|  |
| --- |
| **Цель:**   * Основной целью является принятие решения о доступе медицинского персонала к оказанию определенных медицинских услуг для обеспечения безопасности пациентов и улучшения качества предоставляемых медицинских услуг в ТОО «B.B.NURA». |

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Определения** |
|  | *Привилегии* (врачей) – список процедур или операций, разрешенных для выполнения врачом для пациентов данной Медицинской организации.  *Компетенции* – список процедур или навыков, выполняемых средним медицинским персоналом или параклиническим персоналом в Медицинской организации.  *Утверждение привилегий* (врачей) - процесс проверки и документации соответствия, навыков врача с потребностями пациента и с требованиями должностных инструкций  *Оценка компетенций* – процесс проверки и документации соответствия, навыков среднего медицинского персонала с потребностями пациента и с требованиями должностных инструкций. |
|  | **Документирование:**   1. Заявка не первичное или дополнительное получение привилегий (см. Приложения 1,2); 2. Заявка на первичное или дополнительное получение компетенций (см. Приложения 3,4). |
|  | **Первичное получение привилегий/компетенций.** |
|  | В Медицинском центре врач допускается к выполнению лечебных процедур, манипуляций и оперативных вмешательств только после утверждения Заявки на получение первичных привилегий (по форме согласно Приложению 1).  Заведующий Центра/отделением и старшая медицинская сестра ответственны за осуществление контроля по процедуре присуждения первичной и дополнительной привилегий врачам и компетенций среднему медицинскому персоналу.  Врач и медицинская сестра обязаны предоставить в Отдел правового обеспечения оригинал утвержденных привилегий и компетенций.  Форма заявки на получение первичной привилегий (Лист привилегий) заполняется и подается врачом до начала работы для согласования заведующим Центра/отделением и утверждения Региональным директором.  Для среднего медицинского персонала (далее - СМП) следует аналогичная процедура по оформлению формы заявки на получение первичного перечня компетенций (Лист компетенций), который заполняется и подается медицинской сестрой до начала работы для согласования старшей медицинской сестрой, заведующим отделением Медицинского центра.  Оригинал заявки на получение привилегий/компетенций подшивается в личное дело медицинского работника, копии хранятся у заведующего отделением/старшей медицинской сестры.  Оформление заявок на присуждение временных привилегий на иностранных медицинских специалистов, приезжающих для проведения мастер-классов или менторства, а также внештатных врачей – консультантов, резидентов является обязательным требованием, которое производится до начала выполнения ими своих обязанностей. Региональный директор несет ответственность за оформление заявок на присуждение временных привилегий на иностранных специалистов.  Временные привилегии иностранных медицинских работников утверждаются Региональным медицинским директором Компании, с указанием срока пребывания в Медицинской организации, привилегии внештатных врачей–консультантов, утверждаются заведующимцентра/ отделением привилегии резидентов утверждаются сроком не менее одного года.  Врачам и среднему медицинскому персоналу разрешается выполнять процедуры только в рамках утвержденной индивидуальной заявки на получение привилегий или компетенций. |
|  | **Получение дополнительных привилегий либо пересмотр действующих привилегий.** |
|  | Если врач в течение текущего года прошел повышение квалификации и получил новые знания и навыки (планирует выполнять новые виды операций, процедур) и на основании ежегодной оценки профессиональной деятельности по итогам года производится пересмотр привилегий врачей. Если в процессе пересмотра не было никаких внесений изменений или дополнений в привилегию врача, то заведующий отделением делает об этом запись и расписывается.  В случае присуждения дополнительных привилегий врачом заполняется Заявка на получение дополнительных привилегий с указанием новых видов манипуляций (по форме согласно Приложению 2). Форма заверяется заведующим отделением, курирующим заместителем Главного врача, и подшивается в личное дело врача.  Для СМП следует аналогичная процедура по пересмотру компетенций либо по оформлению заявки на получение дополнительных компетенций (см. Приложение 4). |

|  |
| --- |
| **Составлено на основании:** |
| 1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 июля 2013 года № 436 «О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»;  Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Связанные документы:** | | |
| **№** | **Тип** | **Название** |
| КАЧ-А1 | Руководство | Программа по повышению качества медицинских услуг и безопасности пациента |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Список изменений:** | | | |
| **№ ред.** | **Дата** | **№**  **приказа** | **Перечень изменений** |
| 001 | 15.07.2019 | 56 | «Правила присуждения привилегий врачам и компетенций среднему медицинскому персоналу» введено впервые |

Приложение 1

**СОГЛАСОВАНО УТВЕРЖДАЮ Заведующий Центра/отделением: Региональный директор**

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года**

\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия подпись фамилия подпись*

**ЗАЯВКА**

## *на ПЕРВИЧНОЕ получение привилегий*

*наименование Центра*

Ф.И.О.:

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

ДОЛЖНОСТЬ:

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ:

СТАЖ РАБОТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ:

СТАЖ РАБОТЫ В ТОО B.B.NURA:

| **ПРИВИЛЕГИИ на**  **ПРОЦЕДУРУ** | **Врач** | | | **Заведующий Центра/**  **отделением** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (название) | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | **Не владеет** | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | **Не владеет** |
| Введение пациента в программный гемодиализ |  |  |  |  |  |  |
| Подбор адекватной Программы гемодиализа |  |  |  |  |  |  |
| Подбор лекарственной терапии пациенту на программном гемодиализе |  |  |  |  |  |  |
| Управление осложнениями во время процедуры гемодиализа |  |  |  |  |  |  |
| Интерпретация лабораторных данных |  |  |  |  |  |  |
| Коррекция терапии по показателям лабораторных данных |  |  |  |  |  |  |
| Своевременное заполнение данных в информационные системы |  |  |  |  |  |  |

**Подтверждаю достоверность указанной информации**

**Ф.И.О. заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года**

Приложение 2

**СОГЛАСОВАНО УТВЕРЖДАЮ Заведующий Центра/отделением: Региональный директор**

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года**

\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия подпись фамилия подпись*

**ЗАЯВКА**

## *на ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ получение привилегий*

*наименование Центра*

 остается прежний список привилегий

 настоящим врач получает новые (дополнительные) привилегии

 настоящим врач лишается привилегий из прежнего списка

Ф.И.О.:

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

ДОЛЖНОСТЬ:

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ:

СТАЖ РАБОТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ:

СТАЖ РАБОТЫ В ТОО B.B.NURA:

| **ПРИВИЛЕГИИ на**  **ПРОЦЕДУРУ** | **Врач** | | | | **Заведующий Центра/**  **отделением** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (название) | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | | **Не владеет** | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | | **Не владеет** |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| Получение дополнительных привилегий | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | | **Не владеет** | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | | **Не владеет** |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| Лишение прежних привилегий |  | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |

**Подтверждаю достоверность указанной информации:**

**Ф.И.О. заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года**

Приложение 3

**СОГЛАСОВАНО УТВЕРЖДАЮ Старшая медсестра отделения: Заведующий Центра/отделением:**

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года**

\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия подпись фамилия подпись*

**ЗАЯВКА**

## *на ПЕРВИЧНОЕ присуждение компетенций*

*наименование Центра*

Ф.И.О.:

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

ДОЛЖНОСТЬ:

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ:

СТАЖ РАБОТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ:

СТАЖ РАБОТЫ В ТОО B.B.NURA:

| **Компетенции на процедуру** | **Медсестра/медбрат** | | | **Старшая медсестра** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (название) | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | **Не владеет** | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | **Не владеет** |
| Знание Стандартных операционных процедур сестринских манипуляций |  |  |  |  |  |  |
| Артериовенозный доступ. Пункция, фиксация и удаление игл. |  |  |  |  |  |  |
| Уход за центральным венозным катетером. |  |  |  |  |  |  |
| Подготовка аппаратуры к сеансу эфферентной терапии. |  |  |  |  |  |  |
| Подключение и отключение пациента от аппаратуры эфферентной терапии. |  |  |  |  |  |  |
| Забор крови до и после сеанса эфферентной терапии. |  |  |  |  |  |  |
| Мониторинг и контроль артерио-венозного доступа. |  |  |  |  |  |  |
| Выявление осложнений сосудистого доступа. |  |  |  |  |  |  |
| Мониторинг состояния пациента в период проведения сеанса эфферентной терапии. |  |  |  |  |  |  |
| Своевременное заполнение Формы контроля |  |  |  |  |  |  |

**Подтверждаю достоверность указанной информации**

**Ф.И.О. заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года**

Приложение 4

**СОГЛАСОВАНО УТВЕРЖДАЮ Старшая медсестра отделения: Заведующий Центра/отделением:**

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года**

\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия подпись фамилия подпись*

**ЗАЯВКА**

## *на ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ присуждение компетенций*

*наименование Центра*

 остается прежний список компетенций

 настоящим медсестра/медбрат получает новые (дополнительные) компетенции

 настоящим медсестра/медбрат лишается компетенций из прежнего списка

Ф.И.О.:

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

ДОЛЖНОСТЬ:

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ:

СТАЖ РАБОТЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ:

СТАЖ РАБОТЫ В ТОО B.B.NURA:

| **Компетенции на процедуру** | **Медсестра/медбрат** | | | | **Старшая медсестра** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (название) | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | | **Не владеет** | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | | **Не владеет** |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| Получение дополнительных компетенций | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | | **Не владеет** | **Самостоятельно** | **В ассистенции** | | **Не владеет** |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| Лишение прежних компетенций |  | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |

**Подтверждаю достоверность указанной информации**

**Ф.И.О. заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года**

**Список ознакомления с документом**

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