

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар,
заступник директора

з клінічної роботи

ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

О. Д. Зюков

2023 рік



Звіт про проведення внутрішнього управлінського аудиту з оцінки системи управління якістю надання медичної допомоги, наукової та освітньої діяльності ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

1. Підставою для проведення аудиту - наказ по ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС №101 від 03.04.2023 р. «Про проведення управлінського аудиту з оцінки системи управління якістю надання медичної допомоги в підрозділах ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, затверджена програма проведення управлінського аудиту з оцінки системи управління якістю надання медичної допомоги в підрозділах ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

2. Терміни аудиту: з «19» квітня по «05» травня 2023 року

3. Цілі: Контроль відповідності системи управління якістю вимогам ДСТУ ISO 9001:2015

4. Критерії: вимоги ДСТУ ISO 9001:2015

5. Обсяг аудиту: клінічні та наукові підрозділи ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, центр підвищення кваліфікації «Інститут післядипломної освіти» ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, підготовка докторів філософії.

6. Голова комісії: Ошивалова О.О. – заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи та якості надання медичної допомоги

Аудитори:

Гідзинська І.М - завідувач консультативно – діагностичного центру, терапевтичного відділення КДЦ;

Глабець С.П. – провідний фахівець із якості апарату управління.

Костоусова Є.Є. – сестра медична (інструктор з гігієни рук) відділу з інфекційного контролю центру стаціонарної допомоги;

Пузирна Т.А. – сестра медична старша отоларингологічного відділення консультативно-діагностичного центру.

Секретар комісії: Кравець К.В. – лікар-методист організаційно-методичного кабінету відділення медичної статистики, інформаційно-аналітичної та методичної роботи.

7. Критерії аудиту: На рівні клінічного структурного підрозділу ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС» оперативний контроль якості медичної допомоги

здійснюється завідувачем та сестрою медичною старшою клінічного підрозділу. На рівні наукового та освітнього підрозділів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС» оперативний контроль СУЯ здійснюється завідувачем наукового та освітнього підрозділів. На рівні підготовки докторів філософії оперативний контроль СУЯ здійснюється провідним фахівцем із якості апарату управління. Згідно зі стандартом ДСТУ ISO 9001:2015, контроль якості проводиться систематично.

8. Результати внутрішнього управлінського аудиту:

Оцінку відповідності проводили за критеріями: «повна відповідність» - наявний документ ведеться у відповідності до вимог; «часткова відповідність» - наявний документ ведеться із незначними невідповідностями; «повна невідповідність» - документ відсутній, або ведеться із значними порушеннями - за розробленими протоколами (чек-листами). Критерії, які підлягали оцінці, формувались на підставі положень стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 та включали:

6.1 Дії стосовно ризиків і можливостей:

6.3 Планування змін:

7.1 Ресурси:

8.5.1 Контроль виготовлення продукції та надання послуг:

8.5.2 Ідентифікація та простежуваність:

8.5.3 Власність замовників або зовнішніх постачальників:

8.5.4 Збереження:

8.5.5 Діяльність після постачання:

8.5.6 Контроль змін:

8.6 Випуск продукції та послуг:

8.7 Контроль невідповідних виходів:

По кожному із пунктів було отримано результат відповідності у балах, також підраховувався сумарний показник відповідності (у балах та відсотках).

Результати внутрішнього управлінського аудиту з оцінки впровадженої СУЯ в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС представлений у таблицях 1-4.

Таблиця 1

Загальна оцінка відповідності СУЯ клінічних підрозділів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у 2023 році (в порівнянні з аналогічним періодом 2022 року)

№ з/п	Клінічний підрозділ	Оцінка відповідності								Зміна показника повної відповідності у %
		Оцінка відповідності у балах	2022 рік			2023 рік			Оцінка відповідності у балах	
			Оцінка відповідності у %	повна	часткова	не відповідність	Оцінка відповідності у %	повна		
1	ЦПМД	70,7	98,5	1,5	-	73	98,7	0,4	0,9	0,2
2	КДЦ	67,2	97,6	2,4	-	69,8	99,8	0,2	-	2,2

3	ЦСД	76,4	99,1	0,9	-	69,9	95,5	1,6	2,9	-3,6
4	ДКЛЦ	71,7	86,0	14,0	-	77,7	97,8	2,2	-	11,8
5	СШМД	66	100,0	-	-	67,0	97,8	2,2	-	-2,2
6	ВМС	21	90,6	2,7	6,7	29,0	97,8	2,2	-	7,2
7	Медична реєстратура	26	93,3	-	6,7	36,0	100,0	-	-	6,7
середній показник по клінічним підрозділам		62	96,6	2,9	0,5	65*	98,4	0,7	0,9	1,8

