

**Акт профилактической проверки ГКП на ПХВ «Сандыктауская
районная больница».**

п.Балкашино

11 апреля 2019г. 11¹⁵ час.

Наименование органа РГУ «Департамент охраны общественного здоровья Комитета охраны общественного здоровья Акмолинской области МЗ РК» (далее - Департамент).

Акт о назначении проверки № 26-Э от 9 апреля 2019 года, зарегистрированного в УКПС и СУ ГП РК по Акмолинской области №1911000000602012/00029 от 9 апреля 2019 года.

(№, дата)

Наименование субъекта ГКП на ПХВ «Сандыктауская районная больница» при управлении здравоохранении Акмолинской области (далее – Сандыктауская РБ).

Адрес места нахождения объекта Республика Казахстан, Акмолинская область, Сандыктауский район, п. Балкашино, ул. Алихана Бокейханова.
БИН 040540002922

Главный врач Уразалинова А.С.

Дата начала и окончания проверки с 11.04.2019года по 17.04.2019года.

Проверяемый период: 01.01.2018года по 17.04.2019года.

Основание: приказ МЗ РК № 698 от 10 декабря 2018 года, список проверок профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) на 1 полугодие 2019 года ДООЗ Акмолинской области.

(номер, дата, Ф.И.О. подписавшего акт о назначении проверки)

В соответствии с пунктом 3 статьи 20 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранении», от 29.10. 2015г. № 375 «Предпринимательский Кодекс Республики Казахстан» на основании приказа МЗ РК № 698 от 10 декабря 2018 года, списка проверок профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) на 1 полугодие 2019 года ДООЗ Акмолинской области и приказа и.о. руководителя Департамента Мусиной № 400 от 10.04.2019года проведена профилактическая проверка Сандыктауской РБ Джидебаевой Л.С. – руководителем отдела контроля медицинской деятельности, Мельниковой В.Я. - главным специалистом отдела контроля медицинской деятельности, Карибаевой С.К. методистом Департамента.

Проверка проведена в присутствии главного врача Уразалиновой А.С.

Сандыктауская РБ оказывает медицинскую помощь взрослому и детскому населению Сандыктауского района, численностью 22 040 человек, в том числе пгт Шантобе с населением 3732 человек.

В состав Сандыктауской РБ входит районная поликлиника на 250 посещений в смену, 5-врачебных амбулаторий, 2-фельдшерско-акушерских пункта, 31-медицинский пункт.

Мощность круглосуточного стационара Сандыктауской РБ представлена 4 отделениями: терапевтическое, хирургическое, детское, акушерско-гинекологическое отделение. Коечная мощность составляет 145 коек. Из них 62 коек круглосуточного пребывания и 83 койки отделение дневного пребывания.

В структуре отделений Сандыктауской РБ:

- терапевтическое отделение - 24 койка, в том числе неврологические для взрослых-1, кардиологические для взрослых-1);
- хирургическое отделение на 11 коек, в том числе травматологические для взрослых -1, ортопедические для взрослых-1);
- акушерско-гинекологическое отделение на 13 коек, в т.ч. для беременных и рожениц 5 койки, патология беременных – 5 койки, гинекологических для взрослых- 3 койки);
- педиатрическое отделение 14 коек;
- дневной стационар на 83 коек дневного пребывания.

Оснащенность медицинской техникой.

Приказом №1 от 04.01.2019 года создана комиссия «Об актуализации информационной системы «Система управления медицинской техники»

По информационной программе СУМТ на 11.04.2019 года:

Всего развернуто кабинетов в соответствии с нормативами – 159, оснащенность в целом по району составило 68,03%, по СРБ 73,04%. Дорогостоящего медицинского оборудования стоимостью свыше 2000 МРП - по стационару 7ед. балансовая стоимость 5604,2492тыс.тг.; по поликлинике 5ед. балансовая стоимость 3203,1527тыс.тг. В 2018 году приобретено медицинского оборудования - комплект физиотерапевтического оборудования на сумму 4669,7 т.т.

Информация о неработающей медицинской технике на балансе ГКП на ПХВ «Сандыктауская районная больница»

№ п/п	МТ	Модель МТ	Дата выпуска	Первоначальная балансовая стоимость	Остаточная стоимость	Состояние
1	Анализатор гематологический	PCE – 17 ON	15.02.2007	1063,91	0	Подлежит списанию
2	Электрокардиограф	Аксион ЭК1Т-04	10.02.2003	117,66	0	Подлежит списанию
3	Электрокардиограф	Аксион ЭК1Т-04	28.02.2001	117,66	0	Подлежит списанию
4	Аппарат УЗИ	Aloka SSD-500	01.01.1999	996,17	0	Подлежит списанию

5	Шкаф сушильный	ШС - 80	01.01.2004	80,00	0	Подлежит списанию
6	Итого	5	-1999-2007г.г	2375,4тыс. тенге	0	Подлежит списанию

Имеется простаивающее оборудование в количестве 5 единиц, со 100% износом 1999-2007 года выпуска на общую сумму 2375,4тыс.тг. - подлежит списанию.

Согласно справки о государственной перерегистрации юридического лица от 31 января 2019года наименование юридического лица: ГКП на ПХВ «Сандыктауская районная больница».

Лицензия на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением названия юридического лица находятся на переоформлении.

В ходе проверки лицензии и приложений на ГКП на ПХВ «Сандыктауская центральная районная больница» выявлено отсутствие приложения к государственной лицензии по специальности: кардиология детская, кардиология, профессиональная пригодность, экспертиза временной нетрудоспособности, неанатомия, диагностика – эндоскопическая, консультативно-диагностическая и стационарная на ВА «Сандыктау, в нарушение требований законодательств, ст. 13, гл. 3 Кодекса РК 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст.26 гл.2 Закона РК «О лицензировании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012г).

По штатному расписанию утверждено врачебных ставок 60 ставок средних медицинских работников 194,5.

В районе работает 38 врачей, 177 средних медицинских работников.

Укомплектованность врачебными кадрами составила **63,3%**, средними медицинскими работниками – **91%**.

На момент проверки имеется потребность в **3** врачах (отоларинголог, кардиолог, фармацевт).

Процент категорийности среди врачей составил 50% (18), из числа средних медицинских работников 23% (40).

При сверке контрольных списков и личных дел медицинских работников отсутствуют сертификат специалиста у 1-го среднего медицинского работников (Балыкиной А.В.).

На момент проверки отсутствуют курсы прохождения УСО в течение последних 5 лет у 7 средних медицинских работников (Гартунг В.В. /декр, Кряжевских Л.А., Бейсеновой Б., Прохоровой О.П., Харченко Т.В. /декр, Шлыковой Т.М., Полухиной Е.В.)

За 2018год в условиях круглосуточного стационара пролечено 2247 больных, из них плановая госпитализация 580, в экстренном порядке – 1667.

Процент плановой госпитализации составил 25,8 %, экстренных 74.2%. Из 1065случаев направленных на госпитализацию, снятых с листа ожидания -73 (6.9%), в том числе письменный отказ пациента от

Иван
св 2016г.
под
декрет

госпитализации-27 (36.9%), наличие противопоказаний к плановой госпитализации на момент госпитализации- 6 (8.2%), госпитализировано экстренно-11 (15%), ошибочная запись при вводе данных -11 (15%), непрофильный пациент-3 (4%), отсутствие показаний к стационарной помощи-3 (4.1%), неявка пациента на госпитализацию-2 (2.8%), случаи, не зависящие от процедуры госпитализации-10 (13.6%).

