

ПРАВИЛА
управления внутренними документами

КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА

МИ.1-ПРВ.006.26

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 3 из 28

Оглавление

1. Назначение
2. Область применения
3. Термины, определения и сокращения
4. Ответственность
5. Ресурсы/оснащение
6. Описание
7. Документирование
8. Ссылки
9. Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 4 из 28

1. Назначение

Настоящие Правила определяют порядок управления внутренними и внешними нормативными документами, регламентирующими деятельность КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА (далее - БСМП) за исключением документов, составляющих коммерческую и служебную тайну.

2. Область применения

2.1. Правила распространяются на весь персонал и на все подразделения БСМП.

2.2. Настоящие Правила устанавливают требования к управлению внутренними и внешними нормативными документами (правила и процедуры) БСМП, включая:

- 1) разработку, пересмотр, согласование и утверждение всех внутренних нормативных документов авторизованным лицом перед их введением в действие;
- 2) частоту пересмотра и порядок внесения изменений в документы;
- 3) контроль и обеспечение действующей версией документа в местах его применения;
- 4) регистрацию изменений и статуса пересмотра документов;
- 5) идентификацию (присвоение кода) внутренних нормативных документов, читабельность и учет;
- 6) процесс применения внешних нормативных документов (документов, утвержденных вне больницы уполномоченными органами);
- 7) изъятие из оборота и отдельное хранение недействительных (устаревших, отмененных) нормативных документов для предотвращения их непреднамеренного использования;
- 8) идентификация и учет всех используемых документов.

2.3. Все приказы, правила, СОПы, планы, руководства, стандарты и иные нормативные документы, которые стандартизуют и определяют рабочие процессы, должны быть полностью внедрены путем:

- доступа персонала ко всем необходимым нормативным документам;
- обучения персонала необходимым нормативным документам;
- проведения аудитов (проверок) исполнения нормативных документов;
- принятия усилий для полного внедрения нормативных документов.

3. Термины, определения, сокращения

3.1 Термины

Термины и определения, применяемые в настоящих правилах, соответствуют ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

3.2 Определения

В настоящих Правилах применяются следующие определения:

Внутренний нормативный документ – нормативный документ, разработанный в БСМП и утвержденный ее руководством.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 5 из 28

Внешний нормативный документ – нормативный правовой акт или нормативный документ, разработанный и утвержденный сторонней организацией и применяемый в деятельности больницы.

Документация системы менеджмента качества – комплект документов, необходимых для надлежащего функционирования системы менеджмента.

Должностная инструкция – внутренний документ, предназначенный для определения круга обязанностей и полномочий работника и установления ответственности за осуществление определенного вида деятельности.

Код документа (идентификационный номер) – номер действующего документа, указывающий его место в единой системе классификации действующих документов на текущий момент времени.

Инструкция – нормативный документ, детализирующий применение законодательства Республики Казахстан или локальных актов больницы в какой-либо сфере.

Кодекс – внутренний нормативный документ БСМП, в котором объединены и систематизированы нормы, регулирующие определенные отношения.

Копия – копия действующего документа, выполненная с оригинала документа.

Нормативный документ, нормативный правовой акт – документ, устанавливающий нормы, правила, характеристики, принципы, касающиеся различных видов деятельности по стандартизации или ее результатов.

Политика – заявление декларативного характера, общие намерения и направления деятельности организации в различных областях (качества, финансов и т.д.), официально сформулированные высшим руководством.

Положение - нормативный документ, определяющий статус и полномочия какого-либо структурного подразделения больницы, комиссии, рабочей группы.

Правила - нормативный документ, определяющий порядок организации и осуществления какого-либо вида деятельности.

Приказ, распоряжение – организационно-распорядительные акты руководства больницы, издаваемые в целях оформления решений руководства БСМП по основной деятельности или по личному составу, текущим и оперативным вопросам деятельности больницы.

Программа - нормативный документ, определяющий масштабные (общепольничные), долгосрочные мероприятия с целью достижения поставленных задач либо поддержания процессов в определенной области.

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.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих операций, преобразующих вход в выход.

