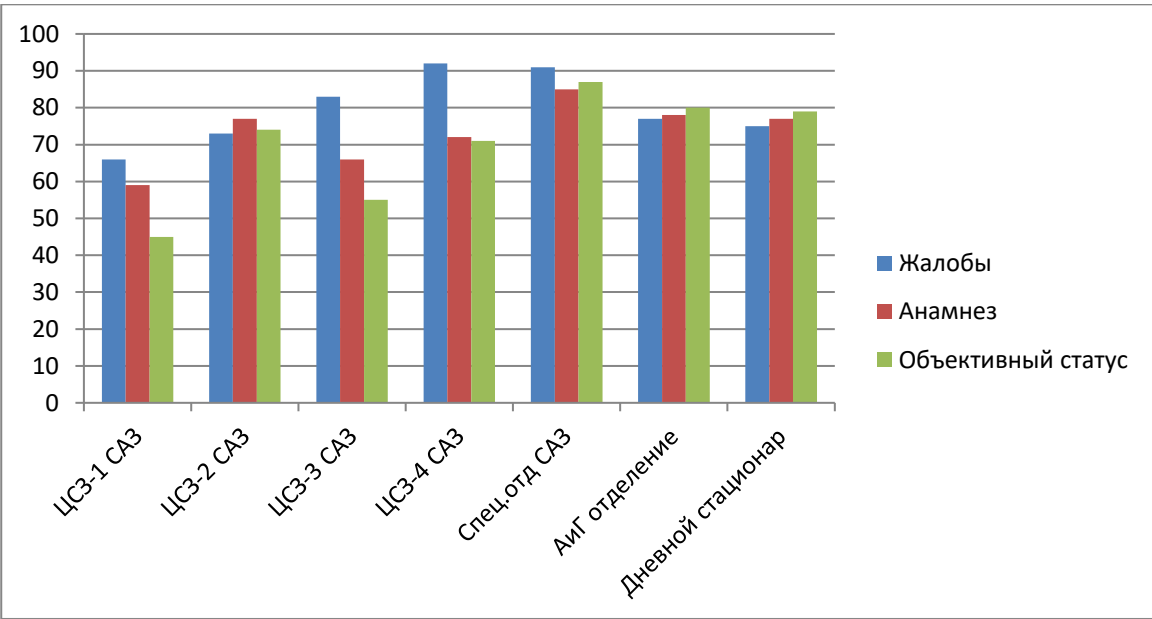
По представленной информации можно увидеть следующие виды дефектов, допущенных врачами при ведении медицинских амбулаторных карт (АК) пациентов:

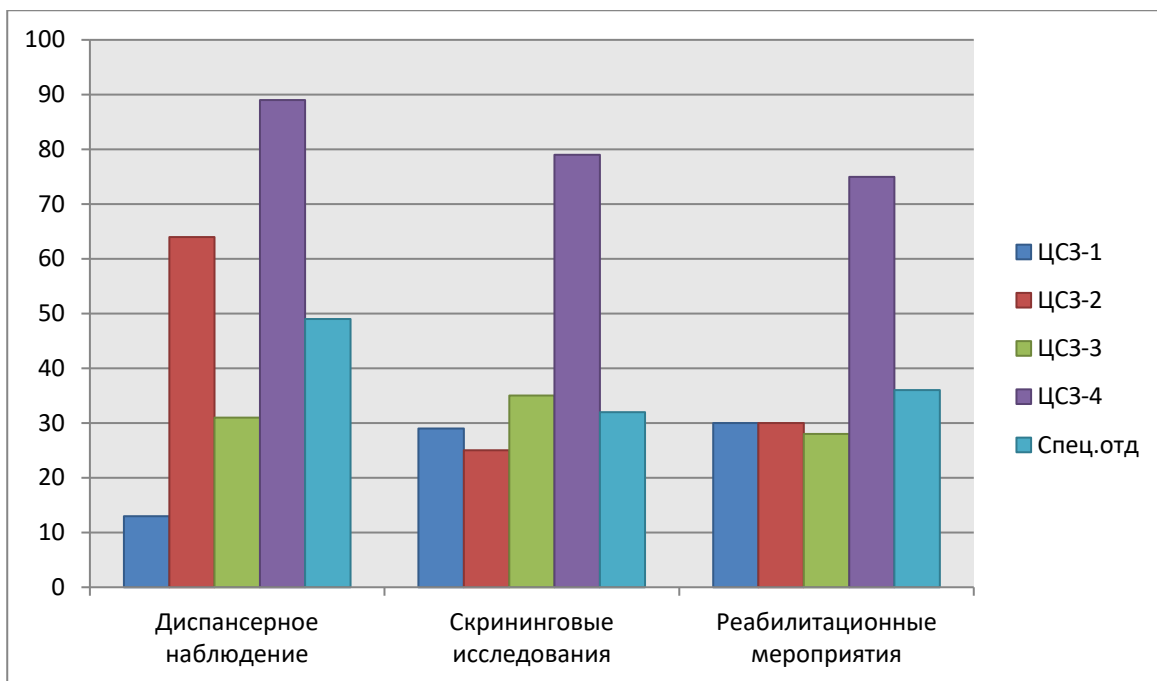
1. Более чем в 16,3% АК не в полном объеме, без детализации собраны жалобы, анамнез, описание объективного статуса
2. Более чем в 21% АК не в полном объеме, несвоевременно и необоснованно назначены диагностические исследования и консультации профильных специалистов, лечебные мероприятия
3. Более чем в 22% АК несвоевременно, неграмотно, неполно выставлен клинический диагноз
4. Более чем в 29% АК назначенный объем диагностических и лечебных мероприятий не соответствуют Клиническим протоколам диагностики и лечения (КПДЛ), не зафиксированы даты явок и факты неявок пациентов
5. Более чем в 29% АК не проводилось диспансерное наблюдение, из лиц, подлежащих Д наблюдению, не проводились скрининговые исследования, ежегодные осмотры в мужском и женском смотровых кабинетах
6. Более чем 13% нуждающихся не проводились реабилитационные мероприятия

