



## **Информационная справка**

**«Анализ показателей качества и безопасности медицинской деятельности  
Государственного автономного учреждения здравоохранения  
«Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан» за 2019 г.»**

Заведующий отдела стандартизации и  
контроля качества ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»  
В.А. Курылев

## **В ГАУЗ "РКБ МЗ РТ" сформированы структуры системы управления качеством, выстроена система внутренних аудитов:**

### **Области аудита:**

- процессы, связанные с выполнением основных функций,
- процессы управления,
- процессы обеспечения персоналом и материально-техническими ресурсами,
- процессы правового обеспечения,
- процессы управления инфраструктурой и производственной средой

### **Критерии аудита:**

- требования ГОСТ ISO 9001-2015;
- политика и цели в области качества ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»;
- документация системы менеджмента качества ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»;
- внешняя и внутренняя нормативная документация;
- практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

### **Цель аудита:**

- определение областей возможного улучшения СМК;
- установление соответствия или несоответствия процессов СМК требованиям стандарта.

### **В ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»:**

- сформирован институт уполномоченных по качеству из ведущих специалистов больницы (121 специалист из числа врачей и СМП);
- обучено и сертифицировано внутренних аудиторов (50 специалистов);
- утверждены приказом главного врача Врачебная комиссия (ВК) и подкомиссии ВК;
- создан Больничный Совет;
- обеспечено вовлечение работников в процесс развития СМК в подразделениях (сформированы критерии результативности и цели в области качества, спроектирована основные процессы и подпроцессы).

### **Результаты аудита за 2019 года**

За 2019 год проведено **204** внутренних аудитов. Из них **78** (36,2 %) плановых, **23** (11,3 %) внеплановых и **79** (38,7%) инспекционных, 24 (11,7%) предсертификационных. По результатам аудитов было выявлено: **1329** несоответствий при проведении плановых аудитов. По выявленным несоответствиям руководителями подразделений проводился анализ и разрабатывались корректирующие действия. Показатель результативности корректирующих действий и функционирования системы менеджмента качества за 2019 год составил **91,4 %**.

Исходя из общепринятых методик, в случае, если През.КД > 70 %, то **предпринятые корректирующие действия являются результативными**. Это означает, что в соответствии с СМК.МИ– 9.1.3-01-2019 «Оценка основных процессов», **основные процессы ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» находится в стабильном процессе улучшения и управляемом состоянии**.

## **Распределение несоответствий по элементам системы менеджмента качества ГОСТ Р ИСО 9001-2015**

Общее количество выявленных несоответствий по элементам системы менеджмента качества ГОСТ Р ИСО 9001-2015 составляет 572 несоответствий (43% от общего количества выявленных несоответствий -1329).

Наиболее **высокий уровень несоответствий** (более 20%) был выявлен при аудитах в области процессов функционирования среды организации и организации работы с документированными процедурами. **Средний уровень несоответствий** (9-13%) отмечается в области процессов системы менеджмента качества, взаимодействия и обмена информацией, управления рисками. **Низкий уровень несоответствий** (менее 5,0%) зарегистрирована процессов планирования и достижения целей, компетенции, мониторинга, измерения и анализа и оценки функционирования процессов подразделений.

### **Успешно формируется система управления рисками.**

Этапы построения системы менеджмента рисков:

1. Обучение руководителей подразделений и уполномоченных по качеству управлению рисками
2. Формирование культуры открытости и культуры безопасности
3. Сбор информации по нежелательным событиям (опасным факторам)
4. Оценка рисков и их ранжирование
5. Анализ корневых причин
6. Выбор методов управления рисками
7. Управление рисками
8. Регистрация нежелательных событий и их анализ
9. Актуализация, пересмотр методов управления рисками

В 2018-2019 году коллектив ГАУЗ "РКБ МЗ РТ" активно внедряет в практическую деятельность Рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Разработана Дорожная карта проекта и осуществляется постоянный её мониторинг.

Представленные ниже мониторинга и самооценки по результатам внутреннего аудита свидетельствуют, что требования Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности реализованы **на 82,0%**.

**Перинатальный центр и консультативная поликлиника сертифицированы на соответствие требованиям Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.**

**Отдельные показатели качества и безопасности медицинской помощи в соответствии с требованиями Практических рекомендаций Росздравнадзора 2019 год в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»:**

- Доля правильной гигиенической обработки рук **89,0 %** - по экспертной оценке; 94,0 % - по данным контроля старшими медицинскими сёстрами (норматив не менее 80%);
- Доля правильной идентификации пациентов – **99,8%**, зарегистрировано и устранено **153** нарушения идентификации пациента (Норматив – 100,0%);
- Показатель падений на 1000 койко-дней составил **0,1** (29 случаев на 419786 к\д) Норматив не более 0,2 на 1000 к/д;
- Процент смывов, не отвечающих гигиеническим требованиям составил - 0,4% (N 0,0%).
- Частота случаев внутрибольничного инфицирования от числа пролеченных больных – **0,02 %** (норматив – не более 0,1%);
- Доля пациентов, имеющих пролежни составила **0,15** на 1000 пролеченных больных (норматив не более 2,0 на 1000 пациентов);
- Доля ошибок, связанных с назначением лекарственных препаратов в % (экспертная оценка клинического фармаколога) составила 11,0%;
- Доля нарушений условий хранения лекарственных препаратов и безопасных условий работы, составила 7,7%.