*Середня максимальна кількість балів по ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС – 66

Загальна оцінка проведення управлінського аудиту **клінічних підрозділах** ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС *відповідає високому рівню*, адже відсоток *повної відповідності* (наявність документу, що відповідає всім заявленим вимогам заповнення та оформлення) складає **98,4% (в 2022 році – 96,6%)**. При цьому *часткова відповідність* складає **0,7% (в 2022 році – 2,9%)** за рахунок груп документів, що стосуються наступних пунктів стандарту ДСТУ ISO 9001:2015:

7.1 Ресурси - спостерігається у структурних підрозділах ЦПМД, а саме: у пунктах охорони здоров'я лікарських амбулаторій №1, у дерматовенерологічному відділенні КДЦ, хірургічному стаціонарі №2 ЦСД, у структурних підрозділах дитячого консультативно-лікувального центру (амбулаторних підрозділах ДКЛЦ, дитячому стаціонарі, відділенні дитячої анестезіології, станції швидкої медичної допомоги), відділенні медичної статистики, інформаційно-аналітичної та методичної роботи.

Також наявні випадки *повної невідповідності і вона складає 0,9% (в 2022 році – 0,5%)* за рахунок груп документів, що стосуються наступних пунктів стандарту ДСТУ ISO 9001:2015:

7.1 Ресурси - спостерігається у структурних підрозділах ЦПМД, а саме: у пунктах охорони здоров'я лікарських амбулаторій №1, №2, хірургічному стаціонарі №2 ЦСД.

8.5.1 Контроль виготовлення продукції та надання послуг - спостерігається у хірургічному стаціонарі №2 ЦСД.

8.5.5. Діяльність після постачання - спостерігається у структурних підрозділах ЦПМД, а саме: у пунктах охорони здоров'я лікарської амбулаторії №2, хірургічному стаціонарі №2 ЦСД.

8.5.6 Контроль змін та 8.7 Контроль невідповідних виходів - спостерігається у хірургічному стаціонарі №2 ЦСД.

Таблиця 2

**Загальна оцінка відповідності СУЯ наукових підрозділів
ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у 2023 році
(в порівнянні з аналогічним періодом 2022 року)**

№ з/п	Науковий підрозділ	Оцінка відповідності								Зміна показника повної відповідності у %
		Оцінка відповідності у балах	2022 рік			Оцінка відповідності у балах	2023 рік			
			повна	часткова	невідповідність		повна	часткова	невідповідність	
1	Науковий відділ організації медичної допомоги	49	69,7	21,2	9,1	51	90,9	9,1	-	21,2
2	Науковий відділ внутрішньої медицини	44	48,5	9,1	42,4	51	81,8	9,1	9,1	33,3
3	Науковий відділ малоінвазивної хірургії	17	15,2	32,1	63,6	33	45,5	42,4	12,1	30,3
середній показник по науковим підрозділам		36,7	44,4	17,2	38,4	45,0*	72,7	20,2	7,1	28,3

*Середня максимальна кількість балів по науковим підрозділам ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС – 54,7

В ході проведення перевірки відповідності системи управління якістю в наукових підрозділах ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 відсоток *повної відповідності* (наявність документу, що відповідає всім заявленим вимогам заповнення та оформлення) складає **72,7%** (в 2022 році – **44,4%**). При цьому *часткова відповідність* складає **20,2%** (в 2022 році – **17,2%**). Також наявні випадки *повної невідповідності* і вона складає **7,1%** (в 2022 році – **38,4%**). Виявлені наступні недоліки:

1. Частково відсутні відмітки про звільнених працівників в посадових інструкціях.
2. Частково відсутні дати виконання заходів в планах робіт підрозділу за 2021, 2022, 2023 роки.
3. Часткове дотримання засад авторського права та відсутнє інформування співробітників.
4. Потребує впорядкування зберігання інформації про проведення опитування (анкетування в рамках дисертаційного дослідження).
5. Потребує впорядкування процес зберігання інформації про пацієнтів, залучених до дослідження.
6. Не проводиться реєстрація недоліків у роботі підрозділу (виконавця) та оцінка ефективності застосованих заходів з усунення виявлених недоліків.

Відсутність простежуваності від реєстрації зауважень до вирішення та оцінки ефективності запропонованих заходів.

7. Частково відсутні акти інноваційних впроваджень за 2021-2022 роки.
8. Потребує реалізації процес ознайомлення аспірантів із Положенням про науковий підрозділ.
9. Частково відсутні у повному обсязі портфоліо співробітників.
10. Частково відсутній актуальний список аспірантів та докторантів підрозділу.
11. Частково відсутні у повному обсязі тематичні карти індивідуальних фрагментів НДР співробітників підрозділу.
12. Частково не впорядкована підготовка індивідуальних планів фрагментів НДР.
13. Частково не ведеться моніторинг виконання співробітниками підрозділу індивідуальних фрагментів НДР.
14. Частково відсутній план підвищення кваліфікації та атестації співробітників.

Таблиця 3

**Загальна оцінка відповідності СУЯ центру підвищення кваліфікації
«Інститут післядипломної освіти» ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у 2023 році
(в порівнянні з аналогічним періодом 2022 року)**

№ з/п	Освітній підрозділ	Оцінка відповідності								Зміна показника повної відповідності у %
		2022 рік				2023 рік				
		Оцінка відносно у балах	Оцінка відповідності у %			Оцінка відносно у балах	Оцінка відповідності у %			
повна	часткова		невідповідність	повна	часткова		невідповідність			
1	ЦПК «Інститут післядипломної освіти»	64	58,0	16,0	26,0	62*	58,0	16,0	26,0	0,0

*Максимальна кількість балів для ЦПК «Інститут післядипломної освіти» –

88

В ході проведення перевірки відповідності системи управління якості центру підвищення кваліфікації «Інститут післядипломної освіти» ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 відсоток **повної відповідності** (наявність документу, що відповідає всім заявленим вимогам заповнення та оформлення) складає **58,0% (в 2022 році – 58,0%)**. При цьому **часткова відповідність складає 16,0% (в 2022 році – 16,0%)**. Також наявні випадки **повної невідповідності і вона складає 26,0% (в 2022 році – 26,0%)**. Виявлені наступні недоліки:

1. Відсутні відмітки про виконання у плані інноваційних впроваджень та у плані роботи підрозділу.

2. Відсутній % виконання у моніторингу виконання навчально-календарних планів підвищення кваліфікації лікарів, МСМО.

3. Відсутній номер наказу про підсумки циклу.

4. Відсутній доступ до архіву 2021 року.

5. Потребує розробки та впровадження анкета опитування слухача.

6. Не проводиться інформування персоналу про результативність вжитих заходів щодо усунення недоліків у роботі підрозділу.

7. Не ведуться протоколи нарад підрозділу.

Таблиця 4

Загальна оцінка відповідності СУЯ підготовки докторів філософії ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у 2023 році (в порівнянні з аналогічним періодом 2022 року)

№ з/п	підрозділ	Оцінка відповідності							Зміна показника повної відповідності у %	
		2022 рік			2023 рік					
		Оцінка відповідності у балах	Оцінка відповідності у %		Оцінка відповідності у балах	Оцінка відповідності у %				
повна	часткова		не відповідність	повна		часткова	не відповідність			
1	Підготовка докторів філософії	70	76,7	14,0	9,3	82*	95,3	4,7	-	18,6

*Максимальна кількість балів для підготовки докторів філософії – 84

В ході проведення перевірки відповідності системи управління якості підготовки докторів філософії ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 відсоток **повної відповідності** (наявність документу, що відповідає всім заявленим вимогам заповнення та оформлення) складає **95,3% (в 2022 році – 76,7%)**. При цьому **часткова відповідність складає 4,7% (в 2022 році – 14,0%)**. Випадків **повної невідповідності не зафіксовано (в 2022 році складала – 9,3%)**. Виявлені наступні недоліки:

1. Відсутнє посилення на дату підготовки та затвердження освітньо – наукової програми.

2. Відсутні звіт та аналіз результатів анкетування, не проводиться розробка, впровадження та оцінка корегувальних заходів за результатами анкетування.

3. Не проводиться інформування здобувачів, у яких є відставання від навчального плану про результативність вжитих заходів щодо усунення недоліків.