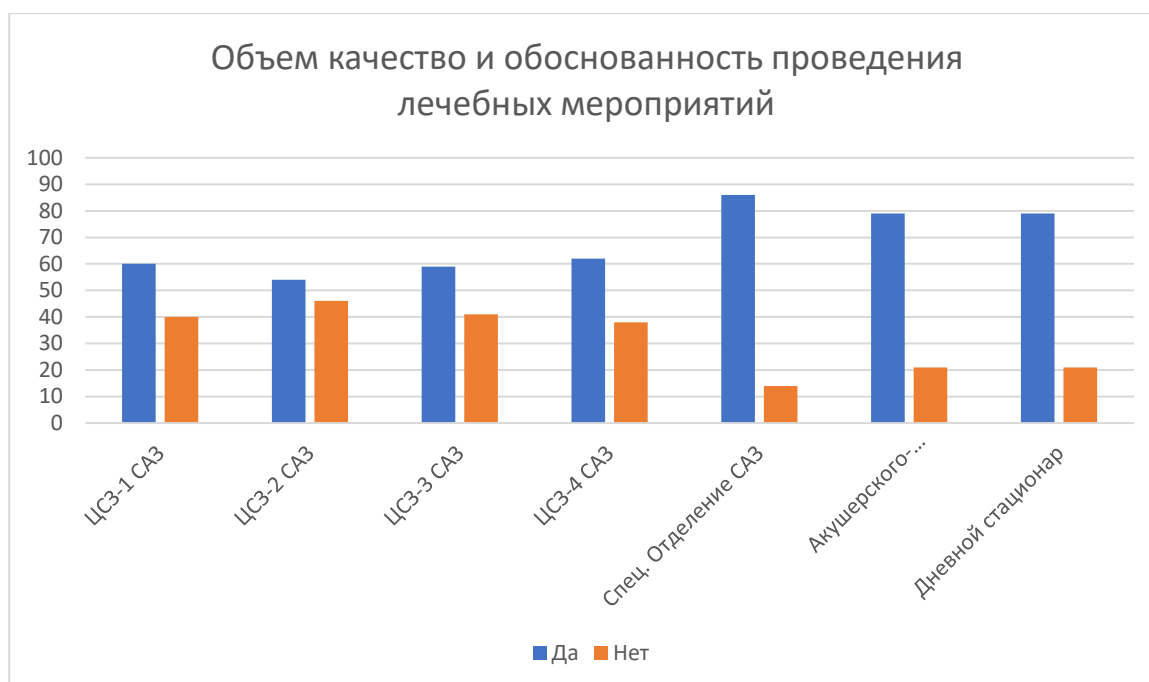
Для более детального рассмотрения всех разделов данного мониторинга, проведен анализ случаев по каждому структурному подразделению (СП) за 1 квартал 2025 года. Показатели взяты путем подсчета среднеарифметического значения из анализа карт за 1 квартал 2025 года.



По







Из данных этих схематических изображений можно сделать следующие выводы:

1. Жалобы примерно одинаково некачественно собраны во всех СП, за исключением ЦСЗ 4
2. Анамнез менее качественно собран в ЦСЗ 1, ЦСЗ 3 (менее 35% АК)
3. Во всех ЦСЗ полнота и обоснованность диагностических исследований составила менее 85%, более чем в 85% у акушерско-гинекологического, специализированного, дневной стационар
4. В ЦСЗ 1 наименее грамотно описан объективный статус (более чем в 25% АК)
5. Во всех ЦСЗ своевременно, полно диагноз выставлен менее чем в 70% АК, более чем в 70% у акушерско-гинекологического, специализированного, дневной стационар
6. Своевременность назначения консультации профильных специалистов самая низкая у ЦСЗ 2 (менее чем в 34% АК)
7. Объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий более чем у 77% наблюдается только в специализированном, акушерско-гинекологическом отделениях и в дневном стационаре
8. Диспансерное наблюдение, из лиц, подлежащих Д наблюдению, не проводились скрининговые исследования, ежегодные осмотры в мужском и женском смотровых кабинетах наименее низкие в ЦСЗ 1, ЦСЗ 2, ЦСЗ 3. В Клинические протоколы диагностики и лечения не соблюдены во всех ЦСЗ (менее чем у 40%), у остальных подразделений более 60% АК имеют соответствие с клиническими протоколами диагностики и лечения

Всего умерших	Из них:				мужчин		женщин	
	трудоспособного возраста		пожилого и старческого возраста					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
91	27	29,7%	64	70,3%	55	60,4%	36	39,6%

Список, умерших трудоспособного возраста:

Участок	ИНН пациента	Причина смерти	Место смерти
ЦСЗ№1			
3	620810350524	ОНМК	Дома
3	690718350110	ЗНО	Дома
7	680114350076	Кардиомиопатия	Стационар
10	660127300443	О. панкреатит	В др. месте (вскрытие)
10	810817300922	Пневмония	Стационар
19	890731301036	Травма	Стационар
22	640303301187	ВИЧ	стационар
ЦСЗ№2			
13	691226300797	Внезапная сердечная смерть	В др. месте (вскрытие)
13	870424350755	пневмония	Стационар
13	700607350082	ДЭП	Дома
13	670101404115	О. панкреатит	Стационар
15	670401399027	Атеросклероз	Дома
16	740102350629	Печеночная недостаточность	Дома
21	931215350745	ОНМК	стационар
ЦСЗ№3			
6	860912350260	кардиомиопатия	Дома (вскрытие)
8	690723450194	ЗНО	Стационар
8	660124450221	ДЭП	Дома
8	810616350133	асфиксия	Дома
8	650813350289	ЗНО	Стационар
8	721122301292	ЗНО	стационар
8	731013302606	Вирусный гепатит	дома
8	630711350191	ЗНО	
8	741019350442	Травма	
11	680314300621	ОНМК	
12	781116301568	ОИМ	
12	650512450358	ЗНО	
12	810412351083	ДЭП	

Выводы:

1. Превалирует смертность пожилого и старческого возраста – 70.3%;
2. По половому признаку высокая смертность среди мужского населения – 60.4%;
3. В разрезе нозологий высокая смертность среди заболеваний нервной системы, БСК и ЗНО;

4. Смертность от БСК на 100 тыс. населения составила 30.05 (с экстрапол. – 120.23) при ЦП 87.74
5. Смертность от ЗНО на 100 тыс. населения составила 22,98 (с экстрапол. – 91,94) при ЦП 78.4;
6. В разрезе ЦСЗ наблюдается высокая смертность от БСК в ЦСЗ№2(16.2);
7. В ЦСЗ№3 высокая смертность от ЗНО (25.4) и от БСК 15.2;
8. В разрезе участков высокая смертность на участке №8 (8 случаев);

Пути решения:

1. Обследование пациентов с АГ и пациентов из группы риска по онконастороженности - согласно алгоритму;
2. Обучение медицинских сестер, занимающихся диспансеризацией - определению кардиоваскулярных факторов риска по шкале SCORE;
3. Разработка маршрутизации пациента при выявлении отклонений от референсных значений в лабораторных и инструментальных обследованиях, при выявлении риска по шкале SCORE;
4. Анкетирование населения по раннему выявлению ЗНО;
5. Обследование пациентов по онконастороженности по «зеленому» коридору;
Для заведующих специализированными отделениями соматического и хирургического профиля:
 1. Обучение врачей ПМСП и профильных специалистов по предвестникам инсульта и коронарного синдрома;
 2. Врачам кардиологам определять тест по вероятности ишемии, идентификация клинических факторов риска инсульта у пациентов с ФП;
 3. Врачу онкологу обучить врачей ПМСП методам раннего выявления ЗНО;
 4. Заведующим отделениями проводить мониторинг своевременного выявления, обследования пациентов с подозрением на БСК и ЗНО;
Для заведующей отделением профилактики и социально-психологической помощи и врачи ПМСП:
 1. Профилактическому отделению и врачам ПМСП проводить профилактическую работу по устранению и/или снижению модификационных факторов риска (обучение медработников, пациентов и их родственников);

Проведен анализ АК лиц, подлежащих иммунизации против инфекционных заболеваний, по наличию несвоевременной вакцинации или отсутствия вакцинации против инфекционных заболеваний

Количество прикрепленного населения – 57456 (на 30.03.2024), втч. до 14 лет - 14289 детей.