При проведении обхода в приемном покое установлено *отсутствие палат или боксов для раздельного размещения пациентов представляющих опасность для окружающих, диагностической палаты*. Имеется 2 входа с улицы (один запасной), от действующего входа не проведены трехцветные указатели по Тriage системе. В целом по приемному покою проведено условное зонирование с указателями по трехцветной (зеленый, желтый, красный) Тriage системе, выделены зоны - сортировочная площадка, зона для размещения каталок, ожидания пациентов, сопровождающих лиц, санитарной обработки пациентов поступивших в приемное отделение (стены душевой кабины частично отделаны деревом – не покрашены).

Приемный покой оснащен мобильными функциональным креслом и каталкой. *Отсутствуют передвижные УЗИ, рентгенаппарат*. Для организации экстренной госпитализации имеются свободные подъездные пути и обеспечивается свободный доступ пациента в приемное отделение. После передачи бригадами скорой медицинской помощи медицинской сестрой приемного покоя проводится распределение поступающих пациентов по Тriage системе, *но пациенту не выдаются браслеты, бейджи с отличительной соответствующей маркировкой*. Смотровая для оказания экстренной медицинской помощи оснащена портативным электрокардиографом, дефибриллятором, электроотсосом, подведен кислород.

Для больных с контагиозными или особо опасными инфекциями выделен отдельный изолятор на 1 кушетку для наблюдения и оказания экстренной помощи. *Однако, изолятор не обеспечен бактерицидной лампой, вентиляционный канал не оборудован решеткой. В приемном покое не проводится многокомпонентный наркоз*.

Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации ф.№ 001/у ведется не в полном объеме (не всегда вносятся сведения о диагнозе пациента, о выписке больного и др.).

В приемном покое просмотрены медкарты пациентов в ИС КМИС:

1. Пациент Мазур Н.И. дата плановой госпитализации от 03.04.2019 года, врач Винокуров В.Ю. Принят без консультации кардиолога, невропатолога.
2. Пациентка Ермакова ЛС. Врач Винокуров С.С. дата поступления 25.03.2019 года не выносятся обоснование клинического диагноза на 3 сутки
3. Пациентка Редькина А.И. (О. пневмония) дата поступления 23.03.2019 года - не выносятся обоснование клинического диагноза на 3 сутки, отсутствует консультация врача пульмонолога.

4. Пациент Негмет ИБ дата обращения от 11.04.2019 года врач Зиновьев В, пациент Ашурков С.В. дата обращения от 10.04.2019 года врач Терно ТГ отказ в госпитализации не оформлен в форме консультативного листа в КМИСе и не выдано пациенту на руки.

При выписке из стационара имеется отметка об исходе лечения (улучшение, выздоровление, без перемен, смерть, переведен в другую организацию), с незавершенным курсом лечения, при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или окружающих имеется письменное заявление пациента, с предоставлением информации о возможных последствиях незавершенного лечения.

В соответствии с формой 027/у выписной эпикриз выдается пациенту на руки, с подтверждающей подписью.

Оказание стационарной помощи.

В 2018 году поступило больных в стационар -2259 при плане – 2203 процент выполнения объема составляет **102,5%** за аналогичный период 2017 года -2300.

Количество койко-дней составило: 2018-18357 за аналогичный период прошлого года 18132

Работа койки составляет: 2018 год -296,1 за аналогичный период прошлого года-292,5

Оборот койки составляет: 2018 год-36,6 за аналогичный период прошлого года-36,9

Летальность составляет: 2018 год-1,1 за аналогичный период прошлого года-0,8

Средне пребывание: 2018 год-8,1 за аналогичный период прошлого года-7,9

В разрезе отделений:

Удельный вес пролеченных в терапевтическом отделении-35,8%, хирургическом отделении-17,4%, педиатрическом отделении-23,3, акушерско-гинекологическом отделении-23,3%.

	Количество койко-дней	Работа койки	Оборот койки	Летальность	Средне пребывание
По ЦРБ	18357	296,1	36,6	1,1	8,1
Терапевтическое отделение	7768	440,1	45,4	2,1	9,7
Хирургическое отделение	3082	246,3	33,1	2,0	7,8
Педиатрическое отделение	4135	318,1	40,8	0	7,8
Акушерско-гинекологическое отделение	3372	280,2	43,0	0	6,3

Хирургическая служба

Хирургическая активность: 2018 год-45,26 на уровне прошлого года.

Количество операций: 2018 год-403 аналогичный период прошлого года – 403.

Количество плановых операций: 2018 год-139-34,4 аналогичный период прошлого года – 84-20,8 (в сравнении с 2017 годом отмечается рост плановых операций).

Количество экстренных операций: 2018 год-264-65,5% аналогичный период прошлого года – 319-79,1 (в сравнении с 2017 годом отмечается снижение экстренных операций).

% послеоперационных осложнений: 2018 год-0,99 аналогичный период прошлого года – 0.

Послеоперационная летальность: 2018 год-4-0,78 аналогичный период прошлого года – 1-0,26.

Анализ летальности.

В 2018 году зарегистрировано 25 летальных случаев (в 2017 году 17), (терапевтические -17 случаев, хирургические-8 случая в т.ч.- острый панкреонекроз-1, эмболия и тромбоз подвздошной артерии-1, хронический панкреатит-2, язва 12 перстной кишки с кровотечением-1, флебит и тромбофлебит глубоких сосудов нижних конечностей-1, сосудистые болезни кишечника-1).

За 1 квартал 2019 года зарегистрировано-7 летальных случаев.

При экспертизе медицинских карт умерших больных независимым экспертом выявлены следующие дефекты:

МКСБ № 1985 Гаас М.А., 1954 года рождения: недооценка тяжести состояния, не проведен консилиум. (терапевтическое отделение).

МКСБ № 1576 Тусупова А.Н., 1954 года рождения: не проведена люмбальная пункция, не проведен консилиум, не консультации невролога. (терапевтическое отделение).

МКСБ № 1564 Савостьянов А.И., 1951 года рождения: не взята кровь на тропониновый индекс, электролиты крови, диагноз не установлен, не проведен консилиум для верификации диагноза, необоснованно назначена СЗП, история болезни ведется небрежно. Летальный исход предотвратим. (терапевтическое отделение).

МКСБ № 1990 Тарасенко Н. А., 1958 года рождения: не определены тромбоциты и нет указаний о предшествующей антикоагулянтной терапии, осмотра хирурга для исключения ЖКК, как причины анемии. (терапевтическое отделение).

МКСБ № 1023 Богомолов Е.В., 1977 года рождения: не проведена ультразвуковая диагностика. (терапевтическое отделение).

МКСБ № 906 Кислицин В.А., 1936 года рождения: не проведен консилиум. (хирургическое отделение).

