|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Қазақстан Республикасы**  **Денсаулық сақтау министрлiгi**  **Павлодар облысы әкімдігі**  **Павлодар облысы**  **Денсаулық сақтау басқармасының**  **Шаруашылық жүргізу құқығындағы**  **«Ақсу орталық ауруханасы»**  **Коммуналдық мемлекеттік кәсіпорны** |  | **Министерство здравоохранения**  **Республики Казахстан**  **Коммунальное государственное**  **ппредприятие на праве хозяйственного ведения**  **«Аксуская центральная больница»**  **Управления здравоохранения**  **Павлодарской области**  **Акимата Павлодарской области** | |
| 140100, Павлодар обл., Ақсу қаласы,  Қамзин көшесi, 53  тел./факс (871837) 5-09-67 |  | 140100, г. Аксу Павлодарской обл.,  ул. Камзина, 53  тел./факс (871837) 5-09-67 |

«12» января 2021ж.

**Отчет о работе Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля**

**КГП на ПХВ «АЦБ» за 2020 год**

Во исполнение Дорожной карты по организации проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг от 27 февраля 2015года, утвержденной Министром здравоохранения и социального развития Республики Казахстан приказом № 118 от 18 марта 2015г КГП на ПХВ «АЦБ»произведено переименование Службы управления качеством медицинских услуг в Службу поддержки пациента и внутреннего контроля, разработано Положение о Службе поддержки пациентов и внутреннего контроля, усилена работа по некоторым направлениям, в том числе работа с обращениями граждан в Службу поддержки пациента и внутреннего контроля.

Состав Службы поддержки пациента и внутреннего контроля КГП на ПХВ «АГБ:

- Руководитель службы, заместитель директора по качеству медицинских услуг. В составе Службы 3 врача эксперта (штатные единицы), региональный координатор по ИВБДВ, врач эпидемиолог, специалист по мониторингу СМИ, клинический фармаколог.

Службой внутреннего контроля разработана программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи предприятия, Программа управления рисками.

СПП и ВК КГП на ПХВ «АЦБ» в соответствии с приказом № 173 от 27 марта 2015г «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» проводит:   
1) анализ эффективности деятельности подразделений организации по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов   
2) проводит анализ деятельности внутрибольничных комиссий;  
3) представляет руководству организации здравоохранения информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия соответствующих управленческих решений;  
4) проводит обучение и оказывает методическую помощь персоналу организации по вопросам обеспечения качества медицинских услуг;  
5) проводит изучение мнения сотрудников организации и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

6) Координирует деятельность предприятия по управлению качеством медицинских услуг.

Проводятся ежемесячно, в соответствии с планом, внутренние аудиты структурных подразделений больницы с выявлением недостатков в работе, принимаются меры по их устранению, улучшению качества медицинских услуг.

Большое внимание Службой внутреннего аудита уделяется рассмотрению жалоб, обращений физических и юридических лиц. С персоналом проводится инструктаж Закона РК № 221-III «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц», Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», проводятся регулярно семинары и занятия по соблюдению этики и деонтологии. Все письменные и устные обращения граждан регистрируются в журнале обращений, принимаются меры по решению проблем пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 календарных дней.

**Информационно-разъяснительная работа**

Во всех структурных подразделениях, а также в регистратуре и в приемном покое имеются информационные стенды о путях доступа пациента к Службе поддержки пациентов и внутреннего контроля в ЛПО с телефонами доверия предприятия, информация о деятельности предприятия на стенде с телефонами доверия УЗО, МЗРК. Установлен телефон доверия с 3-канальным IP - телефоном - 8718(37) 4 99 44.

Размещены ящики для обращений, которые вскрываются по мере поступления и рассматриваются в указанные сроки. Имеется приказ руководителя предприятия по составу комиссии, протоколы изъятий обращений, протоколы заседаний комиссии по рассмотрению обращений.

Имеется сайт больницы. На сайте есть возможность населения получить информацию о предприятии, о работе Службы поддержки пациента и внутреннего контроля, структуре, сотрудниках, планах и инновационных технологиях больницы, а также возможность обратиться по всем интересующим их вопросам, в том числе на качество медицинских услуг.

