

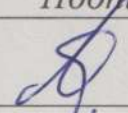
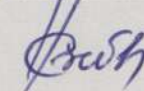

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

<b>Наименование структурного подразделения:</b>	Все структурные подразделения		
<b>Названия документа:</b>	СОП «Правила управления документами»		
<b>Утвержден:</b>	 Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
<b>Дата утверждения:</b>			
	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
<b>Согласовано:</b>	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
<b>Дата согласования:</b>	04.01.2024г.		
<b>Дата введения в действие</b>	04.01.2024г.		
<b>Версия №</b>	<b>Копия №</b> _____	_____04___ / _____01___ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01. » 2024г  
Дата следующего пересмотра « \_\_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2027г



### СОП «Правила управления документами»

**1. Цель:** Настоящие Правила определяют порядок управления внутренними и внешними документами, регламентирующими деятельность Поликлиники, за исключением документов, составляющих коммерческую и служебную тайну.

**2. Область применения:** Правила распространяется на весь персонал Поликлиники. Настоящие Правила устанавливают требования к управлению внутренними и внешними нормативными документами Поликлиники, включая:

- разработку, согласование, утверждение внутренних документов;
- проверку (обзор) и актуализацию (обновление) по мере необходимости, и переутверждение документов;
- обеспечение действующей версией документа в местах их применения;
- регистрацию изменений и статуса пересмотра документов;
- идентификацию (присвоение кода) внутренних документов, читабельность и учет;
- распространение внешних нормативных документов;
- изъятие и хранение устаревших внутренних документов для предотвращения их непреднамеренного использования;
- учет всех используемых документов.

### **3. Ответственность:**

1) *Представитель руководства по качеству* несет ответственность за:

- контроль управления внутренними документами;
- назначение ответственных лиц за разработку внутренних документов;
- контроль обеспечения сохранности внутренних нормативных документов.

2) *Отдел менеджмента качества и безопасности пациентов (ОМКиБП)* несет ответственность за:


- идентификацию внутренних документов (присвоение кода документа) и консультирование сотрудников по оформлению;
- инициирование разработки или пересмотра внутренних документов;
- оказание методической помощи сотрудникам по оформлению и содержанию внутренних документов.

3) *Отдел правового обеспечения* несет ответственность за:

- управление внешними нормативными документами;
- помещение электронной версии вышеуказанных документов на сервер Больницы.

4) *Отдел делопроизводства и развития государственного языка (Канцелярия)* несет

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*

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

ответственность за:

- хранение оригиналов, распространение и учет копий внутренних документов, утвержденных приказом первого руководителя Поликлиники;
- помещение электронной версии вышеуказанных документов на сервер Поликлиники.

5) *Отдел ГО, ЧС, ПБ, От, ТБ* несет ответственность за:

- организацию разработки, актуализации, проверки, переиздания, отмены инструкций по ОТ и ТБ, пожарной безопасности, экологии, ГО и ЧС в порядке, установленном настоящими Правилами;
- учет вышеуказанных инструкций.

6) *Сектор эксплуатации медицинского оборудования* несет ответственность:

- за организацию разработки, актуализации, проверки, переиздания, отмены инструкций по эксплуатации оборудования в порядке, установленном настоящими Правилами;
- за учет вышеуказанных инструкций.

7) *Руководители подразделений* Поликлиники несут ответственность за:

- организацию разработки или пересмотра внутренних документов в рамках компетенции подразделения согласно настоящих Правил;
- обеспечение соблюдения работниками требований настоящего Правила и других нормативных документов Поликлиники.

8) *Работники* Поликлиники несут ответственность за:

- соблюдение требований всех нормативных документов Больницы;
- сохранность находящихся в подразделении копий нормативных документов;
- неразглашение конфиденциальной информации.

9) При подписании трудового договора, работник подписывает «Обязательство о неразглашении сведений, составляющих служебную, коммерческую и иную охраняемую законом тайну».

10) За утрату документов, разглашение конфиденциальной информации и нарушение правил работы с документами работники Поликлиники привлекаются к ответственности в соответствии с законодательством РК.