МКСБ № 1626 Абдуова Н., 1960 года рождения: *диагноз не полный, (терапевтическое отделение).*

МКСБ № 847 Бурченко Л.К., 1953 года рождения: *осмотр невролога однократный, в посмертном эпикризе не указан диагноз, дневники краткие малоинформативные. (терапевтическое отделение).*

МКСБ № 1559 Аспелейдер М.И., 1991 года рождения: *неполное обследование. Данных за гепаторенальный синдром по результатам анализов нет. Не проведено лечение. Летальный исход условно предотвратим. (терапевтическое отделение).*

МКСБ № 21 Бричка Т.В., 1959 года рождения: *недооценка тяжести состояния, не госпитализирована в ОАРИТ, диагноз не установлен, нет обследования при поступлении (ОАК, ОАМ, сахар крови, биохимический анализ крови, не анализ динамики), не проведено ЭКГ, неадекватная терапия (не проведена дегидратационная терапия, лечение без профильного специалиста-невролога). Летальный исход предотвратим. (терапевтическое отделение).*

МКСБ № 1454 Парфенова Н.В., 1963 года рождения: *не взят тропониновый тест, отсутствует контроль ЭКГ, при наличии признаков ИМ, не проведено КИЦС, не определены электролиты, диагноз не установлен, недооценка тяжести состояния, не госпитализирована в ОАРИТ, не проведен консилиум. Летальный исход предотвратим. (терапевтическое отделение).*

МКСБ № 1163 Либерт В.В., 1966 года рождения: *недооценка тяжести состояния, не проведено ЭКГ, УЗИ, назначена неадекватная терапия, не проводится коррекция лечения, не проведена консультация по телемедицине с профильным специалистом АОБ, отсутствует динамическое наблюдение, пациент не переведен в ПИТ. Летальный исход предотвратим. (терапевтическое отделение).*

МКСБ № 401 Вебер Е.А., 1959 года рождения: *неполное лабораторное обследование, отсутствие в динамике клинических анализов, не проведен УЗИ сердца, ФГДС, отсутствует динамическое наблюдение за пациенткой. Летальный исход условно предотвратим. (терапевтическое отделение).*

Процент вскрытия за 2018 год - 9 (36%);

По анализу показателей деятельности стационара за 2018 год преобладает госпитализация больных по экстренным показаниям в круглосуточный стационар – 72,5%. Низкий процент плановой госпитализации – 25,8%, указывает на недостаточную преемственность с амбулаторно-поликлинической службой.

По результатам экспертизы МКСБ установлено, что при плановой госпитализации соблюдаются следующие требования: имеется направление на госпитализацию на стационарное лечение по форма 001-3/у, госпитализация пациентов проводится в соответствии с установленной датой плана госпитализации в направлении, однако имеет место отсутствие

клинико - диагностических (лабораторных, инструментальных и функциональных) исследований и консультаций профильных специалистов соответственно диагнозу.

Обоснование клинического диагноза проводится не позднее 3-х календарных дней с момента поступления в стационар.

При выписки из стационара имеется отметка об исходе лечения (улучшение, выздоровление, без перемен, смерть, переведен в другую организацию), с незавершенным курсом лечения, при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или окружающих имеется письменное заявление пациента, с предоставлением информации о возможных последствиях незавершенного лечения.

В соответствии с формой 027/у выписной эпикриз выдается пациенту на руки, однако имеет место отсутствие подтверждающей подписи.

Дефекты:

- ✓ отсутствует осмотр заведующим отделением в день поступления и перед выпиской.
- ✓ - ежедневные дневниковые записи лечащего врача без коррекции диагностических или лечебных манипуляций, шаблонные.
- ✓ - отсутствует консультации узких специалистов или консилиумы при затруднении и идентификации диагноза, при неэффективности проводимого лечения.
- ✓ - имеет место несоответствие лечебно-диагностических мероприятий протоколам диагностики и лечения заболеваний, отсутствует консультация узких специалистов.

Показатели внутрибольничной инфекции (ВБИ)

В соответствии с приказом №219 от 12.10.2015 года обязанности медсестры инфекционного контроля с 12.11.2015 года возложена на медицинскую сестру Дюселекову Б.К.

Разработан и утвержден план работы комиссии по инфекционному контролю (далее - ИК), программа ИК, положение КИК, приказом №84 от 09.01.2018 года создана комиссия ИК. С целью лабораторного самоконтроля за 2018 год отобрано 168/4 смывов (1 КП и 3 золотистого стафилококка), с рук 9, 39 проб воздуха, материала на стерильность 115/0, из них с рук 2, ИМН 67.

Предоставлены протокола всех заседаний КИК.

По данным годового отчета за 2018 год – госпитализировано 2259. Операций всего 403, в т.ч. плановые 139 (34,4%), экстренные 264 (65,5%),

родов 218, в т.ч. кесарево сечении 15 (6,8%), плановые 4, экстренные 11, гинекологических операции 19, аборт 175, новорожденных родившихся живыми 218. Послеоперационных осложнений 4, из них 1 несостоятельность послеоперационных швов и 3 нагноения послеоперационных ран, все случаи развились во время пребывания пациентов на стационарном лечении в хирургическом отделении. *Отсутствуют протокола разборов данных случаев на заседании КИК, либо на других клинических заседаниях (советах). Отсутствует анализ по осложнениям у заведующего хирургическим отделением.*

Предоставлены журналы по ф.№60 «Журнал учета инфекционных и паразитарных заболеваний» со всех отделений. По данным журналов - за 2018 и истекший период 2019 года случаев инфекционных заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) не зарегистрировано. *Журнал ф. №60 хирургического отделения зарегистрирована 2 случая постинъекционного абсцесса ягодичной области у пациентов х/о: от 28.01.2019 года Пузиков ВН 1956г/р и Леонтьев АИ 1937 г/р от 25.01.2019 года. Отсутствуют протокола разборов данных случаев на заседании КИК.*

Дефекты:

✓ -не проведены разборы случаев осложнений после инвазивных и хирургических вмешательств, поступивших больных в хирургическое отделение и больных которые находятся на стационарном лечении для выяснения причин и условия возникновения таких осложнений, проблемы и пути решения.

ВИЧ инфекция

Приказом № 114 от 01.04.2019 года по стационару ответственность по ВИЧ инфекции возложена на врача стоматолога Дулатова К.Г. с доплатой в размере 25%. Журнал регистраций аварийных ситуаций заведены в отделениях проводящих инвазивные процедуры, имеющих контакт с биологическим материалом. *Журнал ведется по утвержденной форме №135у, однако, в отделениях терапии, хирургии, акушерско-гинекологического, детского отделения журналы недооформлены.*

По журналу хирургического кабинета поликлиники от 09.11.2018 года зарегистрирована 1 аварийная ситуация у врача травматолога онколога Ожогова Д.В. (укол иглой) во время отпуска медицинской процедуры пациенту с носительством вирусного гепатита «С», пациент обследован на ВИЧ, вирусные гепатиты. Медработник обследован на ВИЧ и вирусные гепатиты через 1 и 3 мес., результаты отрицательные. **Врачу Ожогову Д.В., необходимо провести контрольное обследование на вирусные гепатиты через 6 мес. после травмы, т.е. 09.05.2019 года.**

Полученная травма медработника в журнале хирургического кабинета поликлиники оформлено не в полном объеме, не указаны следующие данные:
- подробно не описаны обстоятельства происшествия,

- ✓ не оповещен сотрудник принявший о происшествии (ответственный по ВИЧ инфекции, представитель администрации),
- полностью не отражены данные о пострадавшем и аварийной ситуации,
- кем и когда передано сообщение в ОЦ СПИД,
- данные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ, в т.ч. с применением экспресс - тестов (до или сразу после аварийной ситуации),
- результаты обследования на ВИЧ пострадавшего при аварийной ситуации (09.11.2018 года), в т.ч. с применением экспресс - тестов, через 1 месяц после травмы (09.12.2018 года), через 3 мес. (09.02.2019 года).
- результаты обследования на ВГВ и ВГС, данные о вакцинации от ВГВ,
- результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ от ПКП или пройдено ПКП).

За текущий период 2019 года среди медицинского персонала микротравм не было.

Эпидемиологическая по ВИЧ инфекции.

