

Одобрено и утверждено
Директор - 18.02.2024
Приложение 1

Сводный отчет
по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской
деятельности в государственных учреждениях здравоохранения

ГАУЗ СК «Краевой лечебно-реабилитационный центр»

(наименование медицинской организации)

За 2024 год

(отчетный период)

№ п/п	Разделы/ уровни	Наименование направления деятельности	Количес тво	%
1. Работа Службы (отдела, уполномоченного лица) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности				
1.	Характеристика службы	Структура		
		НПА МО по службе (перечислить)		
		Уполномоченное лицо (ФИО, приказ, контакты)	зам.гл.врача медицинской части , Подушинская Н.М. приказ № 1 од от 09.01.2024. конт.тел.8-928-90-58	
1.1	Плановая работа	Количество плановых проверок	4	100,0
		Проведение аудита по доступной среде в Центре	1	25,0
		Оценка применения КР по МР в Центре	1	25,0
		Оценка проведения ЭВН в Центре	1	25,0
		Выполнение плана производственного контроля	1	25,0
		Количество разработанных и внедренных в учреждении СОП	16	
		Количество выявленных нарушений/несоответствий	6	
		Количество разработанных корректирующих мероприятий	4	
		Контрольные мероприятия: количество выполненных мероприятий	4	
1.2	Внеплановая Работа	Количество целевых (внеплановых) проверок	5	
		в том числе:		
		Проведение аудита работы стационарных отделений МР	1	20,0
		по разбору жалоб и обращений граждан	1	20,0
		Анализ организации лечебного питания в Центре	1	20,0
		Профилактика падений в Центре	1	20,0
		Анализ организации экстренной и неотложной помощи в Центре	1	20,0
		Количество выявленных нарушений/несоответствий	2	
		Количество разработанных корректирующих мероприятий/ предписаний	2	
		Контрольные мероприятия: количество выполненных предписаний	2	
1.3	Тематические проверки, в т.ч. по контролю достижения целевых показателей федеральных и	Количество тематических проверок, в т.ч.:	4	100,0
		Анализ выполнения маршрутизации пациентов, нуждающихся в проведении МР, согласно приказов министерства здравоохранения Ставропольского края от 30 сентября 2022 г. №01-05/1133 и от 10 августа 2023г. №01-05/723 и преемственности медицинской помощи по МР	1	25,0

	краевых программ развития здравоохранения	Обоснованность назначения функциональных исследований	1	25,0
		Выполнение мероприятий по лекарственной безопасности в Центре	1	25,0
		Профилактика пролежней у пациентов отделения медицинской реабилитации с нарушением центральной нервной системы	1	25,0
		Количество выявленных нарушений/несоответствий	2	
		Контрольные мероприятия: количество исполненных мероприятий	2	
		Достигнутый результат и исполнение программ	достигнут	
1.4	Учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности	Количество выявленных фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи	0	
		Количество разработанных корректирующих мероприятий	0	
		Контрольные мероприятия: количество выполненных мероприятий	0	
2. Работа врачебной комиссии				
2.1	Оценка деятельности врачебной комиссии (ВК)	Количество плановых заседаний: ВК, в том числе подкомиссий ВК:	288	
		По ВВК	13	
		По ЭВН	57	
		По лекарственному обеспечению	214	
		По лечебному питанию	4	
		Всего протоколов	2193	
		Количество протоколов формулярной комиссии	1899	
		Количество протоколов по ВВК	13	
		Количество протоколов по ЭВН	281	
		Количество протоколов заседаний по разбору внутрибольничных инфекций/ количество случаев	0	
		Количество протоколов заседаний по разбору внутрибольничного травматизма/ количество случаев	1	
		Количество протоколов заседаний по разбору нежелательных и ятрогенных осложнений/ количество случаев	0	
		Количество протоколов заседаний КИЛИ/ количество случаев	0	
		Количество внеплановых заседаний ВК	0	
2.2	II уровень контроля - количество проведенных экспертиз	Всего проведено экспертиз качества медицинской помощи	304	9,4
		Экспертиз медицинских карт стационарного больного	215	9,5
		Экспертиз медицинских карт дневного стационара медицинской реабилитации	89	9,2
2.3	Структура дефектов на 2 уровне внутреннего контроля	Дефекты, допущенные при сборе жалоб, анамнеза, диагностических процедур	4	0,12
		Дефекты, допущенные при постановке диагноза	5	0,15
		Дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятиях	6	0,18
		Дефекты, допущенные при проведении медицинских экспертиз, приемственности и этапов МР	3	0,09
		Дефекты оформления медицинской документации	4	0,12

