**Положение
об организации рассмотрения претензионных обращений**

**I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Положение об организации рассмотрения претензионных обращений граждан в Клиническом госпитале «Лапино» (далее - Положение) определяет порядок организации рассмотрения претензионных обращений, анализ и обобщение информации, содержащейся в них, порядок проведения проверок по обращениям в компетентных структурных службах.

2. Действие настоящего Положения распространяется на обращения с жалобами на качество медицинских услуг и иные претензии, поступающие в письменной форме (по почте, через книгу жалоб, переданные лично пациентом/представителем) (далее — Обращения).

2.1. Действие настоящего Положения не применяется в отношении обращений через кол-центр и интернет.

3. Директивы настоящего Положения применяются всеми сотрудниками Госпиталя участвующими в процессах приема, учета, обработки обращений и проведении проверок.

4. Делопроизводство по обращениям осуществляется канцелярией и юридической службой.

4.1. Сотрудник Госпиталя при получении обращения через книгу жалоб принимает меры для фиксации содержания обращения (фото-скан страницы книги жалоб) и направляет данный файл инспектору-делопроизводителю канцелярии.

4.2. При обращении к сотруднику Госпиталя пациента с просьбой о принятии письменной жалобы, сотрудник госпиталя незамедлительно информирует о данном обстоятельстве канцелярию и действует в соответствии с указаниями инспектора-делопроизводителя.

5. Переписка в рамках процесса учета, обработки обращений и проверочных мероприятий, направления документов, и иного обмена информацией осуществляется с использованием только корпоративной электронной почты и с соблюдением следующих требований:

5.1. Электронные письма направляются исключительно в рамках ветки созданной инспектором-делопроизводителем канцелярии при первичном направлении обращения.

5.2. Отвечая на поступившее электронное письмо используется опция «ответить всем», при этом тема письма не меняется.

5.3. Электронные письма, отправленные в отдельном порядке – вне ветки переписки созданной инспектором канцелярии и(или) направляемые служебные записки\объяснительные в формате не позволяющим редактировать текст (например фото формат – jpg или формат сканирования – pdf) в работу не принимаются.

5.4. Сотрудники компетентной структурной службы направляют всю информацию исключительно через руководителя службы и не принимают непосредственного участия в переписке, кроме случаев особого распоряжения.

**II. ПРИЕМ, РЕГИСТРАЦИЯ, УЧЕТ И ОБРАБОТКА ОБРАЩЕНИЙ**

5. Поступающие обращения принимаются и регистрируются инспектором-делопроизводителем канцелярии.

5.1. Поступающие обращение принимаются также в книге жалобы, которая находится в каждом корпусе на ресепшне.

6. Инспектор-делопроизводитель канцелярии в день поступления обращения осуществляет его регистрацию, первичную обработку и последующий учет:

 6.1. Фиксирует факт поступления обращения в Реестре претензионных обращений (далее – Реестр).

6.2. В течение дня с момента регистрации обращения, направляет отсканированное обращение со всеми имеющимися приложениями первому заместителю директора Госпиталя и заместителю директора Госпиталя по правовым вопросам. В направленном письме отражаются сведения о способе поступления обращения и информация о ранее направленном ответе если обращение является повторным. При отсутствии первого заместителя директора Госпиталя, обращение направляется заместителю директора Госпиталя по работе с пациентами. При отсутствии заместителя директора Госпиталя по правовым вопросам обращение направляется в Юридический департамент ГК «Мать и дитя» с пояснениями относительно отсутствия заместителя директора Госпиталя по правовым вопросам.

6.2. В процессе обработки вносит в Реестр сведения о компетентной структурной службе, которой было поручено провести проверку по факту поступившего обращения, сведения о направлении ответа и иную дополнительную информацию.

7. Первый заместитель директора Госпиталя и заместитель директора Госпиталя по правовым вопросам в течение одного дня с момента получения обращения выполняют следующие действия:

7.1. Присваивают обращению статус «денежная претензия» или «имиджевая жалоба».

7.2. Определяют компетентную структурную службу (далее – КСС) к которой относится предмет обращения и направляют соответствующее уведомление (с приложением обращения) руководителю КСС для проведения проверки. При отсутствии руководителя КСС, уведомление подлежит направлению лицу, заблаговременно назначенному руководителем КСС в качестве ответственного за проведение проверок по обращениям в период его отсутствия.

7.3. Принимают решение о необходимости информирования других сотрудников и (или) руководства ГК «Мать и дитя» с последующим направлением им обращения и сведений о проводимых на данных момент мероприятиях.

**III. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕРКИ ПО ОБРАЩЕНИЯМ В КСС И ПОДГОТОВКА ОТВЕТА НА ОБРАЩЕНИЕ.**

 8. Руководитель КСС в течение дня с момента получения распоряжения о проведении проверки:

8.1. Связывается по телефону с подписантом обращения и уведомляет о том, что его обращение принято в работу, инициировано проведение проверки, по результату которой подписанту обращения будет направлен письменный ответ.

8.2. Дополнительно в ходе телефонного разговора руководитель КСС принимает меры для уточнения подробностей обстоятельств, послуживших поводом для направления обращения.

8.3. При проведении проверки по линии медицинского сервиса, руководитель КСС в обязательном порядке направляет проверочный материал главному врачу Госпиталя, а также по ходу проверки информирует Главного врача о текущих результатах.

8.3. В зависимости от содержания обращения, запрашивает медицинские документы, договор, информированные согласия, акты оказанных услуг, счета, записи телефонных переговоров, записи камер наблюдения, переписку по электронной почте, переписку через иные коммуникационные программы, а также любые иные документы, которые могут содержать сведения необходимые для проведения проверки и установления всех имеющих значение обстоятельств

8.4. Запрашивает письменные объяснения сотрудников относительно изложенных в обращении обстоятельствах.

8.4.1. Объяснительные от специалистов должны отвечать требованиям достоверности и информативности, объяснительная должна содержать:

- всю информацию от момента поступления пациента и до момента его выписки;

- даты всех совершаемых действий (медицинских манипуляций) и их результат, сведения о медицинских манипуляциях должны соответствовать данным медицинской карты;

- сведения о нормативном акте или ином документе, которым руководствовался специалист(врач) в процессе оказания услуг (лечения);

8.5. В случае выявления в ходе телефонного разговора с пациентом и (или) в процессе ознакомления с содержанием запрошенных документов (мед. карта, записи, переписка…) имеющих существенное значение обстоятельств, незамедлительно информирует об этом заместителя директора Госпиталя по правовым вопросам.

8.6. В случае производства по жалобе на качество медицинских услуг, руководитель КСС в обязательном порядке организовывает проведение Врачебной комиссии.

9. Руководитель КСС по результатам анализа полученной информации составляет служебную записку, содержащую сведения об установленных в ходе проведения расследования обстоятельствах и личное профессиональное мнение относительно (не)обоснованности изложенных в жалобе доводов. Служебная записка вместе со всеми собранными в ходе проверки материалами направляется первому заместителю директора Госпиталя и заместителю директора Госпиталя по правовым вопросам.

9.1. Все полученные объяснительные и служебная записка руководителя КСС направляются в виде текстовых фалов в формате «DOC» или в иных аналоговых форматах, позволяющих редактировать и копировать текст. Направление документов осуществляется в качестве ответа на письмо с поручением о проведении проверки с обязательным использованием опции «ответить всем».

9.2. Отражение в служебной записке руководителем КСС своего профессионального мнения относительно обоснованности указанных в претензии доводов является обязательным.

9.3. Объяснительные, медицинские документы и прочие материалы направляются в рамках одного письма вместе со служебной запиской.

9.4. По обращениям с присвоенным статусом «денежная претензия» срок направления служебной записки составляет 4 дня, по обращениям с присвоенным статусом «имиджевая жалоба» срок направления служебной записки составляет 10 дней. Срок исчисляется с момента получения уведомления о необходимости проведения проверки.

10. Первый заместитель директора Госпиталя и заместитель директора Госпиталя по правовым вопросам в течение дня с момента получения служебной записки от руководителя КСС и приложенных к ней документов, принимают решение относительно достаточной информативности изложенных сведений и при необходимости запрашивают дополнительную информацию у руководителя КСС.