**Обращения граждан по вопросам оказания медицинской помощи. За 2019 г. проведено 8 совещаний подкомиссии ВК по изучению обращений граждан.**

За 2019 года зарегистрировано 252 письменных обращений граждан по вопросам оказания медицинской помощи, в т.ч. 28 обоснованных.

- ▶ Из 252 обращений граждан, 28 признано обоснованными:
- ▶ По вопросам качества оказания медицинской помощи – 101 жалоба, что составило 40,0%, в т.ч. 9 обоснованных;
- ▶ По вопросам организации медицинской помощи – 89 жалоб, что составило 35,33% в т.ч. 12 обоснованных;
- ▶ По вопросам соблюдения условий оказания медицинской помощи 17 жалоб, что составило 6,7% в т.ч. 1 обоснованная;
- ▶ По вопросам соблюдения этики и деонтологии – 45 жалоб, что составило 17,8% в т.ч. 6 обоснованных.
- ▶ Уровень обоснованности жалоб составил 11,1% (40,0% в 2018 г.)

**Показатель удовлетворенности пациентов за 2019 год составил - 96,6% (нормативный показатель 95-100%)** опрошено 34 142 пациента, удовлетворены качеством оказания медицинской помощи 32 978 респондентов:

**Показатели уровней удовлетворенности пациентов по подразделениям:**

- Хирургическая служба – **97,7%**
- Акушерско-гинекологическая служба – **96,4%**

- Терапевтическая служба - **95,8%**;
- Травматологическая служба – **95,3%**
- Консультативная поликлиника – **85,3**
- Удовлетворенность питанием в стационаре составила **97,3%**.

#### **Выводы по показателям основной деятельности:**

**На основании анализа результатов деятельности подразделений и служб ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» за 2019 год достигнуты и улучшились в соответствии с установленными требованиями следующие показатели:**

- Показатель уровня положительных исходов лечения (улучшение+выздоровление) по ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» составляет **97,5%**, (норматив не менее 90,0%, прогнозируемый не менее 95,0%);
- Показатель госпитальной летальности по ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» за 2019 года по ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» составил – **1,48%** (N не более 1,5 %);
- Показатель послеоперационной летальности составил **0,8 %** (N не более 1,0 %);
- Частота послеоперационных осложнений составила **0,2 %** (N не более 2,0 %);
- Показатель удовлетворенности пациентов за 2019 год составил **96,6%** (нормативный показатель 95-100%);

#### **❖ В процессе освоения технологий учета, формирования показателей и отработки их достоверности находятся показатели качества и безопасности медицинской деятельности:**

- ❖ Частота случаев внутрибольничного инфицирования от числа пролеченных больных – **0,02 %** (норматив – не более 0,1%);
- ❖ Частота послеоперационных пневмоний, связанных с применением ИВЛ более 48 часов составила **9,6%** (норматив не более 30,0%);
- ❖ Доля пациентов, имеющих пролежни составила **0,15** на 1000 пациентов (норматив не более 2,0 на 1000 пациентов);
- ❖ Доля ошибок, связанных с назначением лекарственных препаратов в % (экспертная оценка клинического фармаколога) составила **11,0 %**
- ❖ Доля нарушений условий хранения лекарственных препаратов и безопасных условий работы, составила **7,7%**
- ❖ Доля правильной гигиенической обработки рук **89,0 %** - по экспертной оценке; **94,0 %** - по данным контроля старшими медицинскими сёстрами (норматив не менее 80%);

Отмечается положительная динамика по формированию статистики нежелательных событий в рамках программы управления рисками, вместе с тем зарегистрированные нежелательные события в журналах отделений не передаются своевременно в отдел качества для анализа, выяснения коренной причины и формирования корректирующих и предупреждающих действий, что свидетельствует

о низкой приверженности принципам международной культуры безопасности и страхе персонала перед административными наказаниями.

Для обеспечения достоверности показателей качества и безопасности медицинской помощи отделом стандартизации и контроля качества ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» были разработаны и размещены для общего доступа:

- методическая инструкция и регламент работы по профилактике падения, пролежней;

- регламент работы сотрудников по идентификации пациентов на этапах оказания медицинской помощи

- разработаны совместно с руководителями и уполномоченными по качеству подразделений:

✓ Карты критериев результативности клинических подразделений.

✓ Карты процессов, подпроцессов подразделений.

✓ Сформирован и представлен для подразделений альбом форм документов СМК.

✓ Документы по стандартизации.

✓ Систематически проводятся плановые, внеплановые аудиты.

✓ Организованы линейные аудиты 1- ступени.

✓ Формируется система организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ № 381н от 07.06.2019 г. и приказа ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» № 1034-п от 01.11.2019 г. и Практических рекомендаций РЗН

**Заведующий отдела стандартизации  
и контроля качества ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»**

**В.А. Курылев**