Регламент - нормативный документ, регулирующий внутренний порядок деятельности БСМП по каким-либо вопросам.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 6 из 28

Руководство – это совокупность правил, определяющих порядок деятельности организации, устанавливающий требования к ряду процессов одной определенной области.

Руководство по качеству – внутренний документ, определяющий и описывающий систему менеджмента качества (СМК).

Стандартная операционная процедура (СОП) – подробная письменная инструкция, касающаяся стандартных действий и/или операций, выполняемых специалистом в организации.

Управление документами – комплекс работ по анализу документов на адекватность, учет и поддержание в рабочем состоянии, распространение и доведение до сведения заинтересованных лиц.

3.3. Сокращения

В настоящих Правилах применяются следующие сокращения:

3.3.1. БСМП – больница скорой медицинской помощи

3.3.2. СМК – система менеджмента качества

3.3.3. ОМКУР - Отдел менеджмента качества и управления рисками

3.3.4. ИН – инструкция

3.3.5. КС – кодекс

3.3.6. ПМ – памятка

3.3.7. ПТ - политика

3.3.8. ПРГ – программа

3.3.9. ПРВ – правила

3.3.10. ПП – положение

3.3.11. РГ – регламент

3.3.12. Рк – руководство

3.3.13. СОП – стандартная операционная процедура

3.3.14. СТ – стандарт организации

3.3.15. СТ РК – государственный стандарт РК

3.3.16. РК – Республика Казахстан

3.3.17. JCI – Joint Commission International (Международная объединенная комиссия).

3.3.18. ГОСТ – межгосударственный стандарт

4. Ответственность

4.1. Представитель руководства по качеству – Начальник Отделом менеджмента качества и управления рисками (ОМКУР) несет ответственность за:

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

4.2. Специалист системы менеджмента качества (СМК) несет ответственность за:

- идентификацию внутренних нормативных документов (присвоение кода документа) и консультирование сотрудников по оформлению;

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 7 из 28

-инициирование разработки или пересмотра внутренних нормативных документов;

-оказание методической помощи сотрудникам по оформлению и содержанию внутренних нормативных документов.

4.3. Корпоративный секретарь несет ответственность за:

- хранение оригиналов внутренних нормативных документов, утвержденных решением Наблюдательного совета и решением руководства больницы;

- предоставление одной копии указанных документов для принятия решения о дальнейшем распространении через Канцелярию;

- помещение электронной версии вышеуказанных документов на сервер БСМП.

4.4. Юрист несет ответственность за:

- управление внешними нормативными документами;

- хранение оригиналов, распространение и учет копий внутренних нормативных документов, утвержденных решением руководства больницы;

-помещение электронной версии вышеуказанных документов на сервер больницы.

4.5. Канцелярия (делопроизводство и развитие государственного языка) несет ответственность за:

- хранение оригиналов, распространение и учет копий внутренних нормативных документов, утвержденных приказом первого руководителя;

- помещение электронной версии вышеуказанных документов на сервер больницы.

4.6. Служба безопасности 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.

4.7. Технический отдел несет ответственность за:

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

- учет вышеуказанных инструкций.

4.8. Руководители подразделений несут ответственность за:

- организацию разработки, актуализации, проверки или пересмотра внутренних нормативных документов в рамках компетенции подразделения согласно настоящим Правилам;

- обеспечение соблюдения работниками требований настоящих Правил и других нормативных документов БСМП.

4.9. Работники больницы несут ответственность за:

-соблюдение требований всех нормативных документов больницы;

- сохранность находящихся в подразделении копий нормативных документов;

- **неразглашение конфиденциальной информации.**

4.10. При подписании трудового договора, работник подписывает «Обязательство о неразглашении конфиденциальной информации».

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 8 из 28

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

5. Ресурсы/оснащение

5.1. Сводный список документов и форм (единый реестр) внутренних документов Больницы - СМК-СС.1.XX, где XX – текущий год.

5.2. Сервер Больницы – Система менеджмента качества (//Serverproxy1).

5.3. Форма учета выдачи копий (Канцелярией).

6. Описание

6.1. Общие положения

6.1.1. В БСМП поощряется коллективная разработка внутренних нормативных документов в составе мультидисциплинарных команд.