- целевая группа (плановая иммунизация):

Возраст	подлежит	выполнение
---------	----------	------------

До 1 года	749	265
1 год	923	287
2 года	1070	690
6 лет	1006	394
16	675	239
всего	4423	1875 (42,4%)

Отчетный период за 1 квартал 2025 г.

- охват вакцинация до 1 года (АБКДС) 30,8% - (норма 31,6)
- охват вакцинации 1 год (ККП) 31,4% (норма – 31,6%)
- охват вакцинации 6 лет (ККП + АБКДС) 36,7% (31,6%)

Анализ АК пациентов с запущенными формами онкологических заболеваний
За 1 квартал 2024 года всего ЗНО – 35 из них онкозапущенных 3-4 ст. - 12случаев (25%), на 100тыс. населения – **12,6** из них видимой локализации – 1случая (4,71%).

Видимой локализации в разрезе ЦСЗ:

ЦСЗ №1 – 0 (0%)

ЦСЗ№2 – 0 (0%)

ЦСЗ№4 – 1 (33,3%) 14 участок

Причина запущенности:

Несвоевременное обращение –скрытое течение, несвоевременное обращение за мед. помощью;

Проведен анализ АК лиц трудоспособного возраста с первичным выходом на инвалидность

годы	Всего	На 100 тыс. взрослого населения	Из них трудоспособного возраста	На 100 тыс. взрослого населения
2024г.	26	57,41	19	41,96
2025г.	41	103,08	23	57,82

В 2025г. наблюдается рост выхода на инвалидность в 1,8 раза, из них лиц трудоспособного возраста в 1.4 раза.

Выход на инвалидность трудоспособного возраста по нозологиям:

№	Нозология	2024г.	2025г.
1	Туберкулез	3	3
2	ЗНО	7	8
3	БСК	1	4
4	Б-ни нервной системы	1	4
5	Б-ни ЖКТ	1	1
6	Травмы	0	3
7	Б-ни костей и суставов	3	0
8	Б-ни органов зрения	2	0
	Итого:	19	23

В 2025г. остается высоким выход на инвалидность по ЗНО, наблюдается рост по БСК и болезням нервной системы.

Проведя аудит данных АК сделаны следующие выводы:

1. Ранее состояло на Д учете - 18;
2. Основной клинический диагноз, осложнения, сопутствующая патология выставлены в 100% случаев
3. 99,1% пациентов выполнены все диагностическими и лечебные мероприятия по рекомендациям КПДЛ
4. 75% получили реабилитационные мероприятия
5. ИПР разработана корректно всем нуждающимся

Проведен анализ амбулаторных карт (ЭПЗ) по наблюдению за детьми после выписки из стационара в период с 01.01.2025 - по 31.03.2025 г.

За 1 квартал 2024 года поступил активы из стационаров города - 5400, из них не обслужено -345; Всего активов со скорой помощи - 3457 , из них не обслужено-249.

За 1 квартал 2024 года поступил активы из стационара всего детей до 18 лет -372, их них дети от 0 до 5 лет – 262 –70,4 %, обслужено 325 – 87,4 %, не обслужено – 47 – 12,6% (информация преданы заведующий ПМСП и старшей медсестрам).

Проведен аудит 26 амбулаторных карт, проанализировав которые сделаны следующие выводы: за 1 квартал 2025 года всего было госпитализированы детей от 0 до 5 лет 372, из них госпитализация ребенка по направлению врача ПМСП и по направлению профильных специалистов составила – 147 – 39,5%; госпитализация детей по СМП – 82 (22%) из них направленных специалистами отделение неотложной помощи – 31 (8,3%); по обращению родителей в приемный

покой городские стационары - 112 – 30,10%, что может свидетельствовать о недостаточном контакте пациента с участковым врачом или создании очередности в приемных отделениях городских стационаров.

Плановая госпитализация через Бюро госпитализации в круглосуточные городские детские стационары: направлено детей на госпитализацию до 18 лет – 167, из них госпитализировано – 81, из них от 0 до 5 лет составляет 36 (4,4%); сняты с портала «БГ» всего 18 детей, который составляет 22,2% - причина отказа от госпитализации связана с неполным обследованием пациентов, отказ родителей от госпитализации и заболевание детей.

