

УТВЕРЖДАЮ:

Главный врач

ГАУЗ СО "Талицкая ЦРБ"

В.И.Редькин

Отчет о реализации плана мероприятий медицинской организации по результатам проведенной в 2021 году независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями Свердловской области

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ТАЛИЦКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"

Недостатки, выявленные в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией	Наименование мероприятий по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией	Плановый срок реализации мероприятий	Ответственный исполнитель (с указанием фамилии, имени, отчества и должности)	Сведения о ходе реализации мероприятия	
				реализованные меры по устранению выявленных недостатков	фактический срок реализации
I. Открытость и доступность информации об организации или о федеральном учреждении медико-социальной экспертизы					
По результатам анкетирования получатели услуг не удовлетворены открытостью, полной и доступной информацией размещенной на официальном сайте ГАУЗ СО «Талицкая ЦРБ» и на информационных стенах	Ежедневно отслеживать и обновлять информацию на сайте и на стенде, размещать в едином стиле с соблюдением общих требований соответствия нормативным актам, доступен для чтения всех категорий граждан	01.03.2020	Редькин Василий Иванович, главный врач; Найданова Валентина Несторовна, зам. главного врача	Главным врачом ГАУЗ СО «Талицкая ЦРБ» утвержден лист проверки размещения информации на стенах в структурных подразделениях больницы и на официальном сайте ГАУЗ СО «Талицкая ЦРБ». Ежемесячно составляется акт проверки, недостатки устраняются немедленно. На официальном сайте размещается наиболее важная информация для населения	Приказом главного врача от 11.01.2021 № 19/1 назначен ответственный сотрудник по работе официального сайта ГАУЗ СО «Талицкая ЦРБ» Информация, расположенная на сайте, обновляется в постоянном режиме. Мероприятие выполнено в полном объеме.
II. Комфортность условий предоставления услуг					
1.Прием амбулаторных пациентов не по времени.	1.Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи (целевое значение) не менее 90 %.	01.03.2021 и далее контроль в течение года	Санникова Людмила Юрьевна, зам. главного врача по АПП		Амбулаторный прием плановых пациентов осуществляется по времени и по предварительной записи. Выполнение целевого показателя контролируется постоянно
2.Длительное время ожидания предоставления медицинских услуг.	2.Обеспечение удаленной записи на прием (целевой показатель не менее 50 %).				Удаленная запись внедрена во все структурные подразделения, оказывающие амбулаторную помощь. Целевой показатель достигнут, контроль осуществляется в постоянном режиме
3.По результатам анкетирования родители с младенцами не удовлетворены комфортностью условий пребывания в поликлинике (взрослая), а именно выражившиеся в отсутствии помещения для кормления грудным молоком	3.Обеспечение выполнения профилактического осмотра и диспансеризации за минимальное количество посещений.	01.03.2021		Выделено помещение, в коридоре и в кабинете разместили достаточное количество пеленальных столов	Профилактический осмотр и диспансеризация проводится в отделении профилактики поликлиники за 2 посещения. Мероприятия выполнены в полном объеме. Мероприятие выполнено в полном объеме.