6.1.2. Конфликты, возникающие при разработке документа, разрешаются курирующим членом руководства, либо совместно с членами Наблюдательного Совета.

6.1.3. Определены два вида нормативных документов:

-внешние нормативные документы – это документы, созданные вне больницы. Например, законы РК, постановления Правительства, приказы уполномоченных государственных органов, нормативные документы по стандартизации, сопроводительная документация на оборудование и т.д.

-внутренние нормативные документы - это документы, разработанные и утвержденные в БСМП для организации работы.

6.2. В БСМП определены три уровня защиты и доступа к информации:

6.2.1. **Конфиденциальный** – к данному уровню относится коммерческая и служебная тайна, ограничения на распространение которой, введены СМК-ПРВ.002.19 Правилами по обеспечению сохранности коммерческой и служебной тайны БСМП г. Семей. Также сюда относятся медицинские карты пациентов. Распространение сведений из медицинской карты пациента для лиц, не оказывающих лечение, уход или аудит, допускается с устного разрешения пациента, если для публикации - то с письменного разрешения пациента.

6.2.2. **Ограниченный** – к данному уровню относится информация, не отнесенная к категории «конфиденциальная», разглашение которой может потенциально нанести ущерб интересам БСМП. 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.

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

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 9 из 28

6.3. Управление внутренними нормативными документами (см. блок-схему в Приложении 5) включает этапы:

- 6.3. 1. разработка, оформление и идентификация документа;
- 6.3. 2. согласование и утверждение документа;
- 6.3. 3. регистрация, учет копий и распространение документа;
- 6.3. 4. хранение оригинала и копий документа;
- 6.3. 5. пересмотр документа;
- 6.3. 6. переиздание, отмена (аннулирование) и уничтожение документа.

6.4. Типы внутренних нормативных документов в больнице:

6.4. 1. ИН – инструкция, в том числе инструкции по охране труда, по эксплуатации оборудования. Пример: СМК-ИН.1.19 Порядок ведения делопроизводства.

6.4. 2. КС – кодекс. Пример: Этический кодекс.

6.4. 3. Рк – руководства. Пример: Руководство по мытью рук.

6.4. 4. ПТ – политика. Пример: Кадровая политика. Информационная политика.

6.4. 5. ПРГ – программа. Пример: СМК-ПРГ.01.19 Программа по улучшению качества и безопасности пациентов.

6.4. 6. ПРВ – правила. Пример: СМК-ПРВ.001.16. Правила трудового распорядка БСМП г. Семей.

6.4. 7. ПП – положение. Пример: Положение об Отделении лучевой диагностики.

6.4. 8. СОП - стандартная операционная процедура (синонимы – алгоритм, порядок, техника).

6.4. 9. Протоколы лечения и диагностики. (XXX-УУ), где XXX – это номер подразделения Больницы по списку кодов подразделений, УУ – порядковый номер в пределах подразделения).

6.4. 10. ДП – документированная процедура

6.4. 11. ДИ – должностная инструкция

6.4.12. РГ – регламент

6.4.13. ПМ – памятка.

6.5. Разработка, согласование и утверждение внутренних нормативных документов

6.5.1. Проекты внутренних нормативных документов разрабатываются работниками БСМП по собственной инициативе, либо по поручению заместителя директора, курирующего руководителя, ПРК или специалиста по СМК и других согласно шаблонам оформления внутренних документов (содержание оглавления документа - согласно Приложению 4).

6.5.2. Работник БСМП, назначенный ответственным за разработку внутреннего нормативного документа (далее разработчик):

- разрабатывает проект (текст) нормативного документа;
- запрашивает код документа у менеджера СМК и оформляет согласно разделу 8 настоящих Правил;
- согласовывает проект документа, устраняет замечания и вносит изменения;

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 10 из 28

-подает согласованный проект документа на утверждение.

6.5.3. 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.