В районе 9 ВИЧ инфицированных, наблюдаются в КИЗе 5, в т.ч. 1 беременная. Получают АРВТ терапию – 5 больных, согласно клиническим протоколам. По стадиям заболевания: 1ст.- 5; 2ст. - 1; 3 ст. – 3.

В 2018 году выявлен 1 с положительным ВИЧ статусом (обследован по коду 113.4, лимфоаденопатия), 1 кв. 2019 года - выявлен 1 с положительным ВИЧ статусом (обследован по коду 113.4, перед медицинским абортom),

Заведены журналы учета забора крови на ВИЧ.

Журнал ведется не по утвержденной форме №136/у. В журнале забора крови на ВИЧ кабинета забора крови поликлиники не в полном объеме заполняются все графы, не прошнурован, не пронумерован, не скреплен гербовой печатью. Журнал забора крови на ВИЧ отделения терапии, хирургии, акушерско-гинекологического, детского отделения ведутся не по утвержденной форме.

Для проведения постконтактной профилактики ВИЧ инфекции медицинского персонала обеспечены антиретровирусными однокомпонентными препаратами с круглосуточной доступностью (препарат «Эпивир» (Ламивудин) 1уп. срок годности 05.2019 года) и «Зидоас» (Зидовудин) 1уп. с/г 01.2020года. Имеется в наличии экспресс тесты в недостаточном количестве, 3 шт. срок годности 04.2020года.

По данным отчета форма №4 «Отчет о результатах лабораторного исследования крови методом ИФА на ВИЧ инфекцию»: за 7 мес. 2018 года всего обследовано 1205 лиц, положительных 1 (0,08%), ПИНЫ 1, ИППП 2, аварийные ситуации 2, из них медработник 1, беременные 358, в т.ч. первый тест 149, второй тест 142, прерывание беременности 67, реципиенты 36, в т.ч. до гемотрансфузии 7, после 30, СИ 1, осужденные 1, по клиническим показаниям 208, из них туберкулез 3, ВГВ 1, ВГС 2, другие клинические состояния, 382, анонимно 3, выезд за границу 1, квота 30, дети по

клиническим показаниям 3, СИ 2, медработник 184, детские дома 2, прочие 104, иностранцы 16.

Дефекты:

- Журналы регистраций аварийных ситуаций ф. 135/у недооформлены.
- журналы учета забора крови на ВИЧ заведены не по утвержденной форме за исключением кабинета забора крови поликлиники и заполняются не в полном объеме - нерегулярно заполняются необходимые графы, недооформлены.
- мероприятия после получения медицинским работником микротравмы проводятся не в полном объеме: в момент получения травмы не проводится обследование на ВИЧ с использованием экспресс тестов по эпидпоказаниям.
- обеспечены экспресс тестами в недостаточном количестве.

Соблюдение правил трансфузиологии

Ответственным врачом по организации и постановке вопросов трансфузиологии является Пиденко В.А. приказ №115а от 10.01.2019 года, медсестра Ковалева Л.А. приказ №10 от 10.01.2019 года. Имеется приложение к государственной лицензии по трансфузиологии за № 18009492 от 14.05.2018 года. У врача имеется сертификат специалиста по специальности «Трансфузиология» от 24.12.2018 года.

Утвержден трансфузионный совет от 10.01.2019 года приказ №11, имеется положение, определен состав, *отсутствует план работы*. За 2018 год не проводились заседания трансфузионного совета *по разбору дефектов по результатам экспертизы медицинских карт больных на предмет соблюдения правил трансфузиологии* (протокола заседаний совета не предоставлены).

За период с 1 января по 31 января 2018 года проведено всего 49 переливаний, 13 реципиентам, из них гемотрансфузий эритроцитсодержащих компонентов – 26, плазма всех видов – 23. Вкладные листы предтрансфузионного эпикриза, протоколов трансфузии, трансфузионные листы имеются.

За 1 квартал 2019 года произведено 15 переливаний, 2м реципиентам, из них гемотрансфузий эритроцитсодержащих компонентов – 9, плазма всех видов – 6.

Расчет переливаемой дозы проводится согласно приказа МЗ СР РК №417 от 29.05.2015 года «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ СЗ РК от 2009 года «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переподготовки, хранения, реализации крови и её компонентов, а также правил хранения, переливания крови, её компонентов и препаратов», расчетная доза для переливания СЗП 12-20 мл/ на 1 кг веса пациента. Для эритроцитарной массы по уровню гемоглобина, при отсутствии продолжающегося кровотечения, 1 доза эрмассы на 10 ед. повышает уровень гемоглобина, гемокрита на 3%.

Ответственным врачом по ВИЧ инфекции ведется учет лиц, получивших трансфузию донорской крови и её компонентов. Отчеты предоставляются центру СПИД Акмолинской области ежемесячно. **Списки реципиентов прикрепленным ВА, МП предоставляются нерегулярно.**

За 2018 год зарегистрировано 13 реципиентов получивших переливание крови, компонентов, препаратов. В целом обеспечена 100% охват обследованием на ВИЧ, ВГВ, ВГС реципиентов до гемотрансфузии, *однако имеются замечания по ведению медицинских карт:*

Проэкспертированы медицинские карты стационарных больных:

-МКСБ №2273-7 реципиент Черемухин АС отделение хирургии, дата гемотрансфузии 26.12.2018 года. В выписном эпикризе не рекомендованы сроки обследования на ВИЧ (через 1 месяц, и 3 мес.) врач Зиновьев В.Ю. После гемотрансфузии на гемоконтактные инфекции обследован на 100%.

-МКСБ №1404 реципиент Ражаева ТИ отделение хирургии/гинекологии, дата поступления в стационар, дата гемотрансфузии 09.08.2018 года:

-поступает на плановое оперативное лечение с просроченными клиническими анализами от 25.07.2018 года и результатами обследования на ВИЧ и парентеральные гепатиты от 03.04.2018 года (врач Гербер ВВ);

-перед гемотрансфузией обследована на ВИЧ, но по коду 113.4, вместо 110.1. Однако, перед гемотрансфузией не обследована на ВГВ и ВГС. После гемотрансфузии на гемоконтактные инфекции обследована на 100%.

-МКСБ №1233 реципиент Гернер Г.М. отделение терапии, дата гемотрансфузии 13.07.2018 года. В медкарте отсутствует предтрансфузионный эпикриз, не обоснованы показания к гемотрансфузии, отсутствует письменное информированное согласие реципиента на обследование ВИЧ инфекцию перед гемотрансфузией. В выписном эпикризе неправильно указаны сроки обследования на ВИЧ и вирусные гепатиты (через 3 мес.) врач Винокуров СС. После гемотрансфузии через 3 мес. на ВИЧ обследован по коду 110.3 только 09.01.2019 года вместо 13.10.2018 года, т.к. участок не получил список больных получивших гемотрансфузию.

-МКСБ №961 реципиент Козир И.В. отделение хирургии/ гинекологии, дата гемотрансфузии 31.05.2018 года. В направлении неправильно указывается кодировка перед гемотрансфузией вместо 110.1, указывается код 113.4. В выписном эпикризе не указаны сведения о проведенной гемотрансфузии (через 3 мес.) врач акушер-гинеколог Акпаева ТН.

Дефекты:

- ✓ -не утвержден план работы трансфузионного совета,
- ✓ -за 2018 год не проводились заседания трансфузионного совета по разбору дефектов по результатам экспертизы медицинских карт больных на предмет соблюдения правил трансфузиологии,
- ✓ -списки реципиентов нерегулярно предоставляются прикрепленным медицинским организациям (ВА, МП) по месту проживания реципиентов для дальнейшего прохождения обследования, получения вакцинации против ВГВ.