III. Доступность услуг для инвалидов					
Отсутствие дублирования для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации	Обеспечить дублирование для инвалидов по слуху и зрению надписей, знаков и информации	01.01.2024	Пахомов Константин Кузьмич, начальник АХЧ	Разработано медико-техническое задание для выполнения данных мероприятий, отправлено для согласования в Министерство здравоохранения Свердловской области	Медико-техническое задание проверено в Министерстве здравоохранения Свердловской области, вынесены замечания в плане корректирующей документации, специалистами МТЗ на утверждении в МЗ СО.
Отсутствие дублирования надписей, знаков иной текстовой и графической информации и знаками, выполненнымными рельефно-точечным шрифтом Брайля	Обеспечить дублирование надписей, знаков иной текстовой и графической информации и знаками, выполненнымными рельефно-точечным шрифтом Брайля	01.01.2024			
IV. Доброжелательность, возможность работников организации					
Получатели услуг частично не удовлетворены общением при первичном контакте с сотрудниками регистратуры	Проведение мастер-классов для сотрудников, подготовка информационных материалов на тему, как поступить в определенной ситуации	В течение года, по графику	Саникова Людмила Юрьевна, зам. главного врача по АПП	Проведено 2 мастер-класса по этике, деонтологии. Утверждена стандартная операционная процедура «Алгоритм действий работников регистратуры с пациентами». Расширен штаг сотрудников регистратуры, выделена должность старшего администратора регистратуры с целью обеспечения удаленной записи на прием к узким специалистам, прививки против новой коронавирусной инфекции, гриппа.	07.07.2021 г. зам. гл. врача по АПП совместно с психологом провела мастер-класс по этике и деонтологии с врачами амбулаторно-поликлинического звена, присутствовало врачей - 14 человек, фельдшеров, ведущих прием пациентов -15 человек. 14.07.2021 г. мастер-класс с средним медицинским персоналом, присутствовало 25 человек. 18.08.2021 г. проведен семинар с администрациями поликлиники "Об организации работы регистратуры" с целью обеспечения удаленной записи на прием к узким специалистам, прививки против новой коронавирусной инфекции, гриппа. Мероприятие выполнено в полном объеме.
V. Удовлетворенность условиями оказания услуг					
Повышение удовлетворенности получателей услуг	Реализации проекта по улучшению удовлетворенности:	Ежеквартально, в течение года	Саникова Людмила Юрьевна, зам. главного врача по АПП, Найданова Валентина Несторовна, зам. главного врача	Работа по реализации данного проекта проводится. Анкетирование с целью了解患者满意度. Anketirovaniye проводится с целью обработкой результатов. I квартал - 24.03.2021, количество - 100 анкет. Удовлетворенность населения: поликлиника -94%, стационар - 95%. II квартал - 24.06.2021, количество - 100 анкет. Удовлетворенность населения: поликлиника -97%, стационар - 96%. Результаты анкетирования доводятся до сведения главного врача для принятия решения.	Анкетирование проводится 1 раз в квартал с последующей обработкой результатов. I квартал - 24.03.2021, количество - 100 анкет. Удовлетворенность населения: поликлиника -94%, стационар - 95%. II квартал - 24.06.2021, количество - 100 анкет. Удовлетворенность населения: поликлиника -97%, стационар - 96%. Результаты анкетирования доводятся до сведения главного врача для принятия решения.
	1. Анкетирование с выявлением «узких мест» проблем с последующим составлением рейтинга проблемных вопросов			III квартал 2021 г. удовлетворенность населения: поликлиника 96%, стационар 97%.	III квартал 2021 г. удовлетворенность населения: поликлиника 96%, стационар 97%.
				IV квартал 2021 г. удовлетворенность населения: поликлиника - 96.9, в целом по больнице - 97.5	IV квартал 2021 г. удовлетворенность населения поликлиники - 95.6, стационара - 96.9, в целом по больнице - 97.5

2. Устный опрос.

3. Мониторинг жалоб пациентов с последующим принятием мотивированных решений.

Устный опрос пациенто проводится на обходах совместно с главным врачом.	Мониторинг обращения граждан производится ежеквартально, каждое обращение разбирается на ВК, информация доводится до главного врача. На основании приказа Министерства Здравоохранения от 20.02.2021 №315-п "Об организации работы с обращениями граждан, поступающими из Единого портала государственных услуг через платформу обратной связи, размещенными в электронном виде на специализированном сайте "Госуслуги. Платформа обратной связи". Осуществляется ежедневный просмотр сообщений граждан, проводится обработка сообщений и в соответствии со сроками, установленными в ПОС, готовым ответ и публикуем на специализированном сайте. Всего обработано 236 сообщений. За 9 месяцев 2021 г. - обработано 250 обращений. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 17.08.2021 № 1855-н "Об утверждении Порядка рассмотрения медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Свердловской области, сообщений граждан через систему мониторинга и реагирования "Иннидент-менеджмент" в социальных медиа" и в целях предоставления информации и оперативного реагирования на сообщения от пользователей в социальных медиа "ВКонтакте", "Одноклассники", "Facebook", "Twitter", "Instagram" и приказа главного врача от 20.08.2021 г.№ 576 назначены ответственные лица в системе "Иннидент-менеджмент". Обработано 6 сообщений.	Продолжается работа по приказу МЗ СО от 20.02.2021г. №315-п. За 12 мес. 2021 г. обработано 910 обращений, поступивших из Единого портала Государственных услуг через платформу обратной связи. На все обращения даны мотивированные ответы.	Перераспределение нагрузки между врачом и медицинской сестрой проводится с целью высвобождения времени работы врача с пациентом. Основной данного анализа является перераспределение документооборота, результатом явилось увеличение времени врача для работы с пациентом. Все рабочие места медицинских сестер имеют возможность доступа к сети "Интернет".	План на 2021 г.: врачи - 27 человек, факт - 27 (100 %), средний медицинский персонал план - 32 человека, факт - 32 (100 %). Мероприятие выполнено в полном объеме.	Оценка реализации проекта определяется в конце года	Оценка реализации проекта проведена
---	---	---	---	--	---	-------------------------------------

4. Выравнивание нагрузки между врачами и средним медицинским персоналом

5. Своевременное обучение врачей и среднего медицинского персонала

6. Реализация проекта - Повышение удовлетворенности во всех структурных учреждениях