6.5.4. Проекты внутренних документов согласовываются путем визирования (сбора подписей) на титульном листе следующих лиц:

- 1) Заместителей директора;
- 2) Заведующего Отделом менеджмента качества и безопасности пациентов который проверяет проект документа на соответствие требованиям национальных стандартов аккредитации, международных стандартов JCI;
- 3) Специалиста по СМК, который проверяет проект документа на соответствие требованиям стандартов СТ РК ИСО 9001-2016;
- 2) Руководителей заинтересованных структурных подразделений БСМП проверяют проект документа на соответствие рабочим процессам в рамках компетенции;
- 3) Представителя от руководства, курирующего заинтересованное структурное подразделение БСМП, который проверяет проект документа в рамках компетенции.

6.5.5. 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.

6.5.6. Разработчик устраняет все обоснованные замечания и согласовывает его с руководителями заинтересованных структурных подразделений БСМП путем визирования (сбора подписей) на титульном листе.

6.5.7. Внутренние нормативные документы утверждаются согласно Сводному списку внутренних нормативных документов БСМП одним из нижеуказанных путей:

- приказом директора;
- директором;
- решением совещания (заседания) высшего руководства;
- решением Совета по качеству;
- решением Наблюдательного Совета.

6.6. Оформление и идентификация внутренних нормативных документов

6.6.1. Оформление внутренних нормативных документов осуществляется с соблюдением требований документирования и управления документацией - СМК-ДП.7.5.19 Документированная информация, СМК-ДП.7.5.3.19 Управление документированной информацией.

6.6.2. Оформление титульного листа осуществляется по форме согласно Приложению 1.

6.6.3. Рекомендации по содержанию документов изложены в Приложении 4.

6.6.4. Идентификация внутренних нормативных документов осуществляется в виде кода документа XXXX-YYY.ууу.ZZZZ, где:

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 11 из 28

XXXX (XX или XXX) –принадлежность к стандарту (СМК, МЦБП, Рк, ПП);

YYY (или YY) - тип документа (см. п. 6.4);

ууу – порядковый номер документа в пределах вида документа;

ZZZZ (или ZZ)– год ввода документа.

Пример: **СМК-ПРВ.006.19**

6.6.5. 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 выпуска.

6.6.6. В верхнем колонтитуле слева указывается название организации (может быть помещен логотип). Посередине указывается тип документа.

6.6.7. В конце документа составляется Лист регистрации изменений и дополнений (Приложение 2) и Лист ознакомления (Приложение 3).

6.7. Учет, распространение, хранение копий

6.7.1. При утверждении документа приказом директора, 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 штамп «копия верна» и выдает причастным лицам под роспись в листе рассылки;
- помещает электронную версию документа на сервер больницы.

6.7.2. При утверждении документа решением заседания высшего руководства, секретарь хранит оригинал документа и:

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

6.7.3. При утверждении документа решением Наблюдательного Совета, корпоративный секретарь хранит оригинал документа и:

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

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

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 12 из 28

6.7.5. Ответственность за обучение требованиям внутреннего нормативного документа несет заведующий подразделением.

6.7.6 Передача документации при увольнении или переводе на другую работу работников больницы осуществляется в соответствии с требованиями документированных процедур - СМК-ДП.7.5.19 Документированная информация, СМК-ДП.7.5.3.19 Управление документированной информацией.

6.7.7. Верной бумажной копией документа считается та копия, на которой стоит штамп «Копия верна».

6.7.8. Верной электронной копией на сервере считается отсканированный оригинал с подписями или документ в формате pdf.

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

6.7.10. Копии изъятых документов уничтожаются Канцелярией согласно Положению об архиве.

6.7.11. Оригинал отмененного документа хранится в Канцелярии в течение времени согласно Положению об архиве. На оригинале отмененного документа ставится надпись «Признан утратившим силу, согласно _____ № ____ от _____ 20__ г.» и подпись работника Канцелярии.

6.7.12. Копия отмененного документа может храниться в отделе СМК в справочных целях, в этих случаях на них ставится надпись «Признан утратившим силу» дата и подпись работника Канцелярии.

6.7.13. Контроль за тем, что доступны только текущие, действующие версии документов, утвержденных директором, осуществляется Канцелярией; документов, утвержденных решением заседаний руководства, осуществляется юристами; утвержденных решением Наблюдательного Совета, осуществляется Корпоративным секретарем.