10.1. Руководитель КСС предоставляет запрошенную дополнительную информацию в течение одного дня по обращению со статусом «денежная претензия» и в течение 5-ти дней по обращению со статусом «имиджевая жалоба»

11.  При получении исчерпывающих данных заместитель директора Госпиталя по правовым вопросам подготавливает проект ответа/правового заключения и направляет его для согласования директору Госпиталя, первому заместителю директора Госпиталя и руководителю КСС, в которой проводилась проверка по обращению.

11.1. Срок направления проекта ответа/правового заключения на согласование по обращению со статусом «денежная претензия» составляет 2 дня ,по обращению со статусом «имиджевая жалоба» 5 дней.

**IV. СОГЛАСОВАНИЕ И НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА НА ОБРАЩЕНИЕ**

 12. Руководитель КСС, в которой проводилась проверка по обращению, в течение одного дня с момента получения проекта ответа\правового заключения направляет ответное письмо, в котором информирует о возникших вопросах и замечаниях либо сообщает об одобрении проекта ответа.

12.1.Срок согласования проекта ответа/правового заключения по обращению со статусом «денежная претензия» составляет 1 день ,по обращению со статусом «имиджевая жалоба» 5 дней.

13. В течение одного дня с момента согласования ответа руководителем КСС по по обращению со статусом «денежная претензия» или в течении 5 дней по обращению со статусом «имиджевая жалоба», при условии отсутствия возражений у административного руководства госпиталя, инспектор-делопроизводитель канцелярии распечатывает согласованный проект ответа и предоставляет его на подпись директору Госпиталя. При отсутствии директора Госпиталя, проект ответа предоставляется на подпись главному врачу Госпиталя.

13.1. При предоставлении ответа на подпись директору Госпиталя или главному врачу, инспектор-делопроизводитель канцелярии информирует о крайнем сроке отправке ответа исходя из данных о дате поступления обращения содержащейся в Реестре.

14. В день подписания ответа директором Госпиталя или главным врачом, инспектор-делопроизводитель службы канцелярии направляет ответ подписанту обращения.

14.1. Отправка ответа осуществляется по почтовому адресу подписанта обращения, а в случае его отсутствия по почтовому адресу пациента, который указан в договоре.

14.2. Дублирование ответа на адрес электронный почты подписанта обращения или пациента осуществляется по согласованию с заместителем директора Госпиталя по правовым вопросам.

14.3. Информация о направлении ответа фиксируется в Реестре.

15. С момента фиксации в Реестре факта отправки ответа на обращение, работа с обращением считается завершенной.

**V. Реестр претензионных обращений**

16. Ведение Реестра осуществляется инспектором-делопроизводителем канцелярии.

17. Реестр одновременно ведется на бумажном носителе и в электронном виде. Реестр заполняется в форме таблицы.

18. Таблица Реестра в электронном виде содержит следующие сведения:

- Дата поступления обращения;

- Входящий номер;

- Способ поступления (эл. Почта/другие интернет источники, колл-центр, нарочно/почтой);

- ФИО заявителя-подписанта обращения

- ФИО пациента (если заявитель-подписант обращения не является пациентом);

- Тип претензии (денежная претензия /имиджевая жалоба);

- Ответственная служба (КСС осуществляющая проверку по обращения: клиентский сервис, медицинский сервис);

- Срок ответа (проставляется автоматически);

- Информация о направлении ответа (дата отправления, способ отправления, кем отправлено);

- Дополнительная информация.

19. Таблица Реестра на бумажном носителе содержит следующие сведения:

- Дата поступления обращения;

- Входящий номер;

- ФИО заявителя-подписанта обращения

- ФИО пациента (если заявитель-подписант обращения не является пациентом);

- Информация о направлении ответа (дата, способ отправки, кем отправлено)

20. Директор Госпиталя, первый заместитель директора, заместитель директора по работе с пациентами и заместитель директора по правовым вопросам путем доступа к просмотру содержания Реестра в электронном виде осуществляют контроль сроков обработки, служебных проверок и других мероприятий, а также используют информацию из Реестра для статистического сбора данных.

**Граждане имеют право направить обращение об оказании медицинской помощи по программе ОМС гор. Москвы в Департамент здравоохранения гор. Москвы в соответствии с Административным регламентом, утвержденным Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 16 июня 2009 г. N 698, а также в надзорные и контролирующие инстанции в соответствии с положениями Федерального закона от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации", регламентов Правительства Москвы**

**.**