

| | | | |
|---|---|-----------------------|---------------------|
|  | ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области | Тип документа: СОП | |
| | Система менеджмента качества | Версия: 1 | Страница: 1 из 7 |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Наименование структурного подразделения: | Все структурные подразделения | | |
| Названия документа: | СОП «Правила о порядке рассмотрения обращений пациентов» | | |
| Утвержден: | Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б. | | |
| Дата утверждения: | | | |
| Разработчик: | <i>Должность</i> | <i>Ф.И.О.</i> | <i>Подпись</i> |
| | Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг | Рысбаев С.Т. |  |
| | Врач эксперт | | |
| Согласовано: | Заместитель гл.врача по лечебному делу | Анаркулова У.О. |  |
| | Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг | Рысбаев С.Т. |  |
| Дата согласования: | 04.01.2024г | | |
| Дата введения в действие | 04.01.2024г | | |
| Версия № | Копия № _____ | 04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____ | |

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

| | | | |
|---|--|------------------------------|--------------|
|  | ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области | Тип документа: СОП | |
| | | Система менеджмента качества | Версия: 1 |

СОП «Порядок рассмотрения обращений пациентов»

1. Определение:

1) 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.

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

3) Жалобы, поступающие в предприятия быть двух видов:

- на неудовлетворенность пациентов действиями сотрудников;
- на качество медицинских услуг.

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) Персонал.
- 2) Ящики для жалоб.
- 3) пациент
- 4) интернет –ресурсы
- 5) официальное письмо или заявление пациента

3. Документирование:

- 1) Журнал регистрации жалоб.
- 2) Протокол рассмотрения обращения.
- 3) Ответ заявителю.
- 4) корректирующие и предупреждающие действия

4. Процедуры:

Процесс включает следующие этапы:

- 1) Прием и регистрации жалобы:

Поступившая жалоба регистрируется в журнале входящей и исходящей корреспонденции канцелярии ГП.

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,

| | | | |
|---|---|------------------------------|--------------|
|  | ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области | Тип документа: СОП | |
| | | Система менеджмента качества | Версия: 1 |

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.

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, всестороннее 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), 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 Службе внутреннего контроля (аудита), заместителю по лечебной работе и руководителю медицинской организации для обсуждения и принятия мер.

По результатам рассмотрения обращений принимается одно из следующих решений:

- о полном или частичном удовлетворении обращения;
- об отказе в удовлетворении обращения с обоснованием принятия такого решения;
- о даче разъяснения по существу обращения;
- 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 отчет по жалобе.

| | | | |
|---|---|------------------------------|--------------|
|  | ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области | Тип документа: СОП | |
| | | Система менеджмента качества | Версия: 1 |

Ответственный сотрудник проводит проверку выполнения корректирующих и предупреждающих действий по предотвращению поступления повторных обращений. По результатам проверки он делает отметку о выполнении (невыполнении) вышеуказанных действий в отчете.

Руководитель Службы внутреннего контроля (аудита) один раз в квартал составляет отчет по жалобам, в котором указывается:

- общее число жалоб по видам;
- обоснованность жалоб;
- структуру жалоб.

Отчет 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.

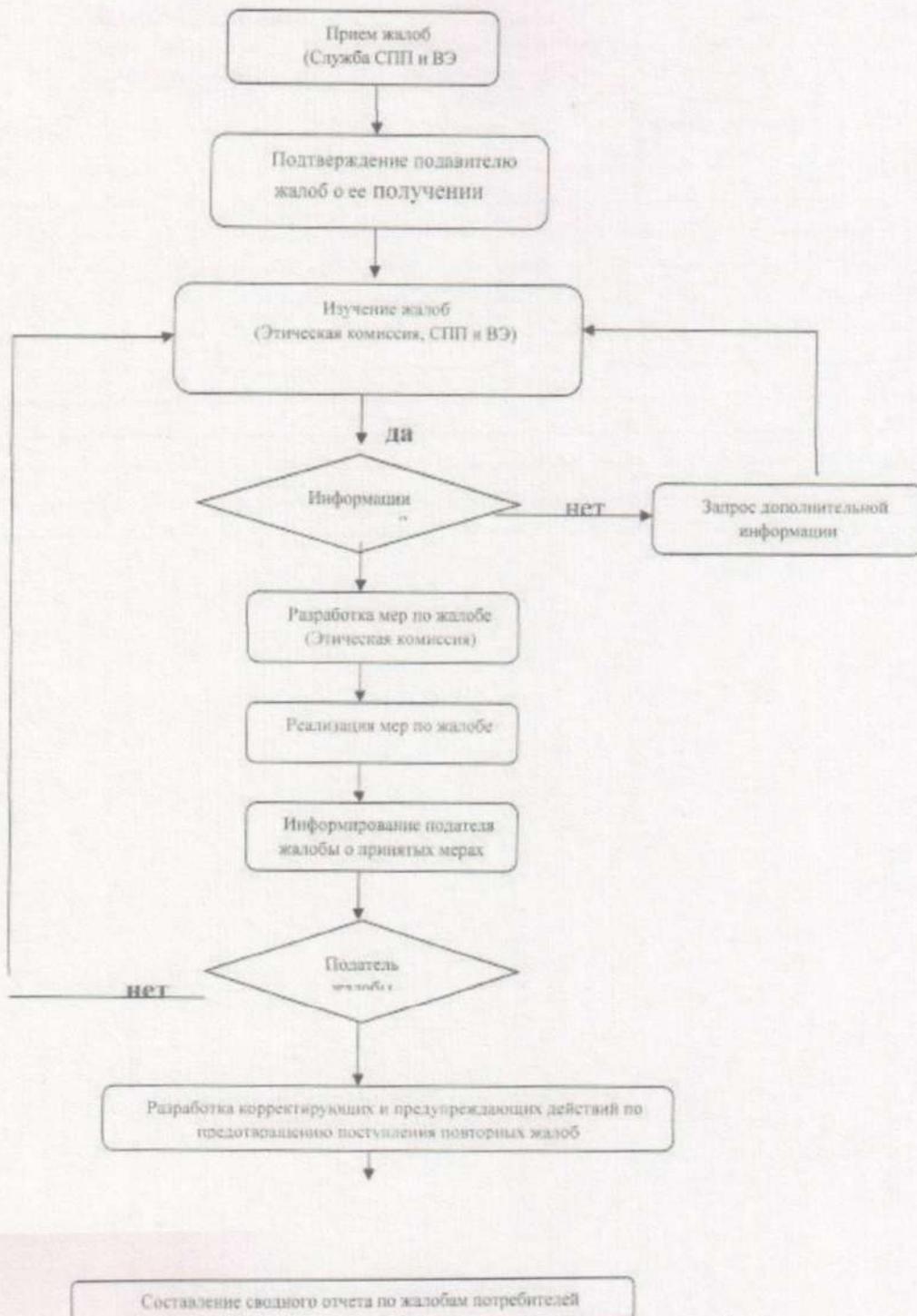
1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