По профилям коек госпитализированных детей: кардиологический и кардиохирургические – 4 детей, неврологические 7, нефрологические -2, онкология -11, отоларингологические -6, офтальмологические – 6, урология – 11, хирургия – 16, травматология – 5 и т.д.

Госпитализация детей в дневные стационары через «Бюро госпитализации» до 18 лет – 48 детей, из них от 0 до 5 лет – 18 детей (37,5%), 16 из них инвалиды (33,3%).

Наблюдение ребенка после стационара: актив врача после стационара в течение 2 дней после выписки из стационара, выполнение рекомендации стационара; запись врача, план обследования, рекомендации по оздоровлению соответствующую КВДЛ составили около 75%, что также свидетельствует о недостаточном контроле за ребенком после выписки из стационара (отсутствует связь участковой службы с родителями).

Проведен анализ амбулаторных карт по наблюдению послеродовых женщин за 1 квартал 2025года акушеркой и врачом акушер -гинекологом

Проанализировано 151 карт.

По результатам аудита сделаны следующие выводы:

Патронаж после родов акушеркой проводится-99%

Наблюдение в послеродовом периоде 10-,30 сутки врачом акушер-гинекологом проводится-99%

Опрос родильницы, осмотр ,проведение разъяснительной работы по вопросам контрацепции, консультации по подбору контрацепции проводится 100%.

Проведен анализ осложнений беременности управляемых на уровне ПМСП

Показатель преждевременных родов за 1 квартал 2025года - 4случаев -из 151родов, что составило 2,6% ,аналогичный период 1квартал 2024года -1-0.5%

(1 случаев из 170 родов).

Среди причин:

1.Инфекция

2. ИЦН,короткий интергенетический интервал

3.Презеклампсия

Проведен анализ амбулаторных карт пациентов с болезнями системы кровообращения (после инфарктов и инсультов) за квартал 2025 г.

За 1 квартал 2025 года выявлено пациентов с ОИМ – 4, из них умер – 1 (стационар - 1). На 100тыс. населения – 32,5;

Взято на «Д» учет с ОИМ 3, из умерло -1. Все взяты в ИС «РОКС» -3. На 100 тыс.населения – 15,6;

Из лиц, перенесших ОИМ ранее состояло на «Д» учете с АГ, ИБС –7, получали лекарственные препараты по АЛО полностью в 7 (100%) случаях,

С инфарктом мозга (далее – ИМ) - 24 пациента, на 100 тыс. населения – 46,9. Из них умер - 3; выбыли в другие МО - 2; нигде не прикреплен 1. Осталось - 18.

Взято на «Д» учет 26 (100%). Все взятые на динамическое наблюдение и обеспечены лекарственными препаратами в рамках АЛО.

Из лиц, перенесших ИМ ранее состояло на «Д» учете – (76,9%), получали лекарственные препараты в полном объеме по АЛО в (95%), частично 1(5%).

Проведен анализ АК пациентов, получивших стационарозамещающую терапию

Проведен анализ 154 историй заболевания пациентов, получающих лечение в дневном стационаре.

Выявлены дефекты: 560726400811,541015350499, 021113650016, 720615301061, 980528350703, 650215350288,590927350017,660504380538,790407400814, 590519450164

Не выставляется предварительный диагноз при первичном осмотре, данные лабораторных исследований более 10-дневной давности, в амбулаторных картах ЦАХа отсутствуют записи тайм-аута, не указываются цели госпитализации, индикаторы эффективности.

Анализ инцидентов за 1 квартал 2025 года

Всего за отчетный период было зарегистрировано 29 отчетов об инциденте. Все инциденты были без вреда здоровью пациента. В основном инциденты были решены на местах экспертами Службы поддержки пациента и внутренней экспертизы. Инциденты зарегистрированы в журнале регистрации инцидентов с присвоением порядкового номера. По сравнению за аналогичный период 2024года в динамике количество отчётов об инциденте увеличилось. Сотрудники отделений начали активно подавать отчёты об инциденте. Экстремальных событий за 3 месяца не было зарегистрировано. Ниже представлена диаграмма по динамике сообщений об инциденте за 3 месяца 2025 года.



По итогам отчётов об инциденте было принято решение:

- 1) Продолжить подавать отчеты об инциденте.
- 2) Руководителям отделений поддерживать культуру безопасности в отделении, соблюдать не карательную обстановку в отделении.
- 3) Экспертам СПП и ВЭ продолжить работу по сбору и анализу отчетов об инциденте.

**Анализ по обращениям, поступившим в адрес
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 5»**

За период с 01 января по 31 марта 2025 года в адрес ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 5» поступило 221 обращение.