В региональных газетах «Аксу жолы» и «Новый путь» вышла на государственном и русском языках информация о Службе поддержки пациента и внутреннего контроля, телефоне доверия, о функционировании единого Контакт – центра в Павлодарской области, также выступление на радио в формате Павлодарского радио. Функционируют дополнительные телефоны для обращений: 8718(37)67909; 8718(37)56879; 8718(37)58127.

Работа со СМИ: опубликовано 97 статей в печати областного и регионального уровня по профилактике туберкулеза, артериальной гипертонии, сахарному диабету, иммунизации, менингиту, анемии и другие. Информирование население через селекторное радио в поликлинике - 158, прокат а/видеороликов.

В течение 2020 года активно проводилась разъяснительная работа с населением по внедрению ОСМС. Для визуальной информации в поликлинике и в стационаре оформлены информационные стенды, опубликованы статьи и разъяснительные памятки для населения в региональных изданиях «Ақсу жолы» и «Новый путь», проводились радиолекции, прокат видеороликов в Центре семейного здоровья поликлиники, женской консультации, в приемном покое городской больницы г. Аксу, распространены буклеты, листовки, выложена информации об ОСМС в социальных сетях.

В целях реализации Дорожной карты цифровизации с 2018 года внедрена программа КМИС. Все медицинские работники обучены и работают в существующих модулях (электронная запись, регистратура, протокол осмотра, дневной стационар, лаборатория, листы и справки временной нетрудоспособности, ВКК). Оснащенность рабочих мест компьютерной техникой составляет 100%. Государственные услуги (запись на прием к врачу, вызов врача на дом, прикрепление населения) осуществляется в электронном формате, через сайт здравоохранения depzdrav.kz и Egov.kz. Также внедрена работа мобильного приложения Даму Мед.

**Мониторинг обращений за 2020 год**

Большое внимание Службой внутреннего аудита уделяется рассмотрению жалоб, обращений физических и юридических лиц. С персоналом проводится инструктаж Закона РК № 221-III «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц», Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», проводятся регулярно семинары и занятия по соблюдению этики и деонтологии. Все письменные и устные обращения граждан регистрируются в журнале обращений, принимаются меры по решению проблем пациентов на месте по мере их появления, своевременно рассматриваются обращения граждан, поступающие через электронные СМИ и социальные сети.

Во всех структурных подразделениях, а также в регистратуре и в приемном покое имеются информационные стенды о путях доступа пациента к Службе поддержки пациентов и внутреннего контроля в ЛПО с телефонами доверия предприятия, информация о деятельности предприятия на стенде с телефонами доверия УЗО, МЗРК. Установлен телефон доверия с 3-канальным IP-телефоном - 8718(37)49944. Размещены ящики для обращений, которые вскрываются по мере поступления и рассматриваются в указанные сроки. Имеется сайт больницы, где можно получить информацию о предприятии, о работе Службы поддержки пациента и внутреннего контроля, структуре, сотрудниках, планах и инновационных технологиях больницы, а также возможность обратиться по всем интересующим их вопросам, в том числе на качество медицинских услуг. Функционируют дополнительные телефоны для обращений: 8718(37)67909; 8718(37)56879; 8718(37)58127.

Большое внимание Службой поддержки пациента и внутреннего контроля уделяется рассмотрению жалоб, обращений физических и юридических лиц. С персоналом проведен инструктаж Закона РК от 12 января 2007 года № 221-III «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц» (с изменениями от 01.07.2017г.). Все письменные и устные обращения граждан регистрируются в журнале обращений, принимаются меры по решению проблем пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 календарных дней. Ежемесячно проводится анализ мониторинга обращений.