2.4	Взаимодействи е с страховыми медицинскими организациями, ТФОМС СК (в т.ч. по межтерриториа льным расчетам за инокраевых граждан)	Количество случаев оказания медицинской помощи с нарушениями по результатам экспертизы качества медицинской помощи от общего количества проведенных экспертиз качества за истекший период текущего года	6 из 1032 случаев эксперти 3	0,6
3. Удовлетворенность пациентов				
3.1	Работа с обращениями граждан	Количество обращений граждан всего	25	
		в том числе количество жалоб	0	
		Структура жалоб:		
		на организацию медицинской помощи	4	
		на доступность медицинской помощи	20	
		на качество медицинской помощи	0	
		на этику и деонтологию	1	
		на лекарственное обеспечение	0	
		на оказание ВМП	0	
		на оказание платных услуг	0	
		из общего количества жалоб – обоснованных *	1	
		Принятые меры по разбору обращений и жалоб граждан:		
		проведено служебных расследований	1	
		вынесено дисциплинарных взысканий	0	
		проведено семинаров по профилактике жалоб и конфликтов	1	
3.2	Анкетирование пациентов (стационар, дневной стационар)	количество анкет за анализируемый период	2266	70,2
		в том числе:		
		- в медицинской организации (бумажные, «обратная связь»)	1178	52,0
		- интерактивное	1088	48,0
		количество разборов результатов анализа анкетирования граждан на общих планерках, совещаниях.	15	
4. Работа с персоналом медицинской организации				
4.1	Анкетирование работников медицинской организации	Количество анкет за анализируемый период	82	
		Количество разработанных корректирующих мероприятий по результатам анкетирования работников медицинской организации*	2	
		Количество выполненных мероприятий	2	
4.2	Коммуникация работников медицинской организации с пациентами	Количество проведенных тренингов по взаимодействию	5	

И.о. главного врача



Н.М.Подушинская

Аналитическая справка
к отчету по внутреннему контролю качества
и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ СК «Краевой лечебно-
реабилитационный центр» за 2024 года

На основании приказа главного врача ГАУЗ СК «Краевой лечебно-реабилитационный центр» (далее-Центр) от 09.01.2024 № 1од «Об утверждении составов постоянно действующих комиссий и назначение ответственных лиц за проведение организационных и контрольных мероприятий на 2024 год», а также приказов Центра: № 5 од от 09.01.2024г. «Об утверждении структуры учреждения на 2024год», № 28 од от 09.01.2024г. «Об организации работы по профилактике ИСМП», № 52 од от 02.02.2024г «Об утверждении положения о внутреннем контроле качества ГАУЗ СК «Краевой лечебно-реабилитационный центр», № 38 од от 01.02.2024г «О мерах по укреплению метрологической службы», № 39 от 01.02.2024г. «О назначении ответственных лиц за санитарно-эпидемиологический режим в клинической лаборатории, кабинете функциональной диагностики, приемном покое», № 37 од от 01.02.2024г. «Об организации безопасности обращения с медицинскими отходами в ГАУЗ СК «КЛРЦ», № 75 од от 24.02.2023г. «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, № 24 от 10.01.2024г. «Программа производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических мероприятий на 2024 год» за отчетный период проведена работа по внутреннему контролю качества.

Приказом № 52 од от 02.02.2024г «Об утверждении положения о внутреннем контроле качества ГАУЗ СК «Краевой лечебно-реабилитационный центр» определен ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ по внутреннему контролю качества.