9. Висновки: Даний аудит можна вважати поточною оцінкою СУЯ в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Рівень повної відповідності СУЯ в клінічних, наукових підрозділах та за програмою підготовки докторів філософії покращився, а саме:

- по клінічним підрозділам на 1,8% (за 2023 рік показник повної відповідності склав 98,4 %, за 2022 рік – 96,6%);
- по науковим підрозділам на 28,3% (за 2023 рік показник повної відповідності склав 72,7 %, за 2022 рік – 44,4%);
- за програмою підготовки докторів філософії на 18,6% (за 2023 рік показник повної відповідності склав 95,3 %, за 2022 рік – 76,7%);

По Центру підвищення кваліфікації «Інститут післядипломної освіти» рівень впровадження СУЯ залишився на попередньому середньому рівні: в 2022- 2023 роках показник повної відповідності склав 58%.

Підрозділам, що мають недоліки надано час на їх виправлення (проміжок часу визначений кількістю недоліків).

За результатами аудиту можна зробити висновки, що персонал має продовжити підвищувати свої знання та навички, а створений в закладі безперервний контроль з боку керівництва закладу, керівництва підрозділу є дієвим.

10. Рекомендації:

Проведення заходів з усунення невідповідностей для клінічних підрозділів:

1. Завідувачам клінічних підрозділів та сестрам медичним старшим привести у відповідність до вимог документи діяльності підрозділу, що мають зауваження у 2-х місячний термін.

Проведення заходів з усунення невідповідностей для наукових підрозділів

Завідувачам наукових підрозділів:

1. Систематично вносити відмітки про рух співробітників (звільнених та прийнятих) у Положенні про підрозділ, а також у відповідних посадових інструкціях із вказівкою дати.

2. Ознайомлювати співробітників підрозділу та аспірантів з Положенням про підрозділ із внесенням особистого підпису співробітника про ознайомлення.

3. Забезпечити внесення відміток про виконання заходів в планах роботи підрозділу із вказівкою дати виконання.

4. Забезпечити розробку план підвищення кваліфікації та атестації співробітників.

5. Здійснювати контроль за дотриманням засад авторського права та ознайомленням співробітників (з документальним підтвердженням).

6. Забезпечити впорядкування процесу зберігання інформації про проведення опитування (анкетування).

7. Здійснювати контроль за дотриманням науковими співробітниками, аспірантами правил зберігання інформації про пацієнтів, залучених до дослідження.

8. Забезпечити реєстрацію у протоколах нарад підрозділу виявлені недоліки у роботі, запропонованих корегувальних заходів, здійснювати оцінку ефективності застосованих заходів з усунення недоліків у роботі підрозділу.

9. Здійснювати контроль за оформленням та поданням на затвердження актів впровадження інноваційних технологій.

10. Налагодити процес збору копій портфоліо співробітників.

11. Актуалізувати список аспірантів та докторантів підрозділів.

12. Здійснювати контроль за розробкою та затвердженням тематичних карт індивідуальних фрагментів НДР співробітників підрозділу.

13. Впорядкувати індивідуальну звітність щодо виконання фрагментів НДР співробітників підрозділу.

14. Розробити та регулярно проводити моніторинг з документальним підтвердженням виконання співробітниками підрозділу індивідуальних фрагментів НДР.

Проведення заходів з усунення невідповідностей для центру підвищення кваліфікації «Інститут післядипломної освіти»:

1. Систематично вносити відмітки про виконання у плані інноваційних впроваджень та у плані роботи підрозділу.

2. Доповнити моніторинг виконання навчально-календарних планів підвищення кваліфікації лікарів, МСМО інформацією щодо % виконання плану.

3. Внести в копії документів номер наказу про підсумки циклу з невідкладної медичної допомоги в екстрених ситуаціях.

4. Налагодити доступ до архіву 2021 року.

5. Розробити анкети для опитування слухачів з метою оцінки якості надання освітніх послуг.

6. Розробити алгоритм проведення аналізу та зберігання інформації про результати опитування слухачів (анкети).

7. Проводити інформування персоналу про результативність вжитих заходів щодо усунення недоліків у роботі підрозділу з документальним підтвердженням.

8. Проводити наради підрозділу з оформленням протоколів.

Проведення заходів з усунення невідповідностей для підготовки докторів філософії:

1. В робочих документах зробити посилання на дату підготовки та затвердження освітньо - наукової програми навчальних планів підготовки

здобувачів вищої освіти ступеня доктор філософії за спеціальністю 222 Медицина.

2. Налагодити звітність та аналіз результатів анкетування з розробкою, впровадженням та оцінкою ефективності корегувальних заходів за результатами анкетування.

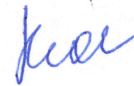
3. Ввести систему інформування здобувачів, у яких є відставання від навчального плану про результативність вжитих заходів щодо усунення недоліків.

Голова комісії

Секретар комісії



О. Ошивалова



К. Кравець