Разбивка количества обращений по категориям выглядит следующим образом:

Категория обращений	Кол-во	%
---------------------	--------	---

Жалобы	124	56,1%
Благодарности	91	41,2%
обращение	6	2,7%
Всего:	221	100,0%

Анализ жалоб и обращений за 1 квартал 2025 год зарегистрированных в информационной системе

№		Всего	Жалобы	Благодарност и	обращение
1	Письменн ые обращения на имя директора	14	7 (из них 1 - отозвана)/50%	7 (50%)	
2	Е - өтініш	14	8 (57,1%)	1(7,1%)	Госзакуп - 5 (35,7%)
5	Фонд ОСМС	23	18 – 78,2% (из них отозванных 13 / 72,2%, ответ – 5/27,8%)	4 (17,3%)	1(4,5%)
6	Ай көмек	170	91 (53,5 %)	79 (46,5%)	-
	Всего	221	124 (56,1%)	91 (41,2%)	6 (2,7%)

- Жалобы на прикрепления к медицинским учреждениям:

За 1 квартал 2025 года жалобы на отказ в прикреплении всего 12, из них 9 не входит в зону обслуживания городской поликлиники №5, 2 – несвоевременное прикрепление.

Проведенные мероприятия: определен сотрудник СПП, который ежедневно проводит мониторинг заявки на прикрепления;

- Проведен семинар с разбором этих случаев с сотрудниками поликлиники, что значительно уменьшило данное нарушение. Случаев

немотивированного отказа в прикреплении не было.

- Администраторы СПП проводить разъяснительную работу среди население по прикреплению в МО.

- Жалобы на своевременное обеспечение лекарственных препаратов:

За 1 квартал 2025 году поступил жалобы на своевременное обеспечение лекарственных препаратов всего 2. Задержка связана с перебоями доставки СК «Фармация».

Проведенные мероприятия: пациенты обеспечены лекарственными препаратами по согласованию провизора поликлиники других аптеках МО.

Жалобы на отказ госпитализации через портал «Бюро госпитализации»:

За 2025 год поступила 1 жалоба. Причина отказа связана с неполным обследованием пациентов и отказа родителей от госпитализации.

Недоступность КДУ: длительное ожидание лабораторных и инструментальных исследований, узких специалистов, длительное ожидание приема участковой службы:

Ожидание записи к врачам ПМСП и узким специалистам на сегодня составляет не более 10 дней. Есть проблемы записи на УЗИ исследование с июля в связи с увольнением 2-х специалистов УЗИ по собственному желанию, на сегодня разосланы приглашения на работу специалистов данного профиля. Пациентов направляем в другие медицинские организации по субподряду.

Нарушение медицинской этики и деонтологии: Психологами поликлиники проводятся тренинги, для улучшения качества работы врача, а именно его коммуникативных навыков (профилактика и предупреждение конфликтных ситуаций, стрессоустойчивость);

- организация тренингов по профилактике синдрома профессионального выгорания

Некачественное оказание медицинской помощи: Экспертами проводится анализ каждого обращения/жалобы. Разрабатываются мероприятия корректирующих и предупреждающих действий по предотвращению поступления повторных жалоб;

Для повышения компетенции мед. персонала проводим обучение на рабочих местах, так за 1 квартал 2025 г. прошли обучение 11 сотрудников.

Врачи ПМСП и профильные специалисты используют в своей деятельности клинические протокола, что помогает в своевременном проведении необходимых диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий

Ежемесячно проводится онкологический и кардиологический час с участием врачей ПМСП и профильных специалистов.

В результате совместной работы над дефектами улучшились индикаторы по онкологической и кардиологической службе.

Обоснованных жалоб на государственные органы за 1 квартал 2025 г. не

было.

Отчет
по реализации плана мероприятий по предупреждению рисков
за 1 квартал 2025 года

Регистр рисков ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5» был пересмотрен в январе 2025 года.

По итогам анализа инцидентов за 2024 год, а также исполнения приоритетных общепольничных индикаторов был составлен регистр предполагаемых рисков. На 2025 год общее количество рисков составило 26.

Оценка рисков была проведена исходя из реализовавшихся проблем по итогам 2024 года.

В 2025 году в красной и оранжевой зоне следующие риски:

1. Несоблюдение требований клинических протоколов; 3. Врачебные ошибки;
4. Дефекты оформления медицинской документации;
2. Риск - Выход из строя медицинского оборудования в связи с проведением профилактических мероприятий перешел в желтую зону.