- Вопрос*
- в выписных эпикризах нерегулярно указываются сведения о полученной гемотрансфузии и сроках обследования на ВИЧ, ВГВ и ВГС, либо неправильно указываются сроки обследования на ВИЧ, гепатиты после гемотрансфузии,
 - предтрансфузионный эпикриз оформляется не в полном объеме.
 - нерегулярно получают информированное согласие реципиента на забор крови на ВИЧ,
 - имеет место неправильная кодировка реципиентов перед гемотрансфузией 113.4 вместо 110.1.
 - имеет место поступление больных на плановое оперативное лечение с просроченными клиническими анализами.

Амбулаторно-поликлиническая служба.

Поликлиника является структурным подразделением Сандыктауской РБ. Численность населения Сандыктауского района по регистру прикрепленного населения составляет 22 040 человек, в том числе населения женского пола составляет – 11719 (52,2%), из них женщин фертильного возраста 4785 – 40,3%, из них охвачено контрацепцией 2573 (53,7%). Количество детского населения 4650, детей до 1 года 239.

Для более быстрого и качественного обслуживания пациентов внедрено и функционирует программное обеспечение «комплексная медицинская информационная система» (КМИС) и ЛИС с 2018года.

Профосмотры взрослого населения и детей за 2018 год Скрининг 2018г.

	план	Обследо вано	Выпол нение	Выяв лено	%	взято на Д-учет	%
Дети	5006	4375	87.4	6	0.14	1	
БСК	3289	2995	91.06	238	7,9	210	
СД	3289	3186	96.87	22	0,7	22	
Глаукома	3289	3232	98.27	1	0,03	1	
РШМ	1427	1185	83.04	0	0	0	
РМЖ	1378	1473	106.8	114	7,8	20	
РПК	1557	1465	94.09	6	0.4	3	

Скрининг 1 кв. 2019г.

	план	Обследо вано	Выпол нение	Выяв лено	%	взято на Д-учет	%
Дети	5204	1078	20.7	2	0.19	2	
БСК	2732	222	8.13	13	5,8	6	
СД	3070	252	8.21	4	1,6	4	

Глаукома	3197	267	8.35	0	0	0	
РШМ	1462	146	9.99	1	0.6	0	
РМЖ	1479	0	0	0	0	0	
РПК	1780	0	0	0	0	0	

Для проведения скрининговых осмотров по БСК, сахарному диабету, рак ш/матки, рак м/железы, рак толстой и прямой кишки, глаукомы составлены списки целевых групп лиц.

Имеет место неполное обеспечение преемственности с профильными мед.организациями при выявлении заболеваний (*отсутствует эндокринолог*).

Оповещение целевых групп проводится путем приглашения при проведении подворных обходов, обзвона, и выходом в организации.

С января месяца по март месяц 2019 года не проводился скрининг на рак молочной железы и колоректальный рак. ✓

Результаты скрининговых осмотров пациентов вносятся в медицинские карты амбулаторного больных.

Отсутствует ежемесячный анализ проведенных скрининговых осмотров.

Страдает качество проведения предыдущих скрининговых осмотров целевых групп: 2 случая злокачественных новообразований видимой локализации в запущенной стадии.

В соответствии с требованиями приказа МЗ РК от 10 ноября 2009г. № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров

целевых групп населения» отмечается низкий процент выявленных больных от 0 % до 7.9 %.

Акушерско-гинекологическая служба

Всего женского населения по району населения женского пола составляет – 11719 (52,2%), из них женщин фертильного возраста 4785 – 40,3%.

В том числе женщин:

Группа динамического наблюдения	Количество ЖФВ	Количество оздоровленных	% оздоровленных	Охват контрацепцией	Охват предгравидарной подготовкой
1А группа	57	29	50,9	0	48
1Б группа	4292	1402	32,7	16,1	9
2А группа	15	13	86,7	0	3
2Б группа	232	93	40,1	46,6	0

2В группа	47	32	68,1	93,6	0
3А группа	7	2	28,6	0	2
3Б группа	54	15	27,8	25,9	0
4А группа	0	0	0	0	0
4Б группа	15	5	33,3	40	0
5 группа	66	30	45,5	77,3	0
ИТОГО	4785	1621	33,9	19,1	62

По регистру беременных за 2018 года на «Д» учет взято 227 женщин, из них до 12 недель 201 беременных (88,5%).

Охват пренатальным скринингом беременных составил 87,3%.

Общее количество родов по родильному отделению 218, в т.ч. кесаревым сечением- 15. Послеродовых осложнений у родильниц 0.

Случаев материнской смертности не зарегистрировано.

Случаев неонатальной смертности не зарегистрировано.

При экспертизе индивидуальных карт беременной и роженицы выявлено, что при первом обращении женщины по поводу беременности отсутствует наличие ознакомления с анамнезом социально значимых заболеваний (сахарный диабет, психические расстройства, онкологические заболевания, нет группы крови супруга).

Практически во всех индивидуальных картах отсутствуют информация по наличию вредных привычек у супруга. ✓

Проведение патронажа беременных проводится нерегулярно.

Работа по планированию семьи и охраны репродуктивного здоровья, проводится не в полном объеме. В кабинете по планированию семьи отсутствует акушер – гинекологом.

Выдача дородового больничного листа беременным выдается в сроке 30 недель.

Анализ показателей работы акушерско-гинекологических подразделений с разработкой предложений по улучшению акушерско-гинекологической помощи имеется.

Онкослужба

Для организации ранней диагностики онкопатологии и проведения систематического динамического наблюдения за онко больными, имеется кабинет онколога куда направляются пациенты при подозрении и выявлении онкопатологии (совмещенный с кабинетом травматолога). Онкослужба оказывается врачом онкологом Ожоговым Д.В. (совместителем на 0,5 ставки). С октября 2015 г открыт маммологический кабинет. Функционирует отдельный женский смотровой кабинет и мужской смотровой кабинет. На диспансерном учете состоит - 416 больных (в 2017 году - 431).

Количество больных впервые взятых на учет в 2018 году - 77 (2017г.- 80), в том числе 14 случаев запущенной стадии:

- с-г желудка- 4;
- с-г шейки матки – 1;
- с-г почки – 1;
- с-г молочной железы – 1;
- с-г гортани -2;
- с-г легкого– 1;
- с-г поджелудочной железы- 1;
- с-г печени - 2;
- с-г других уточненных локализаций- 1;

Количество запущенных случаев визуальной локализации - 2, что составляет 14.2% от всех запущенных случаев:

Жумабекова К.У.- ЗНО наружной части шейки матки;

-Витке З.Ф.-ЗНО молочной железы.

Страдает качество проведения визуального осмотра пациентов при посещении врачей ВОП, терапевтов, узких специалистов на приеме, так имеет место выявление случаев визуального рака 3-4стадии.

При разборе запущенных случаев на заседании ЛКК выявлены замечания:

- ✓ - отсутствует наблюдение пациента;
- ✓ -не взят на диспансерный учет участковым терапевтом;
- ✓ -некачественный объективный осмотр пациента;
- ✓ -нет онконастороженности;
- небрежное ведение медицинской документации;

В соответствии с приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 августа 2011 года № 540 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь населению Республики Казахстан» проводятся разборы запущенных случаев, однако отсутствуют конкретные меры по устранению нарушений и координации по улучшению онкологической службы на уровне ПМСП.

