Утверждены:

Приказом Генерального директора ООО «Ангрис»

от «09» января 2025 г. № 9-1/25п

ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ И ЖАЛОБ ГРАЖДАН И ОРГАНИЗАЦИЙ

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок (далее — Порядок) устанавливает единые правила приёма, регистрации, маршрутизации, рассмотрения и ответа на обращения граждан и организаций (включая юридические лица, объединения граждан), поступающие в ООО «Ангрис» (далее — Организация) в письменной, электронной формах и устно при личном приёме.
1.2. Порядок применяется ко всем структурным подразделениям и работникам Организации, вовлечённым в взаимодействие с заявителями, включая медицинских работников, администраторов, кол-центр, службу качества, юридическую службу.
1.3. Действие Порядка распространяется на предложения, заявления и жалобы, связанные с оказанием медицинских услуг, качеством сервиса, безопасностью, обращением с персональными данными, соблюдением прав пациентов и иных потребителей.
1.4. Если специальным законом установлен более сокращённый срок или иная обязательная процедура (например, Закон РФ «О защите прав потребителей» по денежным требованиям; ФЗ-152 по запросам субъектов ПДн), применяется специальный закон. Сведения, составляющие медицинскую тайну, обрабатываются в соответствии со ст. 13 ФЗ-323 и локальными актами о ПДн и врачебной тайне.

2. Термины и виды обращений

2.1. **Обращение** — направленные в Организацию предложение, заявление или жалоба в письменной форме (включая электронную) либо устное обращение при личном приёме.
2.2. **Предложение** — рекомендации по улучшению работы и процессов.
2.3. **Заявление** — просьба о содействии в реализации прав, сообщение о нарушениях, недостатках в работе.
2.4. **Жалоба** — просьба о восстановлении/защите нарушенных прав, свобод или законных интересов.
2.5. **Заявитель** — гражданин, его представитель, либо организация (юридическое лицо), направившие обращение.

3. Каналы приёма и требования к оформлению

3.1. Организация принимает обращения:
- лично — на личном приёме/у администратора;
- по почте — на адрес: _____;
- на электронную почту: _____;
- через форму на сайте/личный кабинет пациента;
- через кол-центр (с фиксацией устного обращения в карточке).

3.2. Письменное обращение должно содержать Ф.И.О./наименование организации, почтовый адрес (или e-mail для электронного обращения), суть поставленных вопросов, дату и подпись (для электронного — указание Ф.И.О. и адреса электронной почты, допускается прикрепление файлов).

3.3. В случае направления через представителя — прилагается документ, подтверждающий полномочия (доверенность/документы законного представителя пациента).
3.4. Обращения, содержащие персональные данные и/или сведения, относящиеся к медицинской тайне, направляются через предусмотренные Порядком каналы. Запрещается направлять медицинскую документацию в несанкционированные мессенджеры, если это не предусмотрено локальной политикой и согласием пациента.

4. Регистрация и маршрутизация

4.1. Все письменные и электронные обращения подлежат обязательной регистрации в Журнале регистрации (в том числе в CRM/ИС) **в течение 3 (трёх) дней** с момента поступления. Устные обращения при личном приёме фиксируются в карточке приёма.
4.2. Регистрационный номер, дата и канал поступления присваиваются автоматически/ответственным сотрудником.
4.3. Ответственный отдел определяется по компетенции: профильное подразделение — по сути вопроса; юридическая служба — по правовым вопросам; служба качества — по жалобам на качество и безопасность; отдел ПДн — по запросам субъектов ПДн.
4.4. Если решение вопросов не относится к компетенции Организации (либо конкретного подразделения), копия/оригинал обращения **в течение 7 дней** направляется по принадлежности (например, страховщику ДМС) с уведомлением заявителя, за исключением случаев, когда направление невозможно (см. п. 7.5).
4.5. Запрещается направлять жалобу на рассмотрение должностному лицу/подразделению, действия которого обжалуются. В этом случае жалоба направляется вышестоящему руководителю/комиссии по качеству.

5. Сроки рассмотрения и продление

5.1. Срок рассмотрения обращения — **30 календарных дней** со дня регистрации.
5.2. В исключительных случаях (сложность, необходимость межведомственных запросов, проведение служебной проверки/медэкспертизы) срок может быть продлён, но **не более чем на 30 календарных дней** с обязательным уведомлением заявителя до истечения первоначального срока.
5.3. При поступлении обращений, ответственность по которым прямо урегулирована специальным законом (например, возврат денежных средств потребителю, претензии по качеству услуг по ЗоЗПП), применяются сроки и порядок, установленные таким законом (уведомление в ответе).

6. Рассмотрение обращений

6.1. Рассматривающее подразделение обеспечивает объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения, при необходимости — с участием заявителя (встреча, телефонная конференция).
6.2. Допускается истребование документов и сведений у иных подразделений и контрагентов; ответственные лица обязаны предоставить запрошенные материалы **в течение 15 дней** с даты запроса или в сокращённые сроки, если это нужно для соблюдения общего срока.
6.3. По жалобам на качество медицинской помощи проводится служебная проверка/экспертная оценка с привлечением профильных специалистов; результаты фиксируются актом.
6.4. При наличии признаков угрозы жизни и здоровью пациента ответственные подразделения незамедлительно принимают меры по обеспечению безопасности и информируют руководство.

7. Особые случаи

7.1. **Анонимные обращения** (без Ф.И.О./наименования и обратного адреса) ответу не подлежат; при наличии сведений о готовящемся/совершённом противоправном деянии направляются по компетенции.

7.2. **Нецензурные/оскорбительные обращения** и содержащие угрозы могут быть оставлены без ответа по существу с уведомлением о недопустимости злоупотребления правом.
7.3. **Нечитаемые обращения** — при невозможности прочтения текста ответ не даётся; при читаемости адреса — направляется уведомление.
7.4. **Повторные обращения без новых доводов** — возможно прекращение переписки по решению руководителя с уведомлением заявителя.
7.5. **Переадресация** — не допускается направление жалобы лицу/подразделению, чьи действия обжалуются. Если вопрос вне компетенции Организации в целом — заявителю направляется разъяснение о порядке обращения по принадлежности.

8. Ответ заявителю

8.1. Ответ направляется по существу поставленных вопросов: в электронном виде — на e-mail, указанную заявителем; в письменной форме — на почтовый адрес. По вопросам, затрагивающим неопределённый круг лиц, информация может быть размещена на сайте Организации.
8.2. Ответ подписывается руководителем Организации/подразделения либо уполномоченным лицом (по доверенности/приказу).
8.3. В ответе указываются: реквизиты обращения (№/дата), краткое изложение сути, проведённые проверки и установленные факты, правовая оценка, принятые меры (включая исправление недостатков, возврат средств, дисциплинарные меры), порядок обжалования.
8.4. При невозможности дать ответ без разглашения охраняемой тайны заявителю направляется мотивированное уведомление; возможно предложение согласовать форму предоставления информации (выписки, обезличенные данные).

9. Личный приём

9.1. Личный приём граждан проводится Генеральным директором/уполномоченными лицами по графику, размещённому на стойке информации и на сайте.

9.2. При личном приёме предъявляется документ, удостоверяющий личность/полномочия. Содержание устного обращения заносится в карточку приёма; при очевидности обстоятельств ответ может быть дан устно с отметкой в карточке; в иных случаях даётся письменный ответ.

10. Конфиденциальность и персональные данные

10.1. Разглашение сведений, содержащихся в обращении, а также относящихся к частной жизни гражданина и медицинской тайне, не допускается без согласия заявителя, за исключением переадресации по компетенции с соблюдением требований закона.
10.2. Обработка ПДн осуществляется на основании ФЗ-152 и локальных актов Организации; сроки ответа субъекту ПДн и порядок прекращения обработки соблюдаются согласно внутренней Политике ПДн.
10.3. Доступ к материалам обращения ограничивается кругом уполномоченных лиц; документы хранятся в соответствии с НСА/локальным перечнем сроков хранения.

11. Учёт, хранение, отчётность

11.1. Ведётся Журнал регистрации обращений (бумажный/электронный): №, дата поступления/регистрации, заявитель, краткое содержание, ответственное подразделение, сроки, решения/меры, дата и способ ответа.
11.2. Срок хранения материалов — не менее 3 лет (если иное не установлено персонифицированными требованиями/медицинской документацией).
11.3. Служба качества ежеквартально подготавливает аналитическую справку для руководства с перечнем типовых причин обращений и предложениями по улучшениям.

12. Ответственность и контроль

12.1. Должностные лица, виновные в нарушении сроков и порядка рассмотрения обращений, несут дисциплинарную ответственность; при наличии оснований — гражданско-правовую и иную, предусмотренную законодательством.
12.2. Контроль за соблюдением Порядка осуществляет Генеральный директор; текущий контроль — служба качества/юридическая служба.
12.3. Настоящий Порядок подлежит публикации на сайте и размещению на информационном стенде; работники ознакомляются под подпись.

13. Заключительные положения

13.1. Порядок вступает в силу со дня утверждения приказом и действует до отмены/принятия новой редакции.
13.2. Изменения и дополнения оформляются приказом и доводятся до сведения работников и пациентов посредством обновления сайта/стендов.