



إسم السياسة /الخطة: سياسة إدارة الملاحظات والشكاوي
رقم السياسة/ الخطة : الرقم 04 -PP - PRC

المعنيين بالسياسية : جميع العاملين الفنيين والإداريين في المستشفى		المجموعة: الاخلاقيات وحقوق المريض
توقيع رئيس اللجنة:	تاريخ الاعداد : 2025/5/20	إعداد : لجنة الاخلاقيات وحقوق المريض
التوقيع:	تاريخ التدقيق: 2025/10/30	دققت من قبل: مدير قسم الجودة
التوقيع:	تاريخ الاعتماد: 2025/11 /1	اعتمد من قبل: مدير المستشفى
تاريخ المراجعة القادمة: 2027/ 11 /1	الطبعة : الاولى	عدد صفحات السياسة/الخطة: (5)

## الأهداف:

1. تسهيل إيصال اقتراحات وشكاوى المرضى والزوار والعاملين المتعلق بالرعاية الصحية كحق من حقوقهم بحيث لا يشترط الإفصاح عن شخصية المشتكى أو هويته .
2. تحقيق رضى المرضى وعائلاتهم ورضى العاملين في المستشفى.

## السياسات:

1. يحق للمرضى وعائلاتهم التعبير عن رأيهم تجاه القضايا التي لم يتم التعامل معها بطريقة مرضية او التي نالت رضاهم من خلال نموذج الملاحظات والإقتراحات يوضع في صندوق الملاحظات والإقتراحات او شفويا لقسم الادارة. PR.6 .
2. يقدم كادر المستشفى بتقديم النصح والمشورة للمرضى وعائلاتهم حول عملية التقدم بالشكاوى والإقتراحات.
3. هنالك عملية للتحقيق في شكاوى المرضى أو ممثليهم والاستجابة لها ضمن إطار زمني محدد. PR.6.1.
4. جميع الشكاوى والإقتراحات المقدمة ستعرض على لجنة الشكاوى وحقوق المرضى وعائلاتهم لدراستها وتقديم الحلول المقترحة والتنسيب للجنة الجودة.
5. بإمكان المرضى أو مقدمي الرعاية إخفاء هوياتهم إن أرادوا.
6. العملية مصممة بحيث تشجع المرضى وأسرهم على تقديم التغذية الراجعة وحل مشكلاتهم وتسهيل ذلك.

## التعريفات:

1. صناديق الإقتراحات: صناديق مرقمة وموزعة على مداخل المستشفى.

## الأدوات / النماذج:

1. صناديق الإقتراحات.
2. نموذج الإقتراحات والملاحظات

## الإجراءات:

1. يتم إتاحة العمليات المتعلقة بالشكاوى للجمهور على الخط الساخن رقم ( 6808 )، الموقع الإلكتروني الرسمي للمستشفى ، مواقع التواصل الإجتماعي وصندوق الإقتراحات والملاحظات.
2. يتم فتح صناديق الإقتراحات والشكاوى يوميا من قبل قسم الجودة في المستشفى.
3. مسؤولية لجنة حقوق المرضى و الشكاوى والإقتراحات: -
  - 3.1. دراسة وتحليل جميع الشكاوى والإقتراحات المقدمة من قبل المرضى وعائلاتهم لتحديد المناطق التي تحتاج تحسيناً واتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة وتوثيقها.
  - 3.2. الإيعاز للجهات المعنية بتحسين الاداء وايجاد حلول بديلة فيما يتعلق بالشكاوى والإقتراحات المتكررة ومراجعة الإجراءات المتخذة لتحديد مدى ملائمتها وتوثيقها.
  - 3.3. تقديم تقرير شهريا بالشكاوى والإقتراحات والاستجابة لهم للجنة تحسين الجودة.
  - 3.4. استقبال جميع الشكاوى الشفوية والمكتوبة.
  - 3.5. إذا كانت الشكاوى طارئة وموجهة نحو حالة المريض الصحية يتم الرد عليها مباشرة.
  - 3.6. الشكاوى الموجودة بالصندوق يتم الرد عليها خلال 72 ساعة من فتح الصندوق.
  - 3.7. تقديم تغذية راجعة لصاحب الشكاوى او الاقتراح في حال وجود عنوان له من قبل مسؤولة إدارة علاقات العملاء.
4. توفر ادارة المستشفى صناديق إقتراحات وملاحظات في مداخل المستشفى على ان يكون ظاهرا للعيان.
5. عند ادخال المريض في المستشفى يتم توضيح حقه في تقديم الإقتراح أو الملاحظة.
6. يرشد كادر المستشفى المرضى وعائلاتهم بالية تقديم أي ملاحظة او مقترح ووضعه في صناديق ملاحظات وإقتراحات المرضى وعائلاتهم او الشكاوى المباشرة لرئيس القسم او الادارة.
7. يتعامل كادر المستشفى مع المريض المشتكى بمنتهى الصبر واللفظ والمبادرة باحتواء المشكلة ان أمكن.
8. لا يتم التعامل مع المرضى وممثليهم وأقاربهم ومقدمي الرعاية الصحية المعنيين بشكل غير عادل أو بشكل مختلف نتيجة رفع شكاوى.

9. يستقبل موظفي الإستقبال جميع الشكاوى او الاقتراحات الشفوية او (الهاتفية) من متلقى الخدمة ثم تكتب على نموذج الشكاوى وتعرض على لجنة حقوق المرضى و الشكاوى والاقتراحات.
10. عند اكتمال التحقيق، تقوم الوحدة أو الشخص المعين المسؤول عن التحقيق في شكاوى المريض بإعداد رد خطي وارساله إلى رئيس قسم الجودة.
11. يتم تجميع البيانات المتعلقة بشكاوى المرضى وتحديد الاتجاهات وتحديد الدروس المستفادة من الشكاوى واستخدامها لتحسين الخدمات المقدمة.
12. يتم الرد على الشكاوى أو الملاحظة للشخص المشتكى من قبل مسؤولة إدارة علاقات العملاء وخلال 72 ساعة من ورود الشكاوى.
13. تحفظ جميع الشكاوى بعد اخذ رقم متسلسل في ملف خاص في قسم الجودة.
14. يقوم رئيس القسم المعني بالشكاوى أو من ينوب عنه باتخاذ الإجراءات المناسبة لحل الشكاوى. وبجالة عدم القدرة على حلها يتم إحالة المرضى / أسرهم إلى لجنة الشكاوى والاقتراحات و/ أو مدير المستشفى حين يعجزون عن حل قضايا المرضى / أسرهم.
15. يتم توثيق القضايا التي لم يتم حلها وشمولها بعملية المراجعة.
16. يتم تجميع البيانات وتحديد الاتجاهات واتخاذ الإجراءات لتصحيح المشكلات المتكررة.
17. يتم نشر الإجراءات التصحيحية المتخذة لحل الشكاوى باستخدام البريد الإلكتروني ، الرد الخطي ، التواصل المباشر مع مقدم الشكاوى وقنوات التواصل الإجتماعي.
18. تتم مراقبة نتائج الإجراءات المتخذة وإستخدام منهجية ال PDCA للتحسين والتطوير (دورة (خطط - نفذ - أدرس - باشر).

المراجع:

السياسة الداخلية لمستشفى مارينا الأهلي.

## نموذج الإقتراحات والشكاوي

اسم المريض / الزائر (اختياري): .....

غرفة/القسم: ..... تاريخ: .....

رقم الهاتف للمتابعة: .....

### الصفحة الأولى تملأ من قبل صاحب المقترح / الشكوى

الإقتراح / الشكوى:

هل المقترح / الشكوى على شخص محدد؟

هل المقترح / الشكوى على خدمة معينة؟

هل المقترح / الشكوى على المستشفى بصورة عامة؟

الصفحة تملى من قبل لجنة الشكاوى بالمستشفى

ملاحظات لجنة الشكاوى والاقتراحات:

ملاحظات رئيس لجنة الاقتراحات والشكاوى:

ملاحظات وحدة الجودة:

تم حل الشكاوى وإغلاقها مع السبب:  نعم  لا