Назначение наркотических анальгетиков.

На момент проверки наркотические лекарственные препараты не назначались.

В 2018 году наркотические лекарственные препараты получали -10 больных.

МКАБ № Романюк Н.П. 1939г.р., диагноз: «Рак легкого 4ст.»), имеется подпись заместителя по ЛПР назначении наркотических анальгетиков.

Отсутствует Ф.И.О заместителя по ЛПР.

Осмотры онколога не проводятся каждые 10 дней.

Диспансеризация

Всего на «Д» учете состоит 4367 больных.

В разрезе заболеваний:

- на первом месте БСК, состоит 2308, что составило 52.8 % от всех нозологий;
- на втором месте психические расстройства, состоит – 549 (12,5%);
- на третьем месте эндокринные заболевания – 515 (11,7%);
- на четвертом месте заболевания органов дыхания – 325 (7,4%)

При экспертизе амбулаторных карт больных:

МКАБ № 640202336 (Зверев В.М., 1948 г.р., № 640203783 (Пузовникова Т.В.), № 640202473 (Исаков А.И.), № 640202270 (Журов В.Н.) № 640201669 (Выгузов А.А.), № 640217060 (Баранов В.Ю.) замечаний не выявлено.

За 1 квартал 2019 года.

Школа «Здоровое сердца» охвачено всего 553 человек, что составляет 24% от всех больных, состоящих на «Д» учете.

Школой «Бронхиальная астма» охвачено всего 6 человек, что составляет 28.6% от всех больных, состоящих на «Д» учете.

Школой «Сахарного диабета» охвачено всего 102 человек, что составляет 20% от всех больных, состоящих на «Д» учете.

Школа «Здорового ребенка» охвачено всего 160 человек, что составляет 90.9% от всех больных, состоящих на «Д» учете.

Школа «Беременных» охвачено всего 123 человек, что составляет 100% от состоящих на «Д» учете по беременности.

Противотуберкулезная помощь

Приказом № 135 от 21.02.2019 года определены ответственные по оказанию противотуберкулезной помощи. Координация работы возложена на врача фтизиатра Бекеневой К.К. на 1,0 ставку, участковая медсестра на 1 ставку, медсестра – химизатор (НКЛ) на 1 ставку, назначено ответственное лицо на 0,5 ставки по забору мокроты, имеет допуск к сбору мокроты, по сельским пунктам эта функция возложена на соответствующих медработников. Поликлиника обеспечена стационарной флюороустановкой, рентгенологическим оборудованием.

По плану флюорографического обследования прикрепленного населения на 2018 год: всего подлежащего обследованию населения от 15 лет и старше – 13042, обследовано 13042 – охват составил 100%, в т.ч. 4500 на передвижной флюороустановке. Обследовано лиц не прошедших 2 года и более 326/326 на 100%. Вновь выявленных больных флюорографически – 10 профосмотров – 8 гистологически – 2. Госпитализация – 100%.

Бактериоскопия

	12 мес. 2018	12мес. 2017
Анализ	438	456
Лиц	214	152
МБТ+	4 (1,8%)	10 (6,5%)

Обследовано методом флюорографии лиц из высокой группы риска 992, осмотрено 992, выполнено 100% годового плана, выявлено больных 4: пациент с сахарным диабетом 1, алкоголизм 2, ВИЧ 1. По данным журнала флюороположительных лиц 97, все дообследованы, из них 8 вновь выявленных флюорографически, 1 рецидив.

Выявлены новые случаи 8, из них БК + 2, с распадом легочной ткани 0, внелегочный 2. Запущенных случаев нет.

Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу

Годы	Заболеваемость		Обл. пок-ль	Болезненность		Смертность		Рецидивы	
2017г.	10	45,0	64,9%	18	81,0	1	4,5	3	21,4
2018г.	10	45,6	56,7%	16	73,0	0	0	7	43,7

Показатель заболеваемости туберкулезом за 2018 год составило 45,6 на 100т. населения, за аналогичный период 2017 года 45,0 на 100т. населения, из них с бактериовыделением (2), в 2017 году (3) .

Анализ эпидемиологической ситуации по району в разрезе населенных пунктов, за 12мес 2018года показывает тенденцию к незначительному повышению уровня заболеваемости.

По туберкулинодиагностике подлежало обследованию 2294 детей, обследовано 2294, охват составило 100 %. Подлежало дообследованию у фтизиатра - 76, дообследовано – 100%, Дискинтест 556 подлежало по плану, охват 352 (63,3%). Среди детей выявлен 1 сл. туберкулеза внелегочной локализации, среди подростков новых случаев туберкулеза нет, 0 случая в 2017 году. Работа с контактными: детей- 21 , взрослых-46, подростков-4, всего-71. Все обследованы.

Заболел 1 ребенок, выявлен туберкулез кожи. Ребенок проживает в районе у бабушки, обследована в течении 2х лет у множество специалистов, подтвержден диагноз только в г. Алматы в НЦПТ.

Все новые случаи туберкулеза разобраны, протокола разборов предоставлены.

Находятся на диспансерном лечении 14 активных больных, из них 10 находятся на амбулаторном лечении, 1 ВНЛ получает лечение по ПФ, из них ИФ 2, ПФ 7.

Проведена экспертиза предоставленных амбулаторных карт из участков:

- ✓ -Кононов А.С № 640202713 новый случай взят на амбулаторное лечение по ИФ с 05.07.2018 года, проведен
 - 1- осмотр участковым врачом 10.07.18года,
 - 2 –осмотр 08.10.18года
 - 3-осмотр 06.11.2018 года, осмотры участкового врача нерегулярные, не каждые 10 дней. Врач Котельникова ТВ.
- ✓ -Гмыря АД № 640200223 взят на амбулаторное лечение на участке по ИФ с 22.06.2018 года, проведен
 - 2- осмотр участковым врачом 22.06.18года,
 - 3 –осмотр 23.07.18года,
 - 4-осмотр 12.11.2018 года,
 - 5-осмотр 15.01.2019 года,
 - 6-осмотр 18.03.2019 года,
 - 7-осмотр 30.03.19года,
 - 8-осмотр 02.04.2019 года, осмотры участкового врача нерегулярные, не каждые 10 дней. Врач Котельникова ТВ.

Выводы:

1. Участковыми врачами не регулярно соблюдаются сроки осмотра, динамического наблюдения больных, находящихся на амбулаторном лечении (1 раз в 10 дней).
2. Имеет место повышение уровня заболеваемости с 45,0% прошлого года до 45,6% 2018 года.

Выполнение санитарно-противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекции

Проведена проверка соблюдение санитарно-противоэпидемического режима женского смотрового кабинета поликлиники. В кабинете отсутствует Ложка Фолькмана одноразового применения для забора анализов. Не обеспечены закрытым диспенсером для хранения одноразовых салфеток. Не указана дата и время вскрытия стерильного бикса от 11.04.2019 года. Используются многоразовые гинекологические зеркала, обрабатываются в 0,06% растворе дезсредства «Акмахлор». Для обработки рук применяется жидкое мыло «Бразол» с/г 03.2022г., в момент осмотра

акушерка Лемешевская АВ приняла 2х женщин, произвела забор 2х мазков (лежат 2 предметных стекла с направлениями, в КБСУ 2 использованных перчатки), но не провела мытье и обработку рук, т.к. в флакон жидкое мыло не налито, накануне флакон помыли. Используется антисептик «Дезостерил-Элит» с/г 04.2022г.