Согласно плана выполнены мероприятия:

1. Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности.

1.1. Проведено занятие 07.02.2024 г. с врачами Центра «Изучение приказов Минздрава России от 31 июля 2020 г. №785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и приказа от 10 мая 2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

1.2. Внесены в должностные инструкции и в трудовые договора главного врача и его заместителей, заведующих отделениями обязанности по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности и ответственности за проведение внутреннего контроля качества

1.3. принятые меры по результатам по результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок.

- организована стоянка для автотранспорта инвалидов,
- смонтированы дополнительные поручни на этажах, в санитарных комнатах,

- поставлены 2 подъемные платформы,

- улучшена навигация по 2 корпусу

- осуществлено дублирование зрительной информации шрифтом Брайля для инвалидов по зрению,

- в отделениях медицинской реабилитации Центра созданы протоколы ведения пациентов на основании клинических рекомендаций,

- разработаны и введены в работу врачей Центра единые формы ведения первичной медицинской документации по экспертизе временной нетрудоспособности (эпикриз, протокол ВК по ЭВН),

- на ВК по продлению ЛН заслушиваются лечащие врачи с разбором клинических случаев,

2. Система управления работниками Центра.

2.1. Ежемесячно проводится анализ укомплектованности медицинским персоналом (на 01.12.2024 г. врачебным составом 74,2 %, медицинскими сестрами - 77,0 %) и квалификационных характеристик медицинского персонала (40,0 % имеют квалификационные категории).

2.2. В ноябре 2024 г. проведен СОУТ в Центре, улучшились бытовые условия для медицинских сестер (оборудована комната отдыха).

2.3. Все сотрудники Центра участвуют в НМО (в отделе кадров наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) соблюдения порядка непрерывного обучения работников

2.4. В июне-декабре 2024 г. сотрудники Центра принимали участие в конференциях по медицинской реабилитации «Нейрофорум» г. Москва, «Развитие МР на Северном Кавказе», «8 Конгресс физической и реабилитационной медицины с международным участием» г. Москва.

3. Идентификация личности пациентов.

3.1. В марте создан СОП по идентификации пациентов при плановом обращении и госпитализации в Центр, при проведении диагностических и инструментальных исследований, лабораторных исследований, при оказании медицинской помощи.

3.2. Ежемесячно анализ по реализации СОПов по идентификации пациентов.

4. Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи) (ИСМП)

4.1. Разработан ПЛАН ПРОИЗВОДСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ (январь).

4.2. Созданы СОПы по уборке различных видов помещений (февраль).

4.3. Созданы СОПы по обращению с отходами в соответствии с

нормативными документами. (февраль).

4.4. Созданы СОПы проведения инвазивных вмешательств(февраль).

4.5. Организованы места для мытья и обработки рук в режимных кабинетах, коридорах, холлах, палатах для пациентов, местах общего пользования (февраль).

4.6. Выработан порядок допуска или отстранения от работы при наличии у медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь, ран и повреждений на руках (март).

4.7. Разработан алгоритм расчета потребности в СИЗ (март).

4.8. Определен порядок использования СИЗ (апрель).

4.9. Проведены мероприятия по профилактики ИСМП (организация учета, регистрации аварийных ситуаций (в случаях контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.): Порядок действий при аварийных ситуациях, наличие специальных МИ для диагностики инфекции и ЛП для экстренной профилактики инфекций, в том числе гемоконтактных, наличие программы вакцинации медицинских работников против гепатита В, гриппа, новой коронавирусной инфекции.

4.10. Проведены в феврале-июне-октябре 2024 г. мероприятия по обеспечению качества и безопасности лечебного питания (Создано ПОЛОЖЕНИЕ о ПИЩЕБЛОКЕ, определен порядок организации лечебного питания, проведен аудит соответствия санитарного состояния и содержания помещений, условий и технологии изготовления блюд, мытья посуды, хранения пищевых продуктов нормативным требованиям, проводится анализ порядка допуска работников, участвующих в организации лечебного питания)

5. Лекарственная безопасность, фармакологический надзор.

