ПРАВИЛА
управления обращениями

КГП на ПХВ
«Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА

КБП-ПРВ.019.26

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА			
Код	КБП-ПРВ.019.26		
Название документа:	**Правила управления обращениями**		
Утверждены:	Приказом директора КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА № 14-О от 05.01.2026 г.		
Разработчик:	*Должность*	*ФИО*	*Подпись*
	Нач. ВАиБП	Камбарбаев А.И.	
	Врач эксперт	Конырказина Б.М.	
Согласовано:	Зам. директора по медицинской части и стратегическому развитию	Маралбаев А.Р.	
	Зам. директора по контролю качества медицинских услуг	Джамединов К.М.	
	Заместитель директора по АХР и сестринскому делу	Баспакова Г.С.	
Версия: 3 от 06.01.2026		Копия №__ _____/ _____/ *подпись* *ФИО*	

г. Семей, 2026

Дата последнего пересмотра *2026*

Дата следующего пересмотра *2029*

Оглавление

1 Назначение

2 Область применения

3 Термины, определения и сокращения

4 Ответственность и полномочия

5 Ресурсы

6 Описание

7 Документирование

8 Ссылки

9 Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Правила управления обращениями

1. Назначение

Повышение качества медицинских услуг в КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА (далее - БСМП).

2. Область применения

Данные Правила распространяются на всех сотрудников БСМП.

3. Термины, определения и сокращения:

3.1 Термины

Термины и определения, применяемые в настоящих правилах, соответствуют ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

3.2 Определения

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 БСМП в связи с претензиями к ее деятельности. Жалобы, поступающие в БСМП, могут быть двух видов:

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

При рассмотрении обращения ответственными сотрудниками БСМП 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.

3.3 Сокращения

3.3.1. JCI – Joint Commission International (Объединенная международная комиссия).
3.3.2. КМИС – Комплексная медицинская информационная система
3.3.3. БСМП - Больница скорой медицинской помощи
3.3.4. МЦБП – Международные цели безопасности пациентов.
3.3.5. РК – Республика Казахстан
3.3.6. ОСУР – Отдел стратегии и управления рисками
3.3.7. СМК - система менеджмента качества
3.3.8. ДП - документированная процедура
3.3.9. ISO (ИСО) – International Standard Organization
3.3.10. СТ – стандарт

3.3.11. КГП на ПХВ – казенное государственное предприятие на правах хозяйственного ведения

Применяемые сокращения соответствуют Руководству по качеству и СМК-ДП.7.5.3.19 Документированная процедура. Управление документированной информацией.

4. Ответственность: Отдел внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов, профильный заместитель директора БСМП, заведующие отделениями или начальники структурных подразделений или специальные комиссии БСМП.

5. Ресурсы: ящики для жалоб и предложений.

6. Описание

Процесс управления обращениями включает следующие этапы.

6.1.Приём и регистрация обращения:

6.1.1. Поступившее обращение регистрируется в Журнале входящей корреспонденции в Канцелярии БСМП.

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

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

6.1.4. 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.

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

6.2.Сроки рассмотрения обращения.

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

6.3.Рассмотрение обращения.

6.3.1. При рассмотрении обращения сотрудники Отдела внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов

обеспечивают объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращений физических и юридических лиц.

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

6.3.3. При изучении обращения сотрудники Отдела внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов несут ответственность за сбор и достоверность представленной информации, необходимой для проверки обращения.

6.3.4. Ответственность за разбор обращений возложена на Отдел внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов, Зам. директора по медицинской части и стратегическому развитию Зам. директора по контролю качества и заведующих отделениями БСМП.

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

6.3.6. По завершению рассмотрения обращения составляется протокол. Протокол и материалы (первичная документация, объяснительные записки и пр.) представляются Отделом внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов профильному заместителю директора и первому руководителю БСМП для обсуждения и принятия мер.

6.3.7. 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.

6.4.Ответ заявителю.

6.4.1. 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.

6.5.Завершение работы по обращению.

6.5.1. После завершения работы по конкретному обращению заинтересованное подразделение, совместно с Отделом внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов принимает решение о разработке корректирующих и предупреждающих действий по предотвращению поступления повторных обращений.

6.5.2. По завершению рассмотрения обращения ответственный сотрудник Отдела внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов составляет отчёт по обращению.

6.5.3. 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 отчёте.

6.6.Мониторинг обращений.

6.6.1. Руководитель Отдела внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов один раз в квартал составляет отчёт по обращениям, в котором указывается:

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

6.6.2. 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.

7. Документирование:

7.1. Журнал входящей корреспонденции Канцелярии;
7.2. журнал регистрации обращений;
7.3. протокол рассмотрения обращения;
7.4. ответ заявителю.

8. Ссылки:

8.1. Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.03.2017 г.) (Статья 29);
8.2. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК. «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.);
8.3. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020. «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)»;
8.4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020. «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения»

8.5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № КР ДСМ – 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»

8.6. Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 7th Edition) для больниц, 7-е издание, 2021., США.

9. Приложения - нет

Лист регистрации изменений

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

Лист ознакомления

	Ф.И.О.	Должность	Дата	Подпись
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				