Обеспечены одноразовыми ИМН: зеркало вагинальное Куско с ручным фиксатором с/г 10.2020года, пап - тесты с/г 06.2020года, разовые стерильные хирургические и не стерильные смотровые перчатки.

Дефекты:

- отсутствуют закрытые диспенсеры, инструменты, медицинские изделия однократного применения.

-допускаются нарушения санитарно- противоэпидемического режима.

Стационарозамещающая помощь.

Койки дневного стационара развернуты в 5 врачебных амбулаториях и в с.Балкашино (Сандыктауская ВА-4 койки, Лесная ВА- 5 коек, Каменская ВА-5 койки, Максимовская ВА-5 коек, Шантобинская ВА-28 коек, Балкашино-10 коек) 26 коек дневного стационара в ЦРБ. Всего – 83 койки дневного пребывания.

Количество пролеченных больных в 2018 году -1214 при плане 1448, **процент выполнения объема 83,8%**, за аналогичный период 2017 года-1332.

В 2018году на 26 койках дневного стационара Сандыктауской ЦРБ пролечено -146 больных, за аналогичный период 2017года -159, проведено койко-дней-1032 (в 2017году -1399).

На 57 койках дневного стационара при ВА с 2018году пролечено -1068, за аналогичный период прошлого года-1173.

Проведено койко-дней-8131, в 2017году -9230.

Стационар на дому за 2018 год пролечен 3 пациента.

Проведена экспертиза медицинских карт дневного стационара:

МКДС № 145д Покалин А.Н., 1969г.р., находился на стационарном лечении с 10.12. 2018года по 19.12. 2018года. Пациент направлен на стационарное лечение с диагнозом: « Дискогенный радикулит». *Пациент на амбулаторном уровне не получал лечение, госпитализирован без предварительного обследования.*

МКДС № 142д Грауберг Б.К.,1951г.р., находилась на стационарном лечении с 04.12. 2018года по 11.12. 2018года, с диагнозом: «Люмбалгия справа». Отсутствует подпись пациента в выписке.

МКДС № 135д Кинталини К.А., 1945г.р., находилась на стационарном лечении с 27.11. 2018года по 05.12. 2018года, с диагнозом: «ДЭП смешанного генеза». Отсутствует информированное согласие на инвазивные процедуры. Отсутствует подпись пациента в выписке.

МКДС № 154д Жумабаев Б.Н., 1986г.р., находилась на стационарном лечении с 26.11. 2018года по 04.12. 2018года, с диагнозом: «Хронический панкреатит, в стадии обострения». Отсутствует консультация гастроэнтеролога. Отсутствует подпись пациента в выписке.

МКДС № 113д Ткаченко Г.В., 1957г.р., находилась на стационарном лечении с 24.10. 2018года по 01.11. 2018года, с диагнозом: «ХОБЛ. Обструктивный бронхит, обострение». Обследован на амбулаторном уровне, срок давности анализов более 10 дней. Отсутствует подпись пациента в выписке.

Реабилитация

Отсутствует врач реабилитолог.

Школьная медицина за 2018год

К ГКП на ПХВ «Сандыктауская районная больница» прикреплено 28 школ, с численностью школьников- 2920.

Количество мало укомплектованных школ -23.

По штатному расписанию предусмотрено 21.75 ставок.

Количество медработников – физических лиц -18.

В медицинских кабинетах школ имеются: единые списки обучающихся в организации образования, из них выделены списки обучающихся (целевых групп), подлежащих скрининговым осмотрам. Медицинскими работниками школ проводится организация для проведения иммунопрофилактики медицинскими работниками поликлиники, с последующим поствакцинальным наблюдением за привитыми, контролем за диспансеризацией школьников. Медицинские карты ребенка оформлены по форме №026/у, в соответствии с приказом №907.

Медицинскими работниками школ проводится контроль за соблюдением сроков прохождения обязательных медицинских осмотров всех сотрудников школ.

Внутренний аудит

Приказом главного врача №34 от 09.01.2018 года утвержден состав и структура Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля. В состав службы входят:

- освобожденный заместитель главного врача Коноваленко А.А.;
- врач эксперт Табарина Л.В.

Разработан и утвержден перечень необходимых документов для работы СПП и ВК (положение СПП и ВК, план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи, план работы СПП и ВК на 2018 год и т.д.) имеются нормативно правовые акты, журнал регистрации жалоб и обращений граждан.

В составе Службы созданы и работают следующие комиссии:

- лечебно-консультативная комиссия (ЛКК);
- комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ);
- формулярная комиссия;
- этическая комиссия;
- лактационная комиссия;
- комиссия инфекционного контроля
- комиссия по рассмотрению жалоб пациента
- по рациональному использованию лекарственных средств
- по контролю качества медицинской помощи

Всего зарегистрировано жалоб за 2018 год – 10, из них: письменных обращений 4 (40%), устных обращений-3(30%), через информационный центр-3(30%).

Все обращение рассмотрены, из них:

- обоснованных - 0;
- частичнообоснованных-0;
- необоснованных – 1 (10%)

В 9 случаях (90%) даны разъяснения.

По содержанию обращений:

- на 1 месте жалобы на лекарственное обеспечение – 6-60%;
- на 2 месте жалобы на организацию приема больных -3-30%.
- на 3 месте жалобы на нарушения этики и деонтологии -1-10%,

Комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ).

За 2018 год проведено 17 заседаний комиссии, по 8 случаям проведена экспертиза врачом экспертом. Количество умерших 2018 год – 25 случаев.

Основные дефекты, выявленные при аудите: недооценка тяжести состояния, недостатки в обследовании, нет эпикриза взятия не диспансерный учет, отсутствие динамического наблюдения за больными с хроническими формами, необоснованное направление на стационарное лечение, поздняя обращаемость, низкая онконастороженность ВОП, перечень обследования и лечения не соответствует клиническому

протоколу. Однако, отсутствуют конкретные мероприятия, план по устранению и доведению до руководства выявленных нарушений.

Лечебно-контрольная комиссия (ЛКК).

За 2018 года проведено 10 заседания **ЛКК**: по правомерности выписки больничного листа-1, разбор запущенного случая онкопатологии -4, ненадлежащие оказание медицинской помощи-1, преэклампсия-1.

Этическая комиссия.

В 2018 году проведено 1 заседание комиссии, вынесено 1 дисциплинарное взыскание.

Лактологическая комиссия.

Проведено 12 заседания комиссии. По 9 принято положительное решение, в 3 случаях самовольный перевод на искусственное вскармливание.

Платные услуги

В соответствии с Постановлением правительства РК от 30.12.2009г. № 2299 года «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения» в ГКП на ПХВ «Сандыктауская центральная районная больница» составлены договора на оказание платных услуг.

На платной основе оказываются следующие медицинские услуги: функциональная диагностика, эндоскопия, УЗИ, ЭКГ, консультативный прием врачей-специалистов, клинико-диагностические исследования, рентген диагностика, физиотерапевтическое лечение, гинекологические услуги, амбулаторная хирургия, медицинские осмотры, стоматологические услуги, прочие медицинские услуги.

Прейскурант платных медицинских услуг согласован с управлением здравоохранения Акмолинской области 15.10.2018года.

За истекший период 2018 года оказано платных услуг на сумму 10 983,0 тыс. тенге.

Отсутствует график приема врачей на платной основе и в рамках ГОБМП.

Врачебно-контрольная комиссия.

На момент проверки имеется приказ руководителя медицинской организации о создании врачебно-консультативной комиссии. Утвержден список членов врачебно-контрольной комиссии и положение комиссии. В медицинских картах амбулаторных больных имеются заключения врачебно-консультативной комиссии по форме 035-1/у, в соответствии с Приказом № 907.