По реализации плана по риску проведены следующие мероприятия:

Проводится разъяснительная работа о важности подачи инцидента на регулярной основе; с новыми сотрудниками проводится инструктаж по подаче отчета инцидента. В план работы каждого структурного подразделения включен пункт о своевременном выявлении инцидента, факторах риска и предупредительных мероприятиях;

1. «Несоблюдение требований клинического протокола», проведены следующие мероприятия: 1. Заведующими структурными подразделениями ежемесячно проводится мониторинг записи в электронных амбулаторных картах, согласно утвержденным клиническим протоколам; Введен индикатор использования клинических протоколов. Согласно мониторингу соблюдения клинических протоколов за отчетный период пролечено с использованием клинических протоколов - 623, из них соответствие с клиническими протоколами 498 (80%), с отступлениями - 125 (20,0%), количество обоснованных отступлений – (58,4%). По результатам на пути внедрения клинических протоколов возникают следующие барьеры: недостаточная заинтересованность и неосведомленность медицинских работников, плохое соответствие пациентов клиническим рекомендациям, организационные ограничения, такие как отсутствие необходимых ресурсов.

Для устранения данных барьеров проводилось обучение врачей по работе с клиническими протоколами, были утверждены клинические протокола по наиболее часто встречаемым заболеваниям. Для усиления ресурсов были заключены договора по субподряду с другими медицинскими организациями.

3. По риску «Врачебные ошибки» проведены мероприятия:

Врачи ознакомлены с утвержденными клиническими протоколами;

Имеется план график профилактического технического обслуживания медицинского оборудования;

Врачи на постоянной основе повышают свой профессиональный уровень, каждые 5 лет проходят повышение квалификации, так за прошли обучение – 313 сотрудников.

В поликлинике для стимулирования повышения квалификации, проведения отбора наиболее трудолюбивых и способных сотрудников, стимулирования сотрудников действовать в первую очередь в интересах поликлиники, стимулирования работников поликлиники трудиться с наибольшей отдачей и эффективностью проводятся материальное и нематериальное вознаграждение.

Ежемесячно проводится аудит амбулаторных карт на качество ведения медицинской документации, проводится мониторинг объема оказанной медицинской помощи, объема лечебно-диагностических мероприятий. Экспертами СПП и ВЭ ежедневно проводится мониторинг дефектов, как: «Двойные осмотры», «Превышение медицинских услуг», «Ошибки отправки в Платежную систему», «Выставление заключительного диагноза Пневмония без диагностического подтверждения», «Услуги, выполняемые средним медицинским персоналом», «Услуги медсестер ВНЕ КПН», заполнение «Электронных паспортов здоровья пациентов», «Переписных эпикризов», «Мобильные приложения», «Мониторинг объяснительных», «Синхронизация населения на участках», что позволило достигнуть положительной динамики работы сотрудников при оформлении в медицинской карте оказанных услуг, составляются акты по мониторингу, где указываются допущенные дефекты. Проводился ежемесячный разбор дефектов по оказанным услугам.

План мероприятий:

1. Заведующим всех клинических структурных подразделений проводить семинарские занятия, тренинги согласно плану семинарских занятий по вопросам структуры амбулаторной карты, алгоритма качественного сбора жалоб, анамнеза, обязательного проведение оценки риска боли, при необходимости; оценки риска падения по показаниям; оценки духовных ценностей пациента (преимущественно в ЦСЗ 1, ЦСЗ 4; по утвержденным КПДЛ, семинар занятие по календарю прививок, разобрать возможные причины медицинских отводов, заполнения паспорта вакцинации к КМИС)
2. Заведующим ЦСЗ: предоставить на очередное заседание Совета по Качеству информацию по количеству подлежащих скринингу в разрезе участков, количество прошедших за 1 и 2 квартал и запланированных на 3 квартал и 4 квартал 2025 год
3. Заведующим ЦСЗ: предоставить на 3 заседание Совета по Качеству информацию по количеству подлежащих реабилитации в разрезе участков, количество прошедших за 1 и 2 квартал и запланированных на 3 квартал и 4 квартал 2025 год
4. Заведующим ЦСЗ провести хронометраж записей к участковому врачу