5.1.Определен Порядок закупки ЛП в Центре, порядок утилизации ЛП с истекшим сроком годности.

5.2.Созданы СОПы по Порядку хранения ЛП во всех подразделениях Центра.

5.3. Созданы СОПы по Порядку контроля за безопасным и эффективным применением ЛП.

5.4. Издан приказ по Центру о Порядке регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в МО и передачи сведений о них в Росздравнадзор.

5.5. Определен Порядок информирования медицинских работников о наличии ЛП и о поступлении новых ЛП.

5.6. Определен Порядок оформления назначений ЛП в медицинской документации, Порядок заполнения листов врачебных назначений и отражение контроля со стороны заведующих отделением в картах контроля качества.

5.7. Организовано взаимодействия с Росздравнадзором в случае выявления непредвиденных нежелательных реакций.

6. Контроль качества и безопасность медицинских изделий

- 6.1. Определен Порядок закупки, хранения, учета и эксплуатации МИ.
- 6.2. Определен Порядок соблюдения метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических поверок.
- 6.3. Определен Порядок технического обслуживания МИ.
- 6.4. Определен Порядок сбора и анализа информации и регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ
- 6.5. Проведено обучение медицинских работников по вопросам безопасности обращения медицинских изделий
- 6.6. Регламентирован Порядок допуска работников медицинской организации к обращению медицинских изделий
- 6.7. Проведен (март, июнь, ноябрь) контроль знаний алгоритмов (СОП) инструкций по регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий и Порядке взаимодействия Центра с территориальным органом Росздравнадзора

7. Организация экстренной и неотложной медицинской помощи

- 7.1. Создана и утверждена главным врачом Центра СХЕМА экстренного оповещения/сбора работников
- 7.2. В палатах Центра организована действующая/ исправная система вызова медицинских работников пациентами и сопровождающими
- 7.3. Издан приказ главного врача Центр от 21.06.2023 № 144од «Об организации экстренной и неотложной медицинской помощи в ГАУЗ СК «Краевой лечебно-реабилитационный центр»
- 7.4. Проведены занятия (март, июнь, сентябрь, декабрь) с врачами, медицинскими сестрами по знанию алгоритмов действия при неотложных состояниях Сердечно-легочная реанимация, Анафилактический шок, Гипертонический криз, Гипертермия, Гипогликемическая кома.
- 7.5. В мае 2024 проведены 10 тренажей по знанию алгоритмов (СОП, инструкций) действий работников в условиях чрезвычайных ситуаций.

8. Преемственность медицинской помощи.

8.1. Организована маршрутизация пациентов, нуждающихся в проведении медицинской реабилитации, согласно приказа министерства здравоохранения Ставропольского края от 30 сентября 2022г. № 1133, ежемесячно проводится анализ поступивших пациентов из районов Ставропольского края. 85,0 % пациентов, нуждающихся в проведении мероприятий медицинской реабилитации поступают из прикрепленных районов Ставропольского края.

8.2. В Центре по приказу министерства здравоохранения Ставропольского края создан и работает центр телемедицинских консультаций формата «врач-врач» для МО Ставропольского края и консультаций с федеральными центрами НМИЦ ЛРЦ и НМИЦ РК. В 2024 году проведено 35 телемедицинских консультаций (30 для определения показаний к проведению

медицинских консультаций и даты госпитализации и 5 с НМИЦ ЛРЦ и НМИЦ РК по вопросам определения индивидуальных реабилитационных программ.

8.3. Медицинскими психологами проведены 82 тестирования медицинских работников Центра по вопросам удовлетворенности условиями труда и уровнем коммуникаций.

9. Безопасность среды

9.1. В Центре в 2024 г. обеспечена система безопасности электроснабжения, водоснабжения, вентиляции, освещения, безопасности состояния полового покрытия, стен, потолков.

9.2. Организована доступная и безопасная среда для лиц с ограниченными возможностями (наличие кнопок экстренного вызова, поручней, противоскользящего покрытия/ковриков в душевых комнатах, наличие пандусов, специальных подъемников, лифтов для подъема каталок, специальных туалетов, душевых и т.д.)