#### **4. Термины, определения и сокращения**

В настоящих Правилах применяются следующие определения:

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*



- 1) *Внутренний документ* – нормативный документ, разработанный в Больнице и утвержденный ее руководством.
- 2) *Внешний нормативный документ* – нормативный правовой акт или нормативный документ, разработанный и утвержденный сторонней организацией и применяемый в деятельности Поликлиники;
- 3) *Должностная инструкция* – внутренний документ, предназначенный для определения круга обязанностей и полномочий работника и установления ответственности за осуществление определенного вида деятельности.
- 4) *Идентификационный номер (код документа)* – номер действующего документа, указывающий его место в единой системе классификации действующих документов.
- 5) *Инструкция* – нормативный документ, детализирующий применение законодательства Республики Казахстан или локальных актов Больницы в какой-либо сфере деятельности.
- 6) *Кодекс* – внутренний нормативный документ Больницы, в котором объединены и систематизированы нормы, регулирующие определенные отношения.
- 7) *Копия* – копия действующего документа, выполненная с оригинала документа.
- 8) *Нормативный документ по стандартизации* – документ, устанавливающий нормы, правила, характеристики, принципы, касающиеся различных видов деятельности по стандартизации или ее результатов.
- 9) *Нормативный правовой акт* – письменный официальный документ установленной формы, принятый уполномоченным органом или должностным лицом государства, устанавливающий правовые нормы, изменяющий, прекращающий или приостанавливающий их действие.
- 10) *Политика* – заявление декларативного характера, общие намерения и направления деятельности организации в различных областях (качества, финансов и т.д.), официально сформулированные высшим руководством.




- 11) *Положение* – нормативный документ, определяющий статус и полномочия какого-либо структурного подразделения Поликлиники, комиссии, рабочей группы.
- 12) *Правила* – нормативный документ, определяющий порядок организации и осуществления какого-либо вида деятельности.
- 13) *Приказ, распоряжение* – организационно - распорядительные акты руководства Больницы, издаваемые в целях оформления решений руководства Больницы по основной деятельности или по личному составу, текущим и оперативным вопросам деятельности Поликлиники.
- 14) *Программа* – нормативный документ, определяющий масштабные (общепольничные), долгосрочные мероприятия с целью достижения поставленных задач либо поддержания процессов в определенной области.
- 15) *Протокол диагностики и лечения* – нормативный документ, регламентирующий оказание необходимого объема медицинской помощи при конкретном клиническом состоянии или заболевании, с учетом различных видов оказания медицинской помощи.
- 16) *Процесс* – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих операций, преобразующих вход в выход.
- 17) *Регламент* – нормативный документ, регулирующий внутренний порядок деятельности подразделений Поликлиники по каким-либо вопросам.
- 18) *Руководство* – это совокупность правил, определяющих порядок деятельности организации, устанавливающий требования к ряду процессов одной определенной области.
- 19) *Стандарт операционных процедур (СОП)* – подробная письменная инструкция, касающаяся стандартных действий и/или операций, выполняемых в организации.
- 20) *Управление документами* – комплекс работ по анализу документов на адекватность, учету и поддержанию в рабочем состоянии, распространению и доведению до сведения заинтересованных лиц.

В настоящих Правилах применяются следующие сокращения:

Поликлиники – *Название медицинской организации.*

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*

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

ОМКиБП – Отдел менеджмента качества и безопасности пациентов.

Канцелярия – Отдел делопроизводства и развития государственного языка.

ГОСТ – межгосударственный стандарт.

И – инструкция.

К – кодекс.

ПМ – памятка.

ПТ – политика.

ПРК – Представитель руководства по качеству.

ПР – программа.

П – правила.

ПЛ – положение.

РГ – регламент.

Р – Руководство.

СМК – система менеджмента качества.

СОП – стандарт операционных процедур.

СТО – стандарт организации.

СТ РК – государственный стандарт РК.

РК – Республика Казахстан

JCI – Joint Commission International (Международная объединенная комиссия).

### 5.. Ресурсы:

- 1) Единый реестр внутренних документов Поликлиники;
- 2) Сервер Больницы;
- 3) Форма учета выдачи копий (Канцелярией).