5. Заведующим ЦСЗ провести мониторинг наличия чатов внутри каждого участка для детей до 5 лет, с регулярным информированием о признаках острого заболевания, профилактических мер и необходимости явиться на прием или вызвать врача на дом в часы работы Поликлиники
6. Разобрать основные нозологические единицы, являющиеся основной причиной госпитализации и реабилитационные мероприятия после выписки
7. Регулярно проводить мониторинг активов из стационаров и необходимостью обслуживать данные активы не позднее 2 дней после выписки
8. Заведующим ЦСЗ в разрезе каждого участка проводить мониторинг запланированных вакцинаций к исполненным ежемесячно, при сохранении индикаторов на данном исходном уровне предоставить данные о мониторинге на 3 заседание Совета по Качеству
9. Заведующей акушерско–гинекологического отделения – регулярно проводить среди сотрудников семинарские занятия с акцентированием необходимости проведения качественного опроса родильницы, объективного осмотра родильницы, проведения с родильницей разъяснительной работы по возможности наступления новой беременности во время кормления ребенка, о средствах контрацепции. На очередное заседание Совета по Качеству принести список родивших за 1 полугодие 2025 года
10. Активизировать и/усилить подворовые обходы для выявления лиц, проживающих на территории, оздоравливать, охватить скринингом во избежание инвалидизации пациента
11. Усилить охват реабилитационными мероприятиями
12. Заведующим ЦСЗ проводить мониторинг осмотра пациентов участковым врачом после выставления группы инвалидности
13. Заведующему акушерско-гинекологического отделения взять на контроль, регулярный мониторинг за работой врачей акушер-гинекологов: проведение прегравидарной подготовки, проведение оценки факторов риска преждевременных родов на каждом приеме, ранней диагностики преждевременных родов, своевременной профилактики СДР кортикостероидами, проведение цервикометрии пациентам с выявленными факторами риска, обучение сотрудников антенатальному уходу
14. Заведующим ЦСЗ и специализированного отделения: усилить требования к подбору лиц, направленных на получение стационарзамещающей терапии
15. Заведующему отделения профилактики и заведующим ЦСЗ: Проводить качественный осмотр в смотровых кабинетах; Проводить разъяснительную работу среди населения по раннему выявлению злокачественных заболеваний молочной железы, участковые врачи; Приглашать на скрининговые исследования, рекомендовать Проходить смотровой кабинет всем впервые обратившимся в поликлинику, участковые врачи, медсестры, срок постоянно;
16. Проводить разбор случаев ЗНО в отделениях с присутствием зам..директора по ЛПР, зам директора ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» по ОМР и АПЧ.
17. Заведующим ЦСЗ №1,2,3: Проводить в отделении разбор смертности лиц трудоспособного возраста, срок постоянно; довести до участкового врача

необходимость Соблюдать приказ МЗ РК от 23.10.2020г. ҚР ДСМ 149/2020 «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований»; Обеспечивать диспансерных больных ЛС согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 05 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75 « Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)

- 18.Заведующему акушерско-гинекологического отделения: мониторинг за Определением группы риска на 1 явке, в дальнейшем проводить оценку факторов риска преждевременных родов на каждом приеме, Раннюю диагностику преждевременных родов, Своевременной профилактикой СДР кортикостероидами, Проведением цервикометрии с выявленными факторами риска, Обучением сотрудников антенатальному уходу.
- 19.На регулярной основе заведующему отделением скорой медицинской помощи проводить семинарские занятия «Состояния пациентов, требующие госпитализации в профильные стационар»; «Правильная верификация и кодировка диагнозов»
20. Заведующим ЦСЗ №1,2,3,4: Проводить в отделении разбор случаев ОИМ и ОНМК, срок постоянно. Участковым врачам: Соблюдать приказ МЗ РК от 23.10.2020г. ҚР ДСМ 149/2020 «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований», срок постоянно; Обеспечивать диспансерных больных ЛС согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 05 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75 « Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)
21. **По вопросам улучшения работы по удовлетворенности населения:**
 - Заведующему отделения профилактики предоставить результаты, анализ, выводы и предложения анкетирования в службу поддержки пациентов и внутреннего аудита за 2 квартал;
 - Заведующим отделениями: Ознакомить на планерках сотрудников поликлиники с результатами анкетирования; Решать возникающие вопросы, предложения по принципу "Здесь и сейчас", для оперативной и эффективной работы в организации.
 - СУЧР: подбор кадров специалистов узкого профиля: ЛОР, окулист, эндокринолог аллерголог и поиску квалифицированных специалистов; проведение обучения с медицинским персоналом по "Этике и деонтологии", тренингов по "Коммуникативным навыкам и эффективному общению" для повышения профессиональных навыков и использовании в

профессиональной деятельности сотрудников; для улучшения качества и увеличения уровня удовлетворенности пациентов в организации необходимо создать комнату психологической разгрузки для сотрудников по "Профилактике профессионального эмоционального выгорания и стресса"

- 22.Заведующим всех структурных подразделений проводить рейсы на оценку знаний МЦБП-Международные цели по безопасности пациентов
23. Заведующим и старшим отделений своевременно предоставлять данные по индикаторам Руководителю СПП и ВЭ, проводить обучения сотрудников по требованиям правил и процедур, СОПов и алгоритмов., подавать отчеты об инциденте СПП и ВЭ
- 24.Провести мониторинг знаний кодов безопасности
- 25.Отчеты об инциденте: провести работу с сотрудниками по разъяснению цели подачи инцидентов, необходимости подачи инцидентов.
- 26.Ознакомить сотрудников отделений с данным отчетом.

Руководитель СПП и ВЭ

Айтуганова А.Т.

17.04.2025