
	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области Система менеджмента качества	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 1 из 5

Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Правила управления обращениями.»		
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.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
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

Правила управления обращениями.

1. Цель: Повышение качества медицинских услуг в медицинской организации.

2. Область применения: Данные Правила распространяются на всех сотрудников

3. Ответственность: Служба поддержки пациента/Служба внутреннего аудита/Отдел менеджмента качества или другое структурное подразделение, профильный заместитель главного врача заведующие отделениями или начальники структурных подразделений или специальные комиссия Больницы.

4. 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 работы с обращениями, поступившими в Больницу в связи с претензиями к ее деятельности. Жалобы, поступающие в Больницу, могут быть двух видов:

- 1) на неудовлетворённость пациентов действиями сотрудников;
- 2) на качество оказанных медицинских услуг.

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

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

5. Ресурсы:

- 1) ящики для жалоб и предложений.

6. Документирование:

- 1) Журнал входящей корреспонденции Канцелярии;
- 2) журнал регистрации обращений;
- 3) протокол рассмотрения обращения;
- 4) ответ заявителю.

7. Основная часть процедуры:

Процесс управления обращениями включает следующие этапы:

7.1. Приём и регистрация обращения:

7.1.1. Поступившее обращение регистрируется в Журнале входящей корреспонденции Канцелярии Больницы.


7.1.2. Заявителю, непосредственно обратившемуся письменно в Больницу, выдается копия обращения с входящим номером документа с указанием даты, фамилии и инициалов лица, принявшего обращение.

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

7.1.4. 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.

7.1.5. При подаче обращения указываются наименование субъекта или должность, фамилии и инициалы должностных лиц, чьи действия обжалуются, мотивы обращения и требования.

7.2. Сроки рассмотрения обращения.

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

7.2.1. Обращение физического и (или) юридического лица, рассматривается в сроки, не превышающие пяти календарных дней с момента поступления обращения.

7.3. Рассмотрение обращения.

7.3.1. При рассмотрении обращения сотрудники Службы внутреннего аудита (или другое ответственное структурное подразделение Больницы) обеспечивают объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращений физических и юридических лиц.

7.3.2. Принимают меры, направленные на восстановление нарушенных прав и свобод физических и юридических лиц.

7.3.3. При изучении обращения сотрудники Службы внутреннего аудита (или другое ответственное структурное подразделение) несут ответственность за сбор и достоверность представленной информации, необходимой для проверки обращения.

7.3.4. Ответственность за разбор обращений возложена на Службу внутреннего аудита (или другое ответственное структурное подразделение), заместителя главного врача по лечебной работе и заведующих отделениями Больницы.

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

7.3.6. По завершению рассмотрения обращения составляется протокол. Протокол и материалы (первичная документация, объяснительные записки и пр.) представляются Службе внутреннего аудита (или другому ответственному структурному подразделению), профильному заместителю главного врача и первому руководителю Больницы для обсуждения и принятия мер.

7.3.7. По результатам рассмотрения обращения принимается одно из следующих решений:

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

7.4. Ответ заявителю.

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

7.5. Завершение работы по обращению.

7.5.1. После завершения работы по конкретному обращению заинтересованное подразделение, совместно со Службой внутреннего аудита (или другим ответственным структурным подразделением) принимает решение о разработке корректирующих и предупреждающих действий по предотвращению поступления повторных обращений.


7.5.2. По завершению рассмотрения обращения ответственный сотрудник Службы внутреннего аудита (или другого ответственного структурного подразделения) составляет отчет по обращению.

7.5.3. 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.

7.6. Мониторинг обращений.

7.6.1. Руководитель Службы внутреннего аудита (или другого ответственного структурного подразделения) один раз в квартал составляет отчет по обращениям, в котором указывается:

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

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 4 из 5

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

8. Ссылки:

- 1) Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.03.2017 г.) (Статья 29);
- 2) Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.);
- 3) Закон Республики Казахстан от 12.01.2007 года № 221 «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 16.05.2018 г.);
- 4) 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» (с изменениями от 28.06.2016 г.);
- 5) 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), Приложение 2. Глава 4: Лечение и уход за пациентом, Параграф 2: Права пациента, 66.0 Обращения пациентов и их законных представителей;
- 6) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital - 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 3: Права пациента и семьи, Глава 9: Повышение качества и безопасности пациента, 2017 г., США.
- 7) Open Disclosure. Health Care Professionals Handbook. Commonwealth of Australia, 2003;
- 8) Canadian Disclosure Guidelines. Being open with patients. Canadian Patient Safety Institute, 2011.

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

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	мер. с	04.01.2024	ШШ
2	Абдиева С.С	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева С.С
3	Тотайбева А	мед. сестра	04.01.2024	Тотайбева А
4	Халимжанов	мед. сестра	04.01.2024	Халимжанов
5	Ибраимова А	анул. мер.	04.01.2024	Ибраимова А
6	Абдиева С.С	анул. мер.	04.01.2024	Абдиева С.С
7	Абдиева А.А	уч. мер.	04.01.2024	Абдиева А.А
8	Жаракчиева Р.Т	от. мер.	04.01.2024	Жаракчиева Р.Т
9	Сардобаев С.А	Гигиенист	04.01.2024	Сардобаев С.А
10	Абдиева Г.Э	стоматолог	04.01.2024	Абдиева Г.Э
11	Абдиева М.Н	стом. мер.	04.01.24	Абдиева М.Н
12	Абдиева А.О	стоматолог	04.01.24	Абдиева А.О
13	Торшбаева С.И	стом. зуб. врач	04.01.24	Торшбаева С.И
14	Абдиева М.Н	стом. мер.	04.01.24	Абдиева М.Н
15	Абдиева С.С	стом. мер.	04.01.24	Абдиева С.С
16	Абдиева А.А	стом. мер.	04.01.2024	Абдиева А.А
17	Сардобаев С.А	стоматолог	04.01.2024	Сардобаев С.А
18	Шокибаев М.К	кзр. мер.	04.01.2024	Шокибаев М.К
19	Абдиева А.И	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева А.И
20	Абдиева С.С	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева С.С
21	Абдиева Р.Т	терапевт	04.01.2024	Абдиева Р.Т
22	Абдиева Р.В	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева Р.В
23	Абдиева М.Н	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева М.Н
24	Абдиева Ф	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева Ф
25	Абдиева И	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева И
26	Абдиева С	мер.	04.01.24	Абдиева С