### 6. Документирование:

- 1) Единый реестр внутренних документов Поликлиники;
- 2) Приказы об утверждении внутренних документов Поликлиники.

### 7. Общие положения

- 1) В Поликлинике поощряется коллективная разработка внутренних документов в составе мультидисциплинарных команд.
- 2) Конфликты, возникающие при разработке документа, разрешаются курирующим заместителем первого руководителя Поликлиники.
- 3) Определены два вида нормативных документов:

– **внешние нормативные документы** – это документы, созданные вне Поликлиники. Например, законы РК, постановления Правительства, приказы Министра здравоохранения, нормативные документы по стандартизации (книга стандартов JCI, ГОСТы, СТ РК, СТО и др.), сопроводительная документация на

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*



оборудование и т.д.

– **внутренние нормативные документы** – это документы, разработанные и утвержденные в Поликлинике для организации работы.

4) В Больнице определены три уровня защиты и доступа к информации:

– **конфиденциальный** – к данному уровню относится коммерческая и служебная тайна, ограничения на распространение которой введены Инструкцией по обеспечению сохранности коммерческой и служебной тайны Поликлиники. Также сюда относятся медицинские карты стационарных больных. Распространение сведений из медицинской карты пациента для лиц, не оказывающих лечение, уход или аудит, разрешено только с устного разрешения пациента, если для публикации – то с письменного разрешения пациента;

– **ограниченный** – к данному уровню относится информация, не отнесенная к категории «конфиденциальная», разглашение которой может потенциально нанести ущерб интересам Поликлиники. Например: переписка с внешними организациями, протоколы совещаний, внутренние правила и процедуры, служебные записки, личные дела сотрудников и др. Доступ к таким документам имеет адресат или лицо, имеющее право доступа для выполнения им должностных обязанностей;

– **открытый (неограниченный)** – к данному уровню относится информация, обеспечение конфиденциальности (введения ограничений на распространение) которой не требуется. Например: памятки для пациентов, прейскурант цен на оказываемые услуги и т.п.

4) Управление внутренними нормативными документами (см. блок-схему в приложении 3) включает этапы:

- разработка, оформление и идентификация документа;
- согласование и утверждение документа;
- регистрация, учет копий и распространение документа;
- хранение оригинала и копий документа;
- пересмотр документа;
- переиздание, отмена (аннулирование) и уничтожение документа.

5) **Виды** внутренних нормативных документов в Поликлиники:

- политика (ПТ);
- кодекс (К);
- регламент (РГ);

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*



- руководство (Р);
- памятка (ПМ);
- программа (ПР);
- правила (П);
- положение (ПЛ);
- инструкция, в том числе инструкция по охране труда, инструкция по эксплуатации оборудования (И);
- протокол лечения и диагностики (Н-NS-XX-У(Z), где XX – это номер подразделения Поликлиники по номенклатуре, Z – порядковый номер в пределах подразделения);
- стандарт операционных процедур (СОП) (синоним – алгоритм).

#### **8. Разработка, согласование и утверждение внутренних нормативных документов**

- 1) Проекты внутренних документов разрабатываются работниками Поликлиники по собственной инициативе, либо по поручению курирующего руководителя, Представителя руководства по качеству или начальника ОМКиБП (Приложение 3).
- 2) Работник Поликлиники, назначенный ответственным за разработку внутреннего нормативного документа (далее – разработчик):
  - разрабатывает проект (текст) нормативного документа;
  - запрашивает код документа в ОМКиБП и оформляет согласно разделу 9 настоящих Правил;
  - согласовывает проект документа, устраняет замечания и предложения;
  - подает согласованный проект документа на утверждение.

Если для выполнения требований готовящегося проекта нормативного документа необходимо внесение изменений в другие документы, одновременно готовится проект изменений в другие документы или дается поручение соответствующим подразделениям об их подготовке. Проекты внутренних документов согласовываются путем визирования (сбора подписи) на титульном листе следующих лиц:

- начальник ОМКиБП и/или Представитель руководства по качеству проверяет проект документа на соответствие требованиям стандартов СТ РК ИСО 9001, международных стандартов аккредитации JCI, национальных стандартов аккредитации;





- руководители заинтересованных структурных подразделений Больницы проверяют проект документа на соответствие рабочим процессам в рамках компетенции;
- заместитель первого руководителя, курирующий заинтересованное структурное подразделение, проверяет проект документа в рамках компетенции.

Срок согласования и подачи предложений по изменению документа не должен превышать **трех рабочих дней** со дня его представления на согласование. Замечания и предложения направляются разработчику письменно или устно. Разработчик устраняет все обоснованные замечания и согласовывает его с руководителями заинтересованных структурных подразделений Поликлиники путем визирования (сбора подписи) на титульном листе.

Внутренние нормативные документы **утверждаются** согласно Классификатору внутренних нормативных документов Поликлиники одним из нижеуказанных путей:

- приказом первого руководителя;
- решением Совета Директоров или Наблюдательного Совета (если применимо);
- решением Единственного акционера (если применимо).

#### **9. Оформление и идентификация внутренних нормативных документов**

- 1) Оформление внутренних нормативных документов осуществляется с соблюдением требований Правил документирования и управления документацией.
- 2) Оформление титульного листа осуществляется по форме согласно Приложению 1.
- 3) Рекомендации по содержанию документов изложены в Приложении 2.
- 4) Идентификация внутренних нормативных документов осуществляется ОМКиБП в виде кода документа (например, ХХ-АА-ББ-ВВ), где:

**ХХ** – вид документа;

**АА** – порядковый номер документа в пределах вида документа;

**ББ** – сокращенное название главы стандартов JCI либо сокращенное название подразделения, где применяется документ (например МЗБ – глава стандарта JCI, ЦСО – Центральное стерилизационное отделение);

**ВВ** – порядковый номер документа в пределах раздела стандарта JCI или подразделения.

*Например, П-01-МИ-08 Правила управления нормативными документами, разработанные в рамках главы «Менеджмент информации» стандартов JCI.*

Для регистрации изменений и статуса пересмотра документов, а также для предотвращения непреднамеренного использования устаревших версий документа, на каждой странице кроме титульной используется верхний колонтитул с указанием кода документа, названия документа, номера страницы, версии и даты последнего

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*



утверждения документа.

В верхнем колонтитуле также указывается логотип и название Поликлиники.

В конце документа составляется лист учета периодических проверок (приложение 4), Лист регистрации изменений и дополнений (приложение 5) и Лист ознакомления (приложение 6).

#### 10. Учет, распространение, хранение копий

1) При утверждении документа приказом первого руководителя Поликлиники, оригинал документа (приказ и приложения) регистрируется и хранится в Канцелярии. Работник Канцелярии:

- готовит необходимое количество копий документов для распространения причастным лицам согласно приказу;
- нумерует каждую копию с отметкой на титульном листе копии, ставит печать «копия верна» и выдает причастным лицам под подпись в листе рассылки;
- помещает электронную версию документа на сервер Больницы.

При утверждении документа решением Наблюдательного Совета или Совета Директоров (если применимо), секретарь хранит оригинал документа и:

- готовит необходимое количество копий документов для распространения причастным лицам;
- нумерует каждую копию с отметкой на титульном листе копии, ставит печать «копия верна» и выдает причастным лицам;
- помещает электронную версию документа на сервер Поликлиники.

При утверждении документа решением Единственного акционера Поликлиники (если применимо), корпоративный секретарь хранит оригинал документа и:

- служебной запиской предоставляет копию документа первому руководителю Поликлиники для принятия решения о дальнейшем распространении через Канцелярию;
- помещает электронную версию документа на сервер Поликлиники.

**Руководитель структурного подразделения или ответственный за делопроизводство работник подразделения** при получении утвержденного документа, должен:

- ознакомить работников подразделения с требованиями внутреннего нормативного документа с отметкой в Листе ознакомлении;



- хранить внутренний нормативный документ в доступном для сотрудников месте (в папке согласно номенклатуре дел);
- обеспечить выполнение требований внутреннего нормативного документа.

Ответственность за обучение требованиям внутреннего нормативного документа несет подразделение, курирующее область действия документа.

Передача документации при увольнении или переводе на другую работу работников Больницы осуществляется в соответствии с требованиями Правил документирования и управления документацией.

**Верной бумажной копией документа считается та копия, на которой стоит печать «копия верна».**

**Верной электронной копией на сервере считается отсканированный оригинал с подписями.**

Для предотвращения непреднамеренного использования недействующей (отмененной) версии документа, работник Канцелярии изымает из оборота все копии отмененного документа.

Копии изъятых документов уничтожаются Канцелярией согласно Положению об архиве.

Оригинал отмененного документа хранится в Канцелярии в течение времени согласно Положению об архиве. На оригинале отмененного документа ставится надпись «Признан утратившим силу, согласно \_\_\_\_ №\_\_ от \_\_\_\_» и подпись работника Канцелярии.

Копия отмененного документа может храниться в ОМКиБП в справочных целях, в этом случае на них ставится надпись «Признан утратившим силу согласно \_\_\_\_ №\_\_ от \_\_\_\_», дата и подпись работника Канцелярии.

#### **11. Пересмотр и переиздание внутренних нормативных документов**

**Пересмотр** (проверка, актуализация) внутренних нормативных документов проводится в плановом порядке согласно срокам пересмотра:

№	Вид документа	Сроки пересмотра
1.	протокол диагностики и лечения	1 раз в 2 года
2.	инструкция	1 раз в 3 года
3.	кодекс	1 раз в 3 года
4.	памятка	1 раз в 3 года
5.	правила	1 раз в 3 года
6.	положение	1 раз в 3 года
7.	программа	1 раз в 3 года
8.	политика	1 раз в 3 года



9.	руководство	1 раз в 3 года
10.	стандарт операционных процедур	1 раз в 3 года
11.	положение о структурном подразделении	1 раз в 5 лет
12.	должностная инструкция	1 раз в 5 лет
13.	инструкция по охране труда	1 раз в 5 лет
14.	инструкция по эксплуатации оборудования	1 раз в 5 лет
15.	регламент	1 раз в 5 лет

либо внепланово по инициативе работника Больницы:

- для улучшения системы менеджмента качества,
- при изменении рабочих процессов, ответственности работников, изменении внутренних или внешних нормативных документов.


**Пересмотр документа осуществляется в следующем порядке:**

- если пришел срок пересмотра внутреннего нормативного документа, ОМКиБП инициирует пересмотр путем информирования об этом разработчиков, указанных в титульном листе документа или др. либо работник самостоятельно инициирует внеплановый пересмотр;
- разработчик пересматривает документ на актуальность описываемых процессов, ясность изложения, соответствие нормативным документам и информирует ОМКиБП о своей оценке документа;
- начальник ОМКиБП или Представитель руководства по качеству принимает решение о продолжении действия документа без изменений, либо о продолжении действия документа с внесением изменений, либо переиздании документа в новой версии, либо отмене документа.

**При отсутствии предложений и замечаний к документу при плановом пересмотре:**

- разработчик или начальник ОМКиБП в Листе учета периодических проверок в оригинале документа в графе «предложения и замечания» пишет «замечаний нет, документ остается в силе», дату и подпись. Ранее выданная копия документа остается у пользователей.
- работник Канцелярии в течение трех рабочих дней распространяет пользователям заполненную копию Листа учета периодических проверок.
- ответственный за делопроизводство работник подразделения должен заменить Лист учета периодических проверок.

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*

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

**При незначительных замечаниях** к документу, таких как опечатка или изменение текста в трех или менее пунктах:

- разработчик или начальник ОМКиБП в Листе учета периодических проверок в оригинале документа в графе «предложения и замечания» вкратце пишет о замечаниях. Например, «найдена опечатка на стр. X».
- разработчик или начальник ОМКиБП в Листе регистрации изменений и дополнений детально записывают изменения. Например, «в пункте таком-то допущена опечатка, читать так-то». Действующая версия документа остается в силе. Ранее выданная копия документа остается у пользователей.
- работник Канцелярии в течение трех рабочих дней распространяет пользователям заполненные копии Листа учета периодических проверок, Листа регистрации изменений и дополнений и чистого Листа ознакомления.
- ответственный за делопроизводство работник подразделения должен заменить вышеуказанные Листы и ознакомить работников подразделения с заполнением нового Листа ознакомления.