На момент проверки отсутствует порядок и график работы врачебно-консультативной комиссии ВКК.

Проведена экспертиза соблюдения правил при проведении экспертизы временной нетрудоспособности и справки временной нетрудоспособности в информационной системе КМИС.

В ходе экспертизы выявлено:

- по пациентам Ким АИ (врач Терно ТГ), Садвакасов АА (врач Асламбеков ИМ), Сидорова ВН (врач Жаилганова ГБ), Афанасьев ИС (врач Шмаль ИР) выданы листы временной нетрудоспособности без нарушений НПА.
- Конищенко ОИ (врач Потапова ОВ), Березюк ТА (врач Коппель ВД) выданы листы временной нетрудоспособности с нарушением НПА - в КМИСе отсутствует запись приема и осмотра врача.

Выводы:

1. В нарушение требований законодательств, ст. 13, гл. 3 Кодекса РК 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», Закона РК от 16 мая 2014 года №202 - V ЗРК «О разрешениях и уведомлениях», выявлено отсутствие приложения к государственной лицензии по специальности кардиология детская, кардиология, профессиональная пригодность, экспертиза временной нетрудоспособности, неонатология, диагностика – эндоскопическая, консультативно-диагностическая и стационарная на ВА Сандыктау»;
2. в нарушение приказа МЗ РК от 6 июля 2012г. № 457 «О внесении изменений в приказ МЗ РК № 661 «Об утверждении Правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения», отсутствует сертификат специалиста у 1 медицинского работника и курсы УСО последние каждые 5 лет у 7 медицинских работников
3. низкая категоричность среди средних медицинских работников;
4. имеет место простаивающее оборудование, подлежащее списанию, что влияет на снижение работы параклинической службы и на качество оказания диагностических мероприятий пациентам в полном объеме.
5. имеет место высокий процент госпитализации больных по экстренным показаниям, в связи с отсутствием преемственности с ПМСП.
6. в нарушение приказов МЗ РК от 16 апреля 2018 года № 173 «Стандарт оказания акушерско-гинекологической помощи», работа по планированию семьи и охраны репродуктивного здоровья проводится не в полном объеме, кабинет по планированию семьи не укомплектован врачом акушер-гинекологом;
7. в нарушение приказа МЗ РК от 16 марта 2011 года № 145 «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», приказа МЗ РК от 31 августа 2017 года № 669 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 № 704 "Об утверждении Правил организации скрининга», некачественное проведение медицинских профилактических осмотров, с января месяца по

март месяц 2019 года не проводился скрининг на рак молочной железы и колоректальный рак.

8. имеет место ненадлежащее ведение медицинской документации в информационной системе КМИС, в нарушении приказа МЗ РК от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения»;

9. имеет место нарушение протоколов диагностики и лечения заболеваний, лечебно-диагностические мероприятия проводятся в неполном объеме, не соответствуют стандартам;

10. в нарушение приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года № 452 «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан», допущены случаи запущенных злокачественных новообразований (всего -14, из них визуальной локализации-2), отсутствие онконастороженности у участковых врачей;

11. в нарушение приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2017 года № 357 «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения" в процедурном кабинете не соблюдается санитарно-противоэпидемический режим;

12. в нарушение приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 декабря 2013 года № 759 «Об утверждении стандарта организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан» нет врача реабилитолога, отсутствуют план реабилитационных мероприятий пациентам;

13. в нарушение приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года № 761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи», в приемном покое отсутствуют палаты или боксы для раздельного размещения пациентов представляющих опасность для окружающих, диагностические палаты, приемный покой не оснащен передвижным УЗИ, рентген аппаратом, помещение для больных с подозрением на контагиозные или особо опасные инфекции не оборудована бактерицидной лампой, вентиляционной решеткой, не проводится многокомпонентный наркоз, в КМИСе отказы в госпитализации не оформляются в форме консультативного листа и не выдаются пациенту на руки, не регулярно выносятся обоснование клинического диагноза в течение первых 3х суток, имеет место поступление больных с просроченными анализами на плановую госпитализацию, отсутствуют консультации узких специалистов, Ежедневные дневниковые записи лечащего врача без коррекции диагностических или лечебных манипуляций.

4. в нарушение приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2017 года № 357 «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения", отсутствует ложка Фолькмана однократного применения для забора вагинальных

анализов, разовые салфетки, не обеспечены закрытым диспенсером для хранения — салфеток, допускаются нарушения санитарно-противоэпидемического режима.

15.в нарушение приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года №19 "Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях", не проведены разборы случаев осложнений после инвазивных и хирургических вмешательств, поступивших больных в хирургическое отделение и больных которые находятся на стационарном лечении для выяснения причин и условия возникновения таких осложнений, проблемы и пути решения.

16.в нарушение приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 июля 2012 года № 501 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666 "Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов" и приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года; № 417 «О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан – в выписных эпикризах нерегулярно указываются сведения о полученной гемотрансфузии и сроках обследования на ВИЧ, ВГВ и ВГС, либо неправильно указываются сроки обследования на ВИЧ, гепатиты после гемотрансфузии, предтрансфузионный эпикриз оформляется не в полном объеме, отсутствует информированное согласие реципиента на забор крови на ВИЧ, в заседаниях трансфузионного совета не проводится разбор дефектов по результатам экспертизы медицинских карт больных на предмет соблюдения правил трансфузиологии.

17.в нарушение приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 июня 2015 года № 508 «Об утверждении Правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям», приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126 «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно – эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно – противоэпидемических, санитарно – профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний, в недостаточном количестве обеспечены экспресс тестами для определения ВИЧ статуса по эпидемиологическим показаниям, журналы учета забора крови на ВИЧ не по утвержденной форме, заполняются не в полном объеме - нерегулярно заполняются необходимые графы, мероприятия после получения медицинским работником микротравмы проводятся не в полном объеме.

18.в нарушение приказа № 183 МЗ и СР РК «Об утверждении Правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности от 31 марта 2015 года, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности» выданы

листы временной нетрудоспособности с нарушением НПА - в КМИСе отсутствует запись приема и осмотра врача педиатра.

19. в нарушение приказа МЗ РК №994 «Об утверждении Инструкции по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу» от 25.12.2017 года, участковыми врачами не регулярно соблюдаются сроки осмотра, динамического наблюдения больных, находящихся на амбулаторном лечении (1 раз в 10 дней), имеет место повышение уровня заболеваемости с 45,0% прошлого года до 45,6% 2018 года.

Главному врачу СРБ Уразалиновой А.С.

Обеспечить:

- получить приложение к государственной лицензии по оказываемым медицинским услугам.
- обеспечить 100% охват сертификатами, прохождение УСО специалистов.
- соблюдать правила оказания стационарной, стационарозамещающей помощи.
- активизировать работу службы поддержки пациента и внутреннего аудита.
- соблюдение клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний.
- соблюдение санитарно-эпидемиологических требований к организациям здравоохранения, к организации и проведению санитарно – противоэпидемических, санитарно – профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний.
- соблюдение правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям.
- соблюдать правила переливания крови, ее компонентов и препаратов.
- повысить уровень оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения однократного применения.
- соблюдать правила выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности.
- привести в соответствие оказание платных услуг.

Л. С. Джидебаева

В.Я. Мельникова

Ознакомлен и 1 экземпляр получил:
Главный врач

12.04.2019 года



А. Уразалинова