|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тип документа** | **ПОЛОЖЕНИЕ** | Страница 1 из 6 |
| **Назначение** | Все медицинские центры и отделения ТОО «B.B.NURA» в Республике Казахстан | Y:\++Азия\CENTERS\BBNURA\LOGO\BBNURA.jpg |
| **Код** | ББН-VIII/01 | **Номер** | **КАЧ-А1/1** | **Редакция** |  **001** |
| **Название** | **ПОЛОЖЕНИЕ О КЛИНИКО-ОПЕРАЦИОННОМ ОТДЕЛЕ**  |
| **Разработано** | Менеджер по качеству | Жумажанова Д.С. |  |
| **Согласовано** | Медицинский директор  | Канафина Ш.М. |  |
| Руководитель Клинико-операционного отдела | Рахымжан Г.С. |  |
| **Утверждено** | Приказом Исполнительного директора ТОО «B.B.NURA» № 56 от 15.07.2019г.  |
| **К внедрению с** | 01.08.2019г. |

**I.      Общие положения**

* 1. Настоящее Положение о Клинико – операционном отделе ТОО «BBNURA» (далее – Компания) разработано в соответствии с законодательством Республики Казахстан и устанавливает единые цели, правила и принципы проведения внутреннего клинического аудита.
	2. Клинико – операционный отдел является структурным подразделением Компании, который координирует деятельность по управлению и совершенствованию качества медицинской помощи.
	3. Клинико – операционный отдел находится в непосредственном подчинении медицинского директора и подчиняется исполнительному директору Компании.
	4. Структура и штат отдела определяется штатным расписанием, утвержденным исполнительным директором Компании.
	5. Клинико – операционный отдел возглавляет руководитель, который назначается и освобождается от должности исполнительного директора Компании.
	6. В текущей работе Клинико – операционный отдел руководствуется следующими документами:
* установленным действующим законодательством Республики Казахстан, приказами и распоряжениями Компании;
* Уставом;
* Нормативно-правовыми актами Республики Казахстан;
* Политикой и целями в области качества;
* Настоящим Положением.
	1. Клинико – операционный отдел оборудуется согласно требованиям техники безопасности и охраны труда.

# II. Цели

1. Основной целью деятельности Отдела является представление Наблюдательному Совету независимой и объективной информации, предназначенной для обеспечения эффективного управления Компании, путем применения системного подхода в совершенствовании систем управления рисками, внутреннего контроля и корпоративного управления.

**III. Основные задачи**

3.1. Внутренний контроль качества медицинских услуг, соответствия деятельности структурных подразделений требованиям стандартов здравоохранения, соответствие диагностики и лечения требованиям утвержденных протоколов, клиническим стандартам, стандартам оформления первичной медицинской документации, соответствие утвержденным нормативно – правовым документам по применению внутренних индикаторов оценки качества медицинских услуг**.**

3.2. Контроль оказания медицинской помощи согласно правилам оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП).

3.3. Контроль качества работы средних медицинских работников, способствует совершенствованию системы оказания современных видов сестринской помощи пациентам и внедрению стандартов медицинской помощи в деятельность средних медицинских работников.

3.4. Разработка мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов (инцидентов) в работе по результатам анализа деятельности и способствующих повышению качества и эффективности Компании.

3.5. Решение обращений (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования.

**IV. Функции**

4.1. Разработка Программы по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи.

4.2. Участие в проведении клинического аудита путем изучения подробного ретроспективного и или текущего анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам в области здравоохранения.

 4.3. Участвует в анализе причин предъявления дефектов ФСМС, путем изучения и анализа медицинской карты пациента (ф.003/у), выписного эпикриза (ф.027/у).

4.4. Организация и анализ эффективности деятельности подразделений в Компании по оценке внедрению стандартов здравоохранения с применением внутренних индикаторов качества.

4.5. Ведение реестра идентификации рисков, планирование мероприятий по управлению рисками и регистрация в журнале учета возникновения рисков.

 4.6. Представление руководству информации о проблемах, выявленных в результате анализа, направленного на устранение и предупреждение повторных возникновений дефектов.

4.7. Мониторинг обращений граждан в разрезе структурных подразделений Компании, сбор материалов по жалобам и обращениям, разработка мероприятий для планомерного уменьшения количества жалоб на ненадлежащее качество медицинских услуг.

4.8. Анкетирование пациентов с целью оценки удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг в Компании.

4.9. Анализ степени удовлетворенности сотрудников посредством анкетирования и информирование персонала Компании о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов.

4.10. Разбор, анализ, написание отчета об инциденте с рекомендациями по проведению мероприятий предотвращающих повторное возникновение инцидента.

4.11. Методическая помощь персоналу Компании по вопросам обеспечения качества медицинской помощи.

**V. Структура подразделения**

5.1. Структура и штат Клинико – операционного отдела, составленные в соответствии с организационной структурой управления и количеством штатных единиц, утверждается исполнительным директором.

В состав Клинико – операционного отдела входят следующие должностные единицы, согласного штатного расписания:

* Руководитель Клинико – операционного отдела – 1,0;
* Менеджер по качеству – 3,0;
* Врач – эпидемиолог – 1,0;
* Главная медсестра – 1,0.

 5.2. Распределение обязанностей между работниками отдела осуществляет руководитель Клинико – операционного отдела в соответствии с должностными инструкциями и настоящим Положением.

**VI. Права**

Клинико – операционный отдел имеет право:

6.1. Требовать от соответствующих подразделений Компании представления материалов (ежеквартальных отчетов по индикаторам и т.д.), необходимых для осуществления работы, входящей в компетенцию отдела.

6.2. Вносить предложения администрации Компании по вопросам деятельности отдела, организации и улучшению условий труда сотрудников отдела.

6.3. Осуществлять связь с внутренними подразделениями по вопросам качества медицинских услуг.

* 1. Привлекать к работе для решения поставленных задач отдельных специалистов различного профиля.

6.5. Вносить предложения по вопросам планирования текущей и перспективной деятельности Компании.

* 1. Вносить предложения по дифференцированной оплате труда сотрудников Клинико – операционного отдела на основании результатов их деятельности.
	2. Постоянно повышать квалификацию сотрудников отдела.

**VII. Ответственность**

Отдел несет ответственность за:

* 1. Невыполнение работ, указанных в функциональных обязанностях отдела;
	2. Недостоверность аналитической и отчетной информации, предоставляемой отделом;
	3. Несоблюдение трудовой дисциплины и внутреннего распорядка Компании;
	4. Невыполнение целевых, качественных показателей отдела;
	5. Сохранность вверенного имущества отделу.

Ответственность каждого специалиста устанавливается должностными инструкциями.

|  |
| --- |
| **Составлено на основании:** |
| 1. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».
 |

|  |
| --- |
| **Список изменений:** |
| **№ ред.** | **Дата** | **№****приказа** | **Перечень изменений** |
| 001 | 15.07.2019 | 56 | «Положение о Клинико – операционном отделе» введено впервые |

# Список ознакомления с документом

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО** | **Должность** | **Дата** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |