Наименование структурного подразделения:	**Все структурные подразделения**		
Названия документа:	**СОП «Правила обращения в этическую комиссию»**		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	*Должность*	*Ф.И.О.*	*Подпись*
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.24г		
Дата введения в действие	04.01.24г		
Версия №	**Копия №_____**	04___/ 01_____/ 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра «04» «01» 2024г
Дата следующего пересмотра «_____» «_____» 2027г

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Правила обращения в этическую комиссию.

1. Определение

Обращение - направленное субъекту, рассматривающему обращение, или должностному лицу индивидуальное или коллективное, письменное, устное либо в форме электронного документа, заверенного электронной цифровой подписью, предложение, заявление, жалоба, запрос или отклик.

Настоящий документ определяет принципы и порядок обращения с жалобами в Этическую комиссию, поступившими в медицинскую организацию в связи с претензиями к ее деятельности, связанной с поведением сотрудников ГП.

При рассмотрении жалобы обеспечиваются своевременность, объективность, справедливость, беспристрастность и конфиденциальность по отношению к заявителю и поводу жалобы.

В рассмотрении жалобы не должны принимать участие лица, имевшие отношение к предмету жалобы.

2. Ресурсы

1) Пациент
2) Персонал
3) Ящики для жалоб
4) Интернет-ресурс
5) Официальное письмо или заявление

3. **Документирование**

1) Электронный журнал регистрации жалоб
2) Протокол Этической комиссии рассмотрения обращения
3) Ответ заявителю
4) Корректирующие и предупреждающие действия

4. Процедуры:

Процесс включает следующие этапы:

1. Приём и регистрации жалобы:

Поступившая жалоба регистрируется в журнале входящей и исходящей корреспонденции канцелярии медицинской организации.

Заявителю, непосредственно обратившемуся письменно к субъекту, выдается талон с указанием даты и времени, фамилии и инициалов лица, принявшего обращение.

Обращение должно адресоваться субъекту или должностному лицу, в компетенцию которого входит разрешение поставленных в обращении вопросов.

В обращении физического лица указываются его фамилия, имя, а также по желанию отчество, почтовый адрес, юридического лица - его наименование, почтовый адрес, исходящий номер и дата. Обращение должно быть подписано заявителем либо заверено электронной цифровой подписью. При подаче жалобы указываются наименование субъекта или должность, фамилии и инициалы должностных лиц, чьи действия обжалуются, мотивы обращения и требования.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

2. Сроки рассмотрения обращения

Обращение физического и (или) юридического лица, рассматривается в сроки не превышающие пяти календарных дней.

3. Рассмотрение обращения

При рассмотрении обращения сотрудники Службы внутреннего контроля (аудита) обеспечивают объективное, все стороннее и своевременное рассмотрение обращений физических и юридических лиц. Принимают меры, направленные на восстановление нарушенных прав и свобод физических и юридических лиц;
При изучении обращения сотрудники Службы внутреннего контроля (аудита) несут ответственность за сбор и достоверность представленной информации, необходимой для проверки обращения. Ответственность за обращение с жалобами возложена на Службы внутреннего контроля (аудита), Этическую комиссию, заместителя по лечебной работе и заведующих отделений медицинской организации. В рассмотрении жалобы не должны принимать участие лица, имевшие отношение к предмету жалобы.

По завершению рассмотрения обращения составляется протокол. Протокол и материалы (первичная документация, объяснительные записки и пр.) представляются Этическую комиссию, Службе внутреннего аудита, заместителю по лечебной работе и руководителю медицинской организации для обсуждения и принятия мер.

По результатам рассмотрения обращений принимается одно из следующих решений:
1) о полном или частичном удовлетворении обращения;
2) об отказе в удовлетворении обращения с обоснованием принятия такого решения;
3) о даче разъяснения по существу обращения;
4) о прекращении рассмотрения обращения.

4. Ответ заявителю.

Ответы на обращения должны быть по содержанию обоснованными и мотивированными на государственном языке или языке обращения со ссылкой на законодательство Республики Казахстан, содержать конкретные факты, опровергающие или подтверждающие доводы заявителя, с разъяснением их права на обжалование принятого решения.

5. Завершение работы по жалобе

После завершения работы по конкретной жалобе заинтересованное подразделение, совместно со службой качества принимает решение о разработке корректирующих и предупреждающих действий по предотвращению поступления повторных жалоб.

По завершению рассмотрения жалобы ответственный сотрудник Службы внутреннего контроля (аудита) составляет отчёт по жалобе.

Ответственный сотрудник проводит проверку выполнения корректирующих и предупреждающих действий по предотвращению поступления повторных

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

обращений. По результатам проверки он делает отметку о выполнении (невыполнении) вышеуказанных действий в отчёте.

Руководитель Службы внутреннего контроля (аудита) один раз в 6 месяцев составляет отчёт по жалобам, в котором указывается:

- общее число жалоб по этике и деонтологии;
- обоснованность жалоб;
- структуру жалоб.

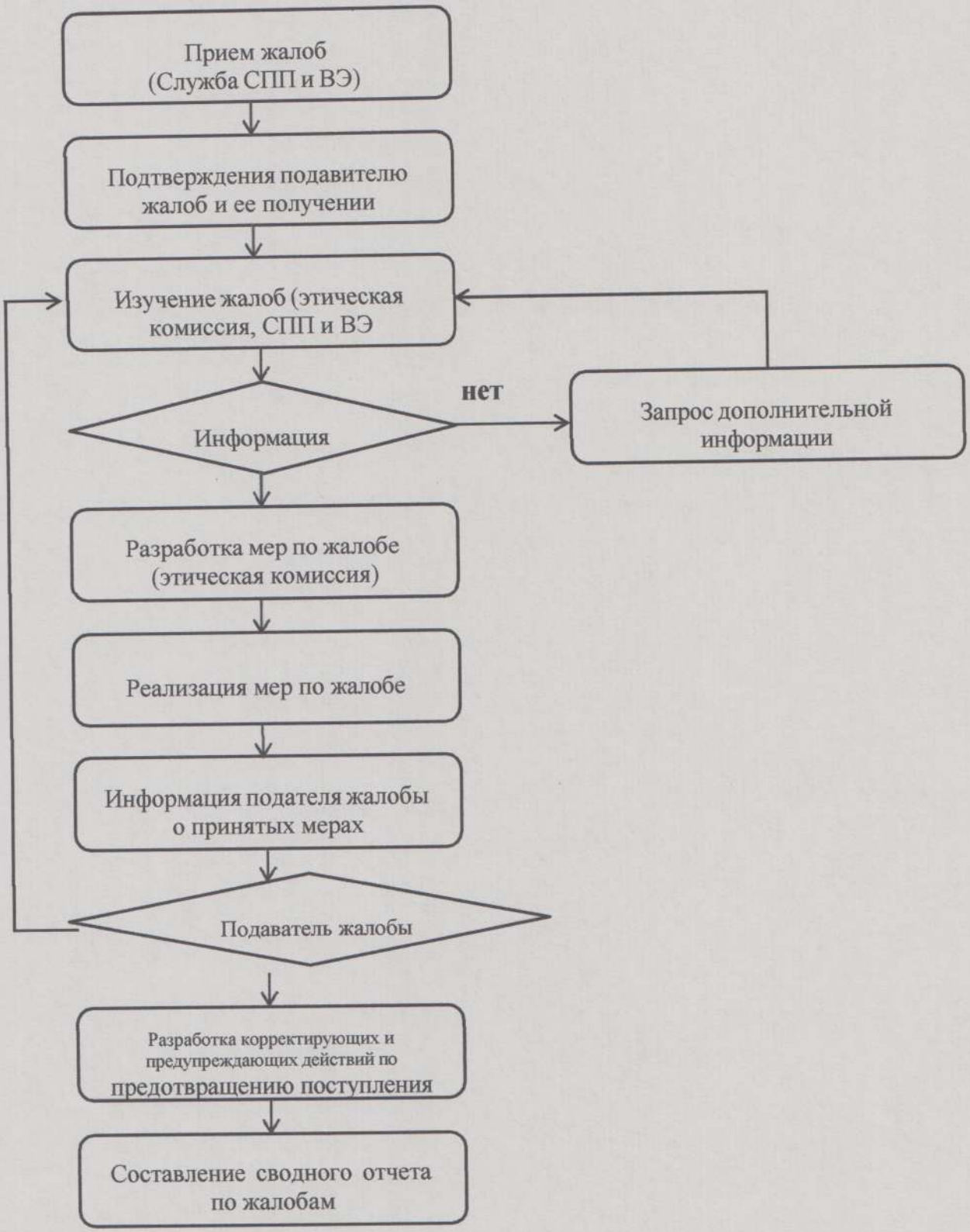
Отчёт по жалобам заявителей используется при проведении анализа системы качества со стороны руководства и при разработке плана мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

Примечание:

1. Конституция Республики Казахстан (Статья 29);
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
3. АППК РК от 29.06.2020 № 350-VI
4. Приказ МЗ РК от 03.12.2020 № КР ДСМ-230/2020 "Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)"

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Карта процессов управления жалобами



Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

1. Указание условии пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводиться 1 раз в 3 года или при появлении новых требовании.

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Кизбаева А.К.	Мед истра	04.01.24	[illegible]
2.	[illegible]	[illegible]	04.01.24	[illegible]
3.	Асанов Е.Ш	[illegible]	04.01.24	[illegible]
4	Сонгаева [illegible]	[illegible]	04.01.2024	[illegible]
5	Дубовенко О.К	[illegible]	04.01.2024	[illegible]
6.	[illegible]	[illegible]	04.01.2024	[illegible]
7.	Колкоева Б.Д.	педиатр	04.01.2024	[illegible]
8	Бабаева Д.Ш	ВОП	04.01.2024	[illegible]
9	Усенко Е.В	ВОП	04.01.2024	[illegible]
10.	[illegible]	ВОП	04.01.2024	[illegible]
11	[illegible]	[illegible]	04.01.2024	[illegible]
12	[illegible]	[illegible]	04.01.2024	[illegible]

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа