
	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 1 из 15

Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Актуализация НПА и донесения новых НПА до сведения заинтересованных лиц»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
Дата согласования:	04.01.2024г		
Дата введения в действие	04.01.2024г		
Версия №	Копия № _____	04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

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

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 2 из 15

1. Содержание

Сокращения, используемые в стандарте операционной процедуры	3.
Пользователи стандарта операционной процедуры	3.
Определение	4.
Цель	5.
Алгоритм стандартных действий и/или операций	5.
Требования к работникам	5.
Описание стандартных действий и/или операций	7.
Документирование процедуры	16.
Индикаторы эффективности выполнения стандарта операционной процедуры	16.
Организационные аспекты разработки стандарта операционной процедуры	17.
Указание условий пересмотра стандарта операционной процедуры	17.
Список использованной литературы	17.
Лист регистрации изменений и дополнений	18.
Лист ознакомления	20.
Лист учета периодических проверок	21.

2. Сокращения

1. В настоящем СОП используются следующие сокращения:

- 1) ВД - внутренние документы;
- 2) НПА - нормативные правовые акты;
- 3) СОП - стандарт операционных процедур;


3. Пользователи СОП

1. СОП распространяется на всех работников Ленгерская городской поликлиники.


4. Определения

1. В настоящем СОП используются следующие определения:

- 1) внутренний документ - официальный документ для внутреннего пользования (не выходящие за пределы пользования поликлиники), разработанный и утвержденный в установленном порядке;
- 2) акт - внутренний документ, содержанием которого является информация, подтверждающая установленные факты и события (сдача-приемка работ, прием-передача материальных ценностей, обследование объектов, испытания и другое);
- 3) внешние документы - официальные документы, поступающие в ЛГП,
- 4) внутренний нормативный документ - ВД, устанавливающий нормы права, изменяющий, прекращающий или приостанавливающий их действие для внутреннего пользования (не выходящие за пределы пользования ЛГП).

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 3 из 15

- 5) внешний нормативный документ - нормативный правовой акт или нормативный документ, разработанный и утвержденный сторонней организацией и применяемый в деятельности ЛГП. (Источник: Информационная система "ПАРАГРАФ" Документ: Правила управления документами (правила документооборота, порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов). Статус документа: действующий. Дата. 17.11.2020 г.);
- 6) должностная инструкция - ВД, устанавливающий обязанности, полномочия, права и ответственность работника, утвержденный в установленном порядке;
- 7) инструкция - нормативный акт, детализирующий применение распорядительного документа в какой-либо сфере отношений ;
- 8) клинический протокол - научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента;
- 9) кодекс - внутренний нормативный документ, в котором объединены и систематизированы нормы права, регулирующие однородные процессы, утвержденный в установленном порядке;
- 10) кодирование ВД - идентификация документа, в соответствии с установленными требованиями;
- 11) методические рекомендации - документы, содержащие рекомендации по методологии внедрению эффективных методов в бизнес процессы, разработанные на основе накопленного опыта;
- 12) нормативный правовой акт - письменный официальный документ установленной формы, устанавливающий нормы права, изменяющий, дополняющий, прекращающий или приостанавливающий их действие, утвержденный в установленном порядке;
- 13) памятка - ВД, включающий краткие информации о правилах выполнения внутренних процессов, утвержденный в установленном порядке;
- 14) письмо - документ, исходящий из ЛГП, предназначенный для коммуникации с внешними организациями;
- 15) план - ряд мероприятий, объединённых последовательно для достижения цели с возможными сроками выполнения, определением ответственных за исполнение мероприятий и форм их завершения, утвержденный в установленном порядке;
- 16) политика - ВД, регламентирующий деятельность ЛГП в определенном направлении, утвержденный в установленном порядке;
- 17) положение - это внутренний нормативный документ, определяющий статус и полномочия структурного подразделения ЛГП,;
- 18) правила (порядок) - нормативный акт, определяющий порядок организации и осуществления какого-либо вида деятельности ЛГП, утвержденный в установленном порядке;
- 19) приказ, распоряжение - одни из основных видов распорядительных документов руководства ЛГП;

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

- 20) программа - ВД, определяющий мероприятия, направленные на достижение определенных целей в определенной области, утвержденный в установленном порядке;
- 21) протокол - ВД, в котором документируются результаты обсуждения вопросов на коллегиальных заседаниях и подписывается председателем заседания;
- 22) процесс - устойчивая и целенаправленная совокупность взаимосвязанных действий, которые преобразуют входы в выходы для получения заранее определённых продуктов, результатов или услуг, представляющих ценность;
- 23) распорядительные документы - ВД, в которых фиксируются решения административных и организационных вопросов деятельности ЛПП и их структурных подразделений и должностных лиц;
- 24) регламент - нормативный акт, регулирующий внутренний порядок деятельности ЛПП и его структурных подразделений;
- 25) руководство - это ВД, содержащий совокупность правил, определяющих порядок деятельности организации, устанавливающий требования к ряду процессов одной определенной области;
- 26) стандартная операционная процедура - документально оформленные инструкции алгоритмов действий по выполнению процедуры и/или процесса;
- 27) стратегия - долгосрочный план достижения некоторой цели;
- 28) справка - внутренний документ, содержанием которого является информация, в которой описываются факты, события или сведения;
- 29) телефонограмма - ВД, используемый для оперативной передачи информации (извещения, приглашения, экстренные извещения);
- 30) записка (служебная, докладная, пояснительная, объяснительная) - ВД, исходящий из структурного подразделения или должностного лица ЛПП и направляемый по адресату внутри поликлиники ;
- 31) управление документацией - правила разработки, согласования, утверждения, пересмотра ВД и их распространения с целью ознакомления заинтересованного персонала для исполнения и использования в работе.

5. Цель.


1. Настоящий СОП определяет порядок управления ВД, регламентирующими бизнес-процессы ЛПП.

6. Алгоритм стандартных действий и/или операций Требования для выполнения СОП

1. К внутренним документам Ленгерская городской поликлиники относятся:
 1. акт;
 2. кодекс;
 3. положение;
 4. план;
 5. стратегия;



6. руководство;
 7. письмо;
 8. программа;
 9. политика;
 10. правила (порядок);
 11. регламент;
 12. инструкция;
 13. стандартная операционная процедура;
 14. справка;
 15. методические рекомендации;
 16. памятка;
 17. протокол;
 18. должностная инструкция;
 19. телефонограмма;
 20. записка (служебная, докладная, пояснительная, объяснительная).
2. Распорядительные документы подразделяются на 2 следующих вида:
- 1) Основной вид:
решения (протоколы заседания) Учредителя, НС; приказ руководства;
 - 2) Производный вид:
регламент;
положение;
правила;
инструкция.
 3. Памятки разрабатываются следующих видов:
 - 1) памятка-алгоритм, в которой все предлагаемые действия довольно жестко фиксированы, их последовательность обязательна (например, комплекс упражнений лечебной гимнастики, действия при появлении признаков инсульта и т.п.),
 - 2) памятка-инструкция, в которой даются вполне конкретные указания о выполнении конкретных действий, шагов (например, измерение артериального давления. подсчет индекса массы тела и др.);
 - 3) памятка-совет (памятка-рекомендация), в которой целевая группа получает рекомендации о том, при каких условиях то или иное действие (деятельность) осуществляется успешно (например, способы быстрого снятия стресса, правила кормления ребенка грудью и др.);
 - 4) памятка-разъяснение, в которой опровергаются устоявшиеся мнения и стереотипы и утверждаются другие, основанные на более современных научных исследованиях;
 - 5) памятка-стимул, целью которой является стимулирование, мотивация человека раскрытие перспектив его деятельности и т.п. (например, сопоставление жизни с наркотиками и без них);
 - 6) памятка «вопрос - ответ».

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

4. ВД ЛГП разрабатываются коллегиально мультидисциплинарной командой, в состав которой входят:

- 1) разработчики - владельцы бизнес-процессов;
- 2) лица, согласующие проекты ВД - заинтересованные лица, имеющие отношение к бизнес-процессу;
- 3) органы имеющие права согласования и утверждения ВД согласно установленным правилами.

5. К внешним документам относятся:

- 1) входящая корреспонденция;
- 2) НПА: кодексы, указы, законы РК, постановления Правительства приказы Министра здравоохранения РК и других министерств, относящиеся к области деятельности ЛГП, нормативные документы по стандартизации (ГОСТы, СТ РК, СТО и др.).

Описание стандартных действий и/или операций.

Управление внутренними документами

1. Управление ВД включает следующие основные этапы:

- 1) инициация разработки ВД;
- 2) формирование рабочей группы по разработке ВД;
- 3) разработка ВД;
- 4) согласование проект ВД;
- 5) утверждение ВД;
- 6) идентификация ВД и хранение оригинала копий ВД;
- 7) распространение ВД;
- 8) пересмотр ВД;
- 9) постановка ВД на утрату сил.

10) Разработка ВД проводится в соответствии с потребностью:

- 1/ исполнения требований международных стандартов аккредитации; 1) исполнения требований нормативных правовых актов уполномоченных органов в области здравоохранения Республики Казахстан;

2/ стандартизации бизнес процессов для улучшения их качества.

11) Разработка ВД инициируется:


1/ по поручению лица/коллегиального органа, уполномоченного давать распоряжение по разработке ВД;

2/ владельцами процессов при выявлении необходимости улучшения качества процессов;

3/ специалистами ДМК при выявлении проблемных вопросов обеспечения качества бизнес-процессов.

12) Инициатором разработки:

1/ согласовывается состав рабочей группы по разработке ВД с заинтересованными структурными подразделениями, что документируется протокольным решением

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 7 из 15

заседания коллегиального органа о принятии данного решения или приказом ЛГП


- 2/ определяется срок разработки внутреннего документа;
- 3/ проводится мониторинг исполнения разработчиками поручения.
- 4/ Формирование рабочей группы по разработке проекта ВД:
 - разработчиками являются владельцы процессов;
 - количество разработчиков ВД определяется индивидуально (один, при необходимости - несколько человек, возможно участие специалистов разных структурных подразделений) в зависимости:
 - ✓ от сложности ВД;
 - ✓ от количества владеющих бизнес-процессом сотрудников;
 - ✓ от срока разработки ВД.

13) Основные этапы разработки ВД:


- 1/ поиск рекомендаций для включения во ВД проводится в национальных базах стандартов, нормативных и ненормативных правовых актах Республики Казахстан, международных доказательных базах;
- 2/ ситуационный анализ, который включает:
 - оценку бизнес-процесса (ресурсное обеспечение процесса); анализ требований международных стандартов, внедряемых в клиниках; анализ требований нормативных правовых актов, регулирующих процессы, относящиеся к области деятельности ГП;
- 3/ отбор рекомендаций для включения в проект ВД путем оценки: соответствия требованиям международных стандартов, внедряемых в клиниках; соответствия требованиям нормативных правовых актов, регулирующих процессы в области здравоохранения; достижение консенсуса разработчиков о включении рекомендации в проект ВД; соответствие рекомендаций достижению цели процесса.
- 4/ формирование проекта ВД с соблюдением следующих требований: составление акта, справки, письма, телефонограммы, записки (служебная, докладная, пояснительная, объяснительная) составляются согласно Правилам документирования и управления документацией ГП; составление СОП согласно Порядку разработки, согласования, утверждения и пересмотра стандартов операционных процедур .

15) Согласование проектов внутренних документов проводится в электронном формате посредством системы электронного документооборота, используемой в ГП


- руководителями заинтересованных структурных подразделений ГП в рамках компетенций;
- СППВЭ на соответствие требованиям национальных стандартов аккредитации.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 8 из 15

- 16) Лица, согласующие проекты ВД предоставляют замечания и предложения к проекту ВД с обоснованием.
- 17) Разработчики ВД:
1. вносят изменения в проекты ВД путем устранения и включения обоснованных замечаний и предложений согласующих лиц;
 2. информируют согласующих лиц в случаях непринятия их замечаний и предложений с обоснованием причины.
- 18) Утверждение ВД осуществляется согласно полномочиям в соответствии с требованиями Устава ЛПП.
- 19) После утверждения ВД Отдел методологии и стандартизации бизнес-процессов ДМК проводит идентификацию (кодирование) ВД, которые подлежат включению в «Классификатор внутренних нормативных документов и стандартов операционных процедур, относящихся к операционной деятельности»;
- 20) После утверждения ВД секретарь поликлиники, уполномоченного утверждать ВД:
1. обеспечивает хранение оригиналов, утвержденных ВД согласно «Правилам приема, хранения, учета и использования документов Национального архивного фонда и других документов в Архиве»;
 2. обеспечивают документированное распространение ВД до заинтересованных пользователей ВД в электронном варианте через информационные системы и размещения их в сетевом доступе.
- 21) ВД: правила политика регламент, СОП - подлежат идентификации (кодированию). Для идентификации используются следующие варианты кодировки:
1. ВД, за исключением СОП., где:
Код - аббревиатура названия раздела стандартов заглавными буквами; цифры - порядковый номер;
1 - версия(1 версия)
 2. СОПы кодируются в соответствии с СОП «Порядок разработки, согласования, утверждения и пересмотра стандартов операционных процедур в ЛПП.
- 22) Пересмотр ВД проводится в следующих случаях:
- правила, политика, регламент, СОП - в плановом порядке - 1 раз в 3 года и при появлении новых требований к бизнес-процессам с более высоким уровнем доказательности или новых требований национальных стандартов, НПА.
 - внутренние нормативные документов - согласно Правилам проведения правового мониторинга внутренних нормативных документов и приказов.
- 23) Владельцем процессов (ответственным лицом структурного подразделения) проводится 1 раз в год мониторинг состояния ВД , который включает в себя определение необходимости:
- ✓ разработки новых ВД;
 - ✓ пересмотра действующих ВД;
 - ✓ признание ВД утратившим силу.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 9 из 15

24. Результаты мониторинга состояния ВД документируются ответственным лицом структурного подразделения в «Листе учета периодических проверок».
- 25) При необходимости пересмотра ВД владельцами процессов:
- 1) инициируется служебная записка заинтересованным структурным подразделениям о предложении внесения изменений во ВД с приложением сравнительной таблицы с указанием действующей и предлагаемой редакции ВД и обоснованием предлагаемых изменений;
 - 2) после согласования с заинтересованными структурными подразделениями вносятся изменения во ВД;
 - 3) проект ВД с внесенными изменениями представляется на утверждение уполномоченным должностным лицам.
- 26) При необходимости признания ВД утратившим силу, владельцами процесса предоставляется пояснительная записка и проект решения о признании ВД утратившим силу уполномоченным органам для принятия решения.
- 27) Учет, распространение, хранение копий
- 1) При утверждении документа приказом Председателя Правления, оригинал документа (приказ и приложения) регистрируется и хранится в архиве.
Работник-инициатор:
 - 2) осуществляет рассылку документа через систему электронного документооборота причастным лицам согласно приказу;
 - 3) размещает электронную версию документа, исключая приказы, в сетевом доступе (Хранилище), выдача копий проводится в соответствии с Правилами по распорядительным документам;
 - 4) дополнительно распространение и ознакомление заинтересованных лиц с необходимыми пояснениями - посредством корпоративной почты.
- 28) Руководитель структурного подразделения или ответственный за делопроизводство работник подразделения при получении утвержденного документа, должен:
- 1) ознакомить всех работников подразделения с требованиями внутреннего нормативного документа с отметкой в Листе ознакомления;
 - 2) при трудоустройстве новый сотрудник должен ознакомиться с основными документами, связанными с его работой, поставив подпись в листе ознакомления каждого документа в течение первых 30 дней с момента трудоустройства, после заключения трудового договора ознакомление с остальными документами проводится в процессе работы;
 - 3) хранить внутренние нормативные документы в доступном для сотрудников месте (электронная версия располагается в папке Хранилище с общим к ней доступом),
 - 4) обеспечить выполнение требований внутренних нормативных документов.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 10 из 15

- 29) Ответственность за обучение требованиям и мониторинг исполнения внутреннего нормативного документа несет руководитель подразделения, к которому относится область действия документа.
- 30) Передача документации при увольнении или переводе на другую работу работников ЛПП осуществляется в соответствии с Главой 13 Правил документирования.
- 31) В случае необходимости бумажная копия документа подтверждается печатями «электрондық құжаттың көшірмесі» или «кешірге дұрыс».
- 32) Действующей копией документа на сервере считается отсканированный оригинал с подписями или файл в формате pdf, помещенный на сервер (Хранилище) ответственным работником, имеющим право доступа.
- 33) Для предотвращения непреднамеренного использования недействующей (отмененной) версии документа, ответственный работник изымает из оборота все копии документа, признанного утратившим силу, и уничтожает их.

Действие документа отменяется в зависимости от органа утверждения: приказ уполномоченного должностного лица.

34. Пересмотр внутренних нормативных документов

Пересмотр (правовой мониторинг, актуализация) внутренних нормативных документов проводится в соответствии с п.22 настоящего СОП:


- 1) в плановом порядке согласно срокам пересмотра:

№	Вид документа	Сроки пересмотра
1	памятка	1 раз в 3 года
2	правила	1 раз в 3 года
3	программа	1 раз в года
4	план	1 раз в год не позже 1 месяца до истечения срока действия
5	политика	1 раз в 3 года
6	руководство	1 раз в 3 года
7	стандарт операционная процедура	1 раз в 3 года
8	Положение о структурном подразделения	1 раз в 3 года
9	Должностная инструкция	1 раз в 3 года

2)внепланово:

- по инициативе структурного подразделения ;
- для улучшения системы менеджмента качества;
- при изменении рабочих процессов, ответственности работников, изменении внутренних или внешних нормативных документов.

- 35) Пересмотр документа осуществляется в следующем порядке:

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 11 из 15

1/ если наступил срок или другая необходимость пересмотра внутреннего нормативного документа, разработчик и/или руководитель структурного подразделения или специалист по курации раздела СППВЭ инициирует пересмотр путем информирования об этом разработчиков или др. заинтересованных лиц. Либо специалист по курации раздела СППВЭ самостоятельно инициирует внеплановый пересмотр;

2/ разработчик и/или руководитель структурного подразделения или специалист по курации раздела ДМК проводит правовой мониторинг документа на предмет актуальности описываемых процессов, ясность изложения, соответствия нормативным правовым актам и информирует специалиста по курации раздела СППВЭ (если ревизия проводилась не этим специалистом) о своей оценке документа;

3/ специалист по курации раздела СППВЭ принимает решение о продолжении действия документа без изменений, либо о продолжении действия документа с внесением изменений, либо изложения документа в новой редакции, признании распорядительного документа утратившим силу\.

38) В случае актуальности документа при плановом пересмотре:

1/ Разработчик и/или руководитель структурного подразделения, или специалист по курации раздела СППВЭ в Листе учета периодических проверок в оригинале документа в графе «предложения и замечания» указывает «замечаний нет, документ остается действующим», дату и подпись. Версия документа остается неизменной;

2/ Лицо, проводившее ревизию документа, вносит записи в Листе учета периодических проверок. Листе регистрации изменений и дополнений в оригинале документа, и в течение трех рабочих дней высылает документ с заполненным Листом учета периодических проверок. Листом регистрации изменений и дополнений в Отдел методологии и стандартизации бизнес-процессов ДМК, который в свою очередь размещает/заменяет актуальной версией документ в сетевом доступе (Хранилище)


39) Работник, ответственный за делопроизводство в структурном подразделении должен ознакомить работников с изменениями с заполнением нового Листа ознакомления.

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

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

42) Признание документа утратившим силу осуществляется в установленном порядке.


§ 2 Управление внешними документами

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 12 из 15

- 43) Управление входящей корреспонденцией, поступающей в ЛГП. проводится в соответствии с порядком обработки входящей корреспонденции согласно Правилам документирования.
- 44) Управление нормативными правовыми актами включает:
- ✓ Определение перечня каждым структурным подразделением перечня НПА, необходимым в работе структурного подразделения;
 - ✓ Самостоятельный поиск НПА в Информационно-правовой системе нормативных правовых актов Республики Казахстан «Одшет» либо обращения в ДПО для предоставления НПА в электронном виде из ИС «Параграф»;
 - ✓ Размещение на сервере (Хранилище) компьютерах электронный вариант - папка «НПА» - папка структурного подразделения;
 - ✓ Актуализация папки НПА структурного подразделения - не реже 1 раза в месяц, чаще - незамедлительно при поступлении информации о новом НПА.
- 45) Учет НПА, применяемых в деятельности структурных подразделений, производится ответственным работником структурного подразделения на основании электронных информационно-правовых систем.
- 46) Хранение внешних нормативных документов осуществляется:
- 1) в электронном виде на сервере (Хранилище) в папке «НПА», в которой созданы папки от каждого структурного подразделения в формате PDF, исключающем внесение изменений;
 - 2) в виде бумажной копии в структурном подразделении в папке согласно номенклатуре дел (при необходимости).
- 47) Мониторинг внешних нормативных документов (законодательной и нормативной правовой базы, регулирующей деятельность ЛГП) проводится ответственным специалистом структурного подразделения под контролем руководителя подразделения через справочные информационно-правовые системы.
- 48) Актуализация внешних нормативных документов (в случае изменения, признания утратившими силу, издания новых НПА):
- 1) проводится с участием работников программиста под контролем руководителя подразделения ежемесячно до 30/31 числа текущего месяца в электронном виде на сервере (Хранилище) Папка Поликлиника;
 - 2) ответственный специалист структурного подразделения под контролем руководителя подразделения в течение 5 рабочих дней распространяет информацию по электронной почте работникам своего подразделения и, если область действия НПА затрагивает другие подразделения - в заинтересованные структурные подразделения.
- 49) Изъятие признанных утратившими силу (отмененных) НПА проводит ответственный работник подразделения.

§ 3 Ответственность

- 50) Врач-эксперт несет ответственность за:

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 13 из 15

- 1) идентификацию внутренних нормативных документов (присвоение кода документа), за исключением СОП, и консультирование сотрудников по оформлению;
 - 2) инициирование разработки или пересмотра внутренних нормативных документов, относящихся к делопроизводству в ЛПП;
 - 3) оказание методической помощи сотрудникам по оформлению и содержанию внутренних нормативных документов.
- 51) Отдел гражданской защиты, безопасности и охраны труда несет ответственность за:
- 1) организацию разработки, актуализации, проверки, признание утратившими силу инструкций по ОТ и ТБ. пожарной безопасности. ГО и ЧС в порядке, установленном настоящими СОП;
 - 2) учет вышеуказанных инструкций.
- 52) Департамент эксплуатации медицинских изделий и газов несет ответственность:
- 1) за организацию разработки, актуализации, проверки, признание утратившими силу инструкций по эксплуатации оборудования в порядке, установленном настоящими Правилами;
 - 2) за наличие вышеуказанных инструкций.
- 53) Руководители подразделений несут ответственность за:
- организацию разработки или пересмотра внутренних нормативных документов в рамках компетенции подразделения согласно настоящему СОП;
 - актуализацию базы НПА, относящейся к деятельности подразделения;
 - обеспечение соблюдения работниками требований настоящего СОП, НПА и внутренних нормативных документов ЛПП
- 54) Работники ЛПП несут ответственность за:
- соблюдение требований всех нормативных документов, НПА, СОП;
 - сохранность находящихся в подразделении копий ВД, СОП.
- 55) За утрату документов, разглашение конфиденциальной информации и нарушение правил работы с документами работники ЛПП привлекаются к ответственности в соответствии с законодательством РК.


Документирование процедуры.

Документирование процесса управления документами осуществляется в соответствии с утвержденными ВНД.

Индикаторы эффективности выполнения СОП

- Название индикатора «Полнота исполнения СОП».
- Расчет индикатора:

Полнота исполнения СОП = число выполненных требований * 100/общее число требований.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 14 из 15

Целевое значение стремится к 100.

Организационные аспекты разработки СОП

Указание условий пересмотра СОП

Пересмотр СОП осуществляется 1 раз в 3 года и/или при появлении новых требований к Правилам управления внутренними документами.

Список использованной литературы

- ✓ Для разработки настоящего СОП использованы следующие источники:
- ✓ Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 07 июля 2020 года №360-VI;
- ✓ Постановление Правительства Республики Казахстан от 19 сентября 2018 года № 575 «Об утверждении Правил приема, хранения, учета и использования документов Национального архивного фонда и других архивных документов ведомственными и частными архивами»;
- ✓ Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 октября 2018 г. №703 «Об утверждении Правил документирования, управления документацией и использования систем электронного документооборота в государственных и негосударственных организациях».
- ✓ Приказ МЗРК от 26 ноября 2009 года №785 «Об утверждении Правил взаимодействия организации здравоохранения»

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



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

10 из 10

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокиев Г	мер.с	04.01.2024	[Signature]
2	Абдиева В.С	мер.сестра	04.01.2024	[Signature]
3	Тотайев А	мер.асист	04.01.2024	[Signature]
4	Хаттакулов	мер.сестра	04.01.2024	[Signature]
5	Ирметова Р	анестез	04.01.2024	[Signature]
6	Абдулкеримов О.И	мл.мед	04.01.2024	[Signature]
7	Умирова А.В	уч.м/с	04.01.2024	[Signature]
8	Жаракерова Р.Т	ст.мер.	04.01.2024	[Signature]
9	Султоналиев С.А	Технический	04.01.2024	[Signature]
10	Абдиева Г.Э	сиделка	04.01.2024	[Signature]
11	Абдурашидов М	стол.м/с	04.01.24	[Signature]
12	Оташева А.О	стоматолог	04.01.24	[Signature]
13	Торшбаева С.И	стом.зуб.врач	04.01.24	[Signature]
14	Мамнурова М.	стол.м/с	04.01.24	[Signature]
15	Арипов У	стол.м/с	04.01.24	[Signature]
16	Самиева А.А	стол.м/с	04.01.2024	[Signature]
17	Садрбаев В.И	стоматолог	04.01.2024	[Signature]
18	Шокиев Г.К	кзр м/с	04.01.2024	[Signature]
19	Климанов А.И	мер.сестра	04.01.2024	[Signature]
20	Ибрагимов Г.И	мл.мер	04.01.2024	[Signature]
21	Курманов Б.У	терапевт	04.01.2024	[Signature]
22	Алимова Р.В	мер.сестра	04.01.2024	[Signature]
23	Алиметова М	медсестра	04.01.2024	[Signature]
24	Рахмонов Ф	медсестра	04.01.2024	[Signature]
25	Ибрагимов И	анестез	04.01.2024	[Signature]
26	Шокиева С	м/с	04.01.24	[Signature]