9.3. Осуществлена организация охраны и безопасности в Центре.

9.4. Проведены занятия с медицинским персоналом по обеспечения информационной безопасности при организации медицинской деятельности в Центре

9.5. Разработаны алгоритмы по обеспечению безопасности при работе с электронными документами в МИС, при работе с бумажными, печатными документами

9.6. В Центре обеспечены права пациентов, родственников (или их законных представителей) доступа к информации о состоянии, и результатах лечения и т.д.

10.1. В январе 2024 г. составлен график обучения медицинских сестер, осуществляющих уход, манипуляциям по уходу, профилактике падений, пролежней.

10.2. В марте, июне, августе, ноябре проведен контроль знаний алгоритмов (СОП) по уходу за пациентами и контроль знаний алгоритмов (СОП) оценки риска падений с использованием шкалы/шкал оценки риска и порядка оформления степени риска падений в медицинской документации, контроль знаний алгоритмов (СОП, инструкций) проведения влажной уборки, включая требования: отсутствие луж, наличие предупреждающих знаков «мокрый пол».

10.3. В марте проведен аудит обеспеченности Центра специальным оборудованием для снижения риска падений (наличие колясок, ходунков, костылей в расчетных количествах).

10.4. Центр обеспечен специальным оборудованием для снижения риска пролежней (противопролежневые матрасы, шампуни для обработки тела пациентов)

11. Организация оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации в соответствии Клиническим рекомендациям, стандартам и

порядкам

11.1. Создан приказ Центра от 23 декабря 2022г. № 308 од «О внедрении клинических рекомендаций по медицинской реабилитации взрослого населения, утвержденных министерством здравоохранения Российской Федерации, в государственном автономном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Краевой лечебно-реабилитационный центр», в 2024 г. проведены занятия с врачами.

11.2. Осуществлен доступ всех врачей к полному перечню клинических рекомендаций, утвержденных ФОИВ в установленном порядке во всех подразделениях.

11.3. В июне 2024 г. проведено занятие «Организация медицинской реабилитации в соответствии с клиническими рекомендациями», все врачи Центра прошли обучение по КР на портале НМО.

12. Обеспечение принципов пациентоцентричности при осуществлении медицинской деятельности.

12.1. Ежеквартально на сайте и информационных стендах обновляется информация для пациентов, родственников и их законных представителей о правах и обязанностях в Центр, об оформлении информированного добровольного согласия или отказа пациентов, родственников и их законных представителей от оказания медицинской реабилитации, о порядке приема руководителями, график работы Центра и спектр предоставляемых услуг по медицинской реабилитации.

12.2. Организован Порядок обеспечения культурных и религиозных потребностей пациентов, родственников и их законных представителей.

13. Контроль качества медицинской помощи в ГАУЗ СК «Краевой лечебно-реабилитационный центр».

В Центре. контроль качества оказанной медицинской помощи осуществляется на трех уровнях. Функции контроля за эффективностью и качеством медицинской деятельности осуществляют должностные лица ГАУЗ СК «Краевой лечебно-реабилитационный центр».

На первом уровне контроль качества оказанной медицинской помощи проводится заведующими структурных подразделений медицинской организации путем 100% проверки первичной медицинской документации пролеченных пациентов и оценки всех случаев оказания медицинской помощи. Коэффициент качества:

по дневному стационару медицинской реабилитации в марте, июне 2024 г. составлял 0,9-0,92, в сентябре-ноябре 2024 г. 0,95-0,97;

по отделению медицинской реабилитации взрослых для пациентов с нарушением центральной нервной системы в марте, июне 2024 г. составлял 0,92-0,95, в сентябре-ноябре 2024 г. 0,97-0,99;

по отделению медицинской реабилитации взрослых для пациентов с соматическими заболеваниями в марте, июне 2024 г. составлял 0,95-0,97, в

сентябре-ноябре 2024 г. 0,98-0,99;

по отделению медицинской реабилитации взрослых для пациентов с нарушением периферической нервной системы и костно-мышечной системы, в том числе по профилю «Гериатрия» в марте, июне 2024 г. составлял 0,92-0,95, в сентябре-ноябре 2024 г. 0,97-0,99.

Отмечается положительная динамика в оформлении диагнозов по МКФ, составлении планов реабилитационных мероприятий, оформлении первичной медицинской документации врачами мультидисциплинарных реабилитационных команд отделений медицинской реабилитации Центра.

На втором уровне контроль качества осуществляется заместителем главного врача по медицинской части медицинской организации в разрезе структурных подразделений и медицинской организации в целом путем проведения контроля качества случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи. Контроль качества второго уровня проведен 304 случаев оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации, что составляет в 9,4% от общего количества пролеченных больных. Коэффициент качества (итоговая оценка качества медицинской помощи) составила 0,97 по дневному стационару медицинской реабилитации (в марте КК 0,95), по стационарным отделениям медицинской реабилитации КК составил 0,99 (в марте 0,97).

На третьем уровне - врачебной комиссией проводится оценка качества, обоснованности и эффективности реабилитационных мероприятий в отделениях, рассматриваются итоги проведения целевых и плановых проверок, устанавливаются причины выявленных нарушений, разрабатываются корректирующие мероприятия по их устранению. Проведено заседаний врачебной комиссии - 288, из них: по внутреннему контролю качества - 13, по экспертизе временной нетрудоспособности - 57, по лекарственному обеспечению, обоснованности назначения лекарственных препаратов - 214. По организации лечебного питания - 4.

Страховыми медицинскими организациями (СМО) в 2024г. проведена экспертиза 1032 случаев оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации, предоставлены акты проведенных экспертиз (медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи) за отчетный период. Снижение оплаты по результатам экспертизы по 6 стационарным картам из 1032 проверенных карт, что составило 0,6%.

Работа с обращениями граждан.

За отчетный период 2024 года зарегистрировано 25 обращений граждан, из них: 20 обращений на доступность медицинской помощи (по вопросам организации госпитализации в Центр для проведения медицинской реабилитации), 1 на этику и деонтологию, 4 на организацию медицинской помощи по медицинской реабилитации. Обоснованных жалоб 1. В учреждении проведено 2 семинара по профилактике жалоб и обращений.

Анкетирование по оценке качества медицинской помощи за отчетный период проведено у 2266 пациентов, это составило 70,2 % от общего числа пациентов, получивших медицинскую помощь по медицинской реабилитации за 2024г. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью составила 96,3%.

И.о. главного врача

16.12.24г



Н.М.Подушинская

Отчет по мониторингу внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности 2 этапа ГАУЗ СК «Краевой лечебно-реабилитационный центр» за 2024 год

Наименование отделения	Число пролеченных пациентов	Количество проведенных экспертных из качества медицинской помощи (% от общего числа пролеченных больных)	Количество случаев оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с выявленными дефектами (абс. число и % от числа проведенных экспертиз качества медицинской помощи)										Коэффициент качества (итоговая оценка качества медицинской помощи)	Удовлетворенность медицинской помощью (по анкетам)	
			Дефекты, допущенные При сборе жалоб, анамнеза, диагностических процедур		Дефекты, допущенные при поставке диагноза по МКФ		Дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий (Индивидуальный план МР)		Дефекты, допущенные при проведении медицинской экспертизы, преемственности этапов лечения и МР		Дефекты оформления медицинской документации и				
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Дневной стационар МР	987	89 /9,2	3	3,3	3	3,3	4	4,4	2	2,2	3	3,3	0,97		
Стационарные отделения МР	2240	215/9,5	1	0,5	2	0,1	2	0,9	1	0,04	1	0,5	0,99		
КЛРЦ	3227	304/9,4	4	0,12	5	0,15	6	0,18	3	0,09	4	0,12	0,98	2266/70,2	3107/96,3

Заместитель главного врача по медицинской части

16.12.24.

Н.М.Подушнская