2. Нормативные ссылки:

- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № КР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)»;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № КР ДСМ-175/2020;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № КР ДСМ – 111.
- Кодекс РК от 29.06.2020 № 350-VI «Административный процедурно-процессуальный кодекс Республики Казахстан».



КАРТА ПРОЦЕССОВ УПРАВЛЕНИЯ ЖАЛОБАМИ



| | | | |
|---|---|------------------------------|--------------|
|  | ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области | Тип документа: СОП | |
| | | Система менеджмента качества | Версия: 1 |

Лист регистрации изменений

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



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

10 из 10

Лист ознакомления

| № | Фамилия И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|----|-----------------|----------------|------------|-----------------|
| 1 | Шокибаев Г | Мед. с | 04.01.2024 | Шокибаев Г |
| 2 | Абдиева З.С | мед. сестра | 04.01.2024 | Абдиева З.С |
| 3 | Тотайев А | мед. сестра | 04.01.2024 | Тотайев А |
| 4 | Хамракулов | мед. сестра | 04.01.2024 | Хамракулов |
| 5 | Ирметова А | анушер | 04.01.2024 | Ирметова А |
| 6 | Абдухаликов О.Н | врач | 04.01.2024 | Абдухаликов О.Н |
| 7 | Умирова А.Н | уч. мед. с | 04.01.2024 | Умирова А.Н |
| 8 | Жаракчиев А.Т | ст. мед. с | 04.01.2024 | Жаракчиев А.Т |
| 9 | Олжабай С.А | Гигиенист | 04.01.2024 | Олжабай С.А |
| 10 | Абдиева Г. Э | стоматолог | 04.01.2024 | Абдиева Г. Э |
| 11 | Абдураманов Н | стол. мед. с | 04.01.24 | Абдураманов Н |
| 12 | Олжабай А.О | стоматолог | 04.01.24 | Олжабай А.О |
| 13 | Торшибаева С.И | стол. зуб врач | 04.01.24 | Торшибаева С.И |
| 14 | Умирова М. | стол. мед. с | 04.01.24 | Умирова М. |
| 15 | Абдиев Ч | стол. мед. с | 04.01.24 | Абдиев Ч |
| 16 | Абдиева А. А | стол. мед. с | 04.01.2024 | Абдиева А. А |
| 17 | Сағрбаев А.Н. | стоматолог | 04.02.2024 | Сағрбаев А.Н. |
| 18 | Шокибаев Г.К | КСР уч. с | 04.01.2024 | Шокибаев Г.К |
| 19 | Курбанов А.И | Мед. сестра | 04.01.2024 | Курбанов А.И |
| 20 | Ибрагимов Г.И | Мед. сестра | 04.01.2024 | Ибрагимов Г.И |
| 21 | Курбанов Б.Т | терапевт | 04.01.2024 | Курбанов Б.Т |
| 22 | Абдиева Р.К | мед. сестра | 04.01.2024 | Абдиева Р.К |
| 23 | Абдиева М. | мед. сестра | 04.01.2024 | Абдиева М. |
| 24 | Мамедов Ф | мед. сестра | 04.01.2024 | Мамедов Ф |
| 25 | Ибрагимов И | Мед. сестра | 04.01.2024 | Ибрагимов И |
| 26 | Абдиева С | мед. с | 04.01.24 | Абдиева С |