**При значительных замечаниях** (изменение текста в четырех и более пунктах) создается проект новой версии документа, который согласовывается, утверждается, распространяется и хранится согласно настоящим правилам. Изменения обязательно документируются в Листе регистрации изменений и дополнений.

Внесение любых исправлений и дополнений во внутренние нормативные документы рукописным способом запрещено.

**Отмена (аннулирование) документа** осуществляется в порядке утверждения документа: приказом первого руководителя Поликлиники либо решением Совета директоров или Наблюдательного совета, либо решением Единственного акционера. Копии отмененных (недействующих, устаревших) документов изымаются из обращения Канцелярией согласно п. 10.9. и 10.10.

## **12. Управление внешними нормативными документами**

Управление внешними нормативными документами включает:

- учет внешних нормативных документов;
- хранение электронных и бумажных копий документов;
- мониторинг внешних нормативных документов;
- актуализацию внешних нормативных документов;
- отмену и изъятие недействующих (отмененных) документов.

**Учет** внешних нормативных документов, применяемых в деятельности Больницы, производится ответственным работником Отдела правового обеспечения в Реестре

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*



внешних нормативных документов с указанием:

- названия внешнего нормативного документа;
- сведений об утверждении внешнего нормативного документа;
- подразделений, чью деятельность регулирует документ и кому выдается копия документа;
- подписи и даты о получении работником копии документа;
- подписи ответственного работника Отдела правового обеспечения.

**Хранение** внешних нормативных документов осуществляется:

- в электронном виде на сервере Поликлиники в папке «внешние нормативные документы» формате pdf, исключая внесение изменений;
- в виде бумажной копии в структурном подразделении в папке согласно номенклатуре дел.

**Мониторинг** внешних нормативных документов (законодательной и нормативной правовой базы, регулирующей деятельность Поликлиники) проводится Отделом правового обеспечения через справочные юридические системы (например, сайт <http://adilet.zan.kz> и др.).

**Актуализация** внешних нормативных документов проводится работником Отдела правового обеспечения в случае изменения, отмены, издания новых внешних нормативных документов, который:


- направляет информацию в заинтересованные структурные подразделения в виде служебных записок либо по электронной почте;
- обеспечивает хранение действующих версий внешних нормативных документов в электронном виде на сервере Больницы;
- обеспечивает наличие бумажной копии действующих внешних нормативных документов.

**Изъятие** недействующих (отмененных) внешних нормативных документов и их уничтожение проводит работник Отдела правового обеспечения.

### 13. Формы записей

В настоящих Правилах утверждены следующие приложения:

- Приложение 1 Форма титульного листа документа;
- Приложение 2 Содержание внутренних нормативных документов;
- Приложение 3 Блок-схема управления нормативными документами;
- Приложение 4 Лист учета периодических проверок;
- Приложение 5 Лист регистрации изменений и дополнений;
- Приложение 6 Лист ознакомления.

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

#### 14. Ссылки:

- 1) Приказ Министра культуры и спорта Республики Казахстан от 22.12.2014 № 144 «Об утверждении Типовых правил документирования и управления документацией в государственных и негосударственных организациях» (с изменениями от 29.12.2017);
- 2) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition) для АПП, 6-е издание, Глава 14: Менеджмент информации, 2017 г., США;
- 3) «Правила документирования и управления документацией» Поликлиники;
- 4) «Положение об архиве» Поликлиники;
- 5) «Инструкция об обеспечении сохранности коммерческой и служебной тайны в Поликлинике»;
- 6) «Классификатор внутренних нормативных документов» Поликлиники.

Приложение 1

#### Форма титульного листа документа

<b>Наименование структурного подразделения:</b>			
<b>Названия документа:</b>			
<b>Утвержден:</b>	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
<b>Дата утверждения:</b>			
<b>Разработчик:</b>	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
<b>Согласовано:</b>			

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*



<b>Дата согласования:</b>			
<b>Дата введения в действие</b>			
<b>Версия №</b>	<b>Копия № _____</b>	_____/_____/2023г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « \_\_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2024г

Дата следующего пересмотра « \_\_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2027г

Приложение 2

## Содержание внутренних нормативных документов (рекомендательного характера)

### Кодекс

Цель  
Область применения  
Нормативные ссылки  
Термины, определения и сокращения  
Ответственность  
Описание процесса  
Формы записей  
Приложения  
Рассылка

### Регламент

Раздел 1. Порядок работы с документами  
Глава 1. Общие положения  
Глава 2. Порядок работы центрального аппарата Поликлиники  
Глава 3. Рассмотрение обращений и приема граждан  
Глава 4. Организация работы с документами  
Раздел 2. Представление и защита интересов Поликлиники, работа с исками и претензиями

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*





Глава 5. Общие положения

Глава 6. Порядок предъявления и рассмотрения претензий и исков

Глава 7. Субъекты претензионной и исковой работы

Глава 8. Учет и хранение претензий и исков

Глава 9. Ответственность субъектов претензионной и исковой работы

Раздел 3. Порядок работы с локальными актами

Глава 10. Порядок подготовки, оформления и согласования локальных актов

(юридическая техника)

Раздел 4. Порядок создания, деятельности и ликвидации консультативно-совещательных органов, рабочих групп Поликлиники

Глава 11. Порядок создания, деятельности и ликвидации консультативно-совещательных органов и рабочих групп Поликлиники

Раздел 5. Порядок оформления протоколов совещаний при руководстве Поликлиники и в структурных подразделениях Поликлиники.

## Программа

Цель

Область применения

Нормативные ссылки

Термины, определения и сокращения

Ответственность

Описание процесса

Формы записей

Приложения

Рассылка

## Правила

Цель

Область применения

Нормативные ссылки

Термины, определения и сокращения

Ответственность

Описание процесса

Формы записей

Приложения

Рассылка

## Положение

*Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа*



Цель  
Область применения  
Нормативные ссылки  
Термины, определения и сокращения  
Ответственность  
Описание процесса  
Формы записей  
Приложения  
Рассылка

### **Инструкция**

Цель  
Область применения  
Нормативные ссылки  
Термины, определения и сокращения  
Ответственность  
Описание процесса  
Формы записей  
Приложения  
Рассылка

### **Инструкция по охране труда**

Общие требования безопасности  
Требования безопасности перед началом работы  
Требования безопасности во время работы  
Требования безопасности при аварийных ситуациях  
Требования безопасности по окончании работы

### **Инструкция по эксплуатации оборудования**

Цель  
Область применения  
Ссылки  
Ответственность  
Предназначение  
Порядок работы  
Дезинфекция (согласно руководству по эксплуатации завода-изготовителя)



Меры предосторожности/примечания

Приложение 3

### Блок-схема

#### «Управление внутренними нормативными документами»

*Условные обозначения:*

- Автор* – разработчик документа;  
*ОМКиБП* – Отдел менеджмента качества и безопасности пациента;  
*Канцелярия* – Отдел делопроизводства и развития государственного языка;  
*Секретарь* – сотрудник Отдела правового обеспечения, назначенный секретарем заседаний Наблюдательного совета;  
*Корпоративные секретарь* – сотрудник, назначенный секретарем заседаний Совета директоров Больницы;  
*Пользователи* – сотрудники, работу которых касается документ.

**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



### Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
	Кудряев А.И.	мед. сестра	04.01.24	
	Свердлов В.И.	ассист. экон.	04.01.24	
	Асанов Е.И.	др. фудной р-ки	04.01.24	
	Саидов Д.	врач фтизиатр	04.01.2024	
5	Кудряев О.В.	врач-инфекционист	04.01.2024	
6	Алиева Р.А.	врач-инфекционист	04.01.2024	
7	Калкеев Б.Д.	регистр	04.01.2024	
8	Бухбаева Р.И.	регистр	04.01.2024	
9	Усекто Э.Б.	регистр	04.01.2024	
10	Мирзаемова М.	регистр	04.01.2024	
11	Хришанова Е.	регистр	04.01.2024	
12	Турдиев Т.Д.	регистр	04.01.2024	
13	Курганова И.	регистр	04.01.2024	
14	Тембетова С.	м/с	04.01.24	