**Мониторинг обращений за 2020г. – 2019г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **инстанция** | **2020 год** | **2019 год** |
| **Абс.ч** | **Абс.ч.** |
| 1 | МЗ РК | 1 | 3 |
| 2 | Аким области | 4 (ватсап) | 7 |
| 3 | Аким г. Аксу | 25 (ватсап) | 39 (ватсап-15, сайт-4, письм.-3, многодетные-17) |
| 4 | УЗО | 21 | 39 |
| 5 | СППВК ГБ г. Аксу (сайт, коллцентр, телефон доверия) | 350 | 376 |
|  | **всего** | **401** | **464** |

**По структуре**: большой удельный вес занимают консультативные вопросы – 64,5%. На втором месте вопросы организации поликлиники – 7,1%, на третьем месте - вопросы по бесплатному лекарственному обеспечению и молочным смесям – 5,1%, на четвертом - вопросы оформления, усиления группы инвалидности, дополнения к ИПР – 4,6%. По качеству медицинской помощи – 2,5%.

По итогам 2020 года, можно отметить тенденцию снижения общего количества обращений пациентов в вышестоящие органы на 43%, что свидетельствует о возрастающей роли Службы поддержки пациентов в работе с пациентами и решений возникающих вопросов на уровне предприятия.

**Анкетирование пациентов**

Службой внутреннего аудита регулярно проводится анкетирование пациентов. В соответствии с приказом МЗРК от 22 июля 2011г № 468 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой помощи» регулярно проводится анкетирование пациентов. По результатам анкетирования: по стационару удовлетворены медицинской помощью - 90,2% анкетируемых, по поликлинике-86%. Были высказаны замечания, пожелания, предложения по организации работы поликлиники и совершенствованию качества оказания медицинской помощи, «относиться внимательнее к пациентам». Регулярно проводится информирование о функционировании Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля, о деятельности единого информационного центра, проводится анкетирование на информированность о Службе. По данным анкетирования: информированы о Службе – 91,2%, информированы о «телефонах доверия» - 93%, обратившихся в Службу поддержки – 42%, удовлетворены работой Службы поддержки из обратившихся - 98%.

**В течение 2020 года СППВК** проведены различного рода экспертизы: мониторинг индикаторов предприятия и структурных подразделений на соответствие утвержденным пороговым показателям, проведены клинические аудиты историй болезни, амбулаторных карт на предмет соответствия установленным Протоколам диагностики и лечения, проводился анализ и обобщение результатов экспертизы качества медицинских услуг с принятием мер, направленных на устранение и предупреждение выявленных недостатков. При проведении анализа медицинской документации оценивались качество сбора анамнеза, полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза в течение первых 3 дней с учетом результатов проведенных исследований на догоспитальном этапе, обоснованность нахождения на лечении, получения медицинской помощи в данной форме (амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарзамещающей), своевременность и качество консультаций специалистов, объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, в том числе диспансерных, профилактических и реабилитационных, развитие осложнений после медицинских вмешательств, достигнутый результат, качество ведения медицинской документации, разборы запущенных случаев онкологических заболеваний, разборы всех случаев осложнения беременности, родов и послеродового периода, обоснованность назначения лекарственных препаратов, анкетирование пациентов в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи.

**Мероприятия по улучшению качества медицинских услуг:**

1. Продолжить осуществление самоконтроля, контроля на уровне руководителей подразделений, контроля, осуществляемого службой внутреннего контроля (аудита).
2. Продолжать разработку СОП, клинических Протоколов в виде СОП, разработку СОП оперативных вмешательств в хирургии, урологии, травматологии, гинекологии, родовспоможении.
3. Обеспечить преемственность со всеми структурными подразделениями по вопросам повышения качества медицинских услуг.
4. Продолжить укрепление материально-технической базы;
5. Продолжить работу по улучшению кадрового обеспечения и повышению квалификационного уровня врачебного и сестринского персонала;
6. Продолжить внедрение в практику инновационных технологий и современных методов управления организацией;
7. Усилить контроль за безопасностью пациентов и медицинских работников (внедрение практических методов по снижению риска, возникновения внутрибольничной инфекции и др).
8. Регулярно проводить мониторинг Плана повышения качества медицинских услуг и Плана управления рисками.
9. Осуществлять контроль за соблюдением правил оказания ГОБМП.
10. Регулярно проводить работу по информированию населения о деятельности Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля, решение проблем по принципу «здесь и сейчас», уменьшения жалоб на качество медицинских услуг, этику и деонтологию.

**СПП и ВК КГП на ПХВ «АГБ», руководитель Тулеубаева Н.С.**