6.8. Пересмотр и переиздание внутренних нормативных документов

6.8.1. 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 (ИН)	1 раз в 3 года
3.	Кодекс (КС)	1 раз в 3 года
4.	Памятка (ПМ)	1 раз в 3 года
5.	Правила (ПРВ)	1 раз в 3 года
6.	Положение (ПП)	1 раз в 3 года
7.	Программа (ПРГ)	1 раз в 3 года
8.	Политика (ПТ)	1 раз в 3 года
9.	Руководство (Рк)	1 раз в 3 года
10.	Стандарт операционных процедур (СОП)	1 раз в 3 года
11.	Положение о структурном подразделении	1 раз в 5 лет

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 13 из 28

	(ПП)	
12.	Должностная инструкция (ДИ)	1 раз в 3 года
13.	Инструкция по охране труда	1 раз в 5 лет
14.	Инструкция по эксплуатации оборудования	1 раз в 5 лет
15.	Регламент (РГ)	1 раз в 5 лет

Либо внепланово по инициативе работника больницы:

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

6.8.2. Пересмотр документа осуществляется в следующем порядке:

- если пришел срок пересмотра внутреннего нормативного документа, специалист по СМК инициирует пересмотр путем информирования об этом разработчиков, указанных в титульном листе документа или других лиц. Либо работник самостоятельно инициирует внеплановый пересмотр;
- разработчик пересматривает документ на актуальность описываемых процессов, ясность изложения, соответствие нормативным документам и информирует специалиста по СМК о своей оценке документа;
- ОМКУР или специалист по СМК принимает решение о продолжении действия документа без изменений, либо о продолжении действия документа с внесением изменений, либо переиздание документа в новой версии, либо отмене документа.

6.8.3. При отсутствии предложений и замечаний к документу при плановом пересмотре:

- разработчик, ОМКУР, специалист по СМК в оригинале документа пишет «замечаний нет, документ остается в силе», дату и подпись. Ранее выданная копия документа остается у пользователей.

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

- разработчик или специалист по СМК в оригинале документа вкратце пишет о замечаниях. Например, «найдена опечатка на стр. х»;
- разработчик или специалист по СМК в Листе регистрации изменений детально записывает изменения. Например, «в пункте таком-то допущена ошибка, 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 регистрации изменений;
- ответственный за делопроизводство работник подразделения должен заменить вышеуказанные листы и ознакомить работников подразделения с заполнением нового Листа ознакомления.

6.8.5. 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.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 14 из 28

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

6.8.7. Отмена (аннулирование) документа осуществляется в порядке утверждения документа: приказом директора либо решением заседания руководства, решением Совета по качеству либо решением Наблюдательного Совета.

6.8.8. Копии отмененных (недействующих, устаревших) документов изымаются из обращения Канцелярией согласно п. 9.9. и 9.10.

6.9. Управление внешними нормативными документами

6.9.1. Управление внешними нормативными документами включает:

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

6.9.2. Учет внешних нормативных документов, применяемых в деятельности больницы, производится ответственным работником – юристом – в Перечне внешних нормативных документов с указанием:

- названия внешнего нормативного документа;
- сведений об утверждении внешнего нормативного документа;
- подразделений / должностей, чью деятельность регулирует документ и кому выдается копия документа;
- подписи и даты о получении работником копии документа;
- подпись юриста.

6.9.3. Хранение внешних нормативных документов осуществляется:

- в электронном виде на сервере больницы в папке «НПА» в формате PDF, исключающем внесение изменений;
- на усмотрение пользователя в бумажном виде на рабочем месте.

6.9.4. Мониторинг внешних нормативных документов (законодательной и нормативной правовой базы, регулирующей деятельность) проводится юристом через справочные юридические системы (сайт <http://online.zakon.kz>).

6.9.5. Актуализация внешних нормативных документов проводится юристом 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.

6.9.6. Изъятие недействующих (отмененных) внешних нормативных документов и их уничтожение проводит юрист.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 15 из 28

7. Документирование

7.1. Сводный список (единый реестр) внутренних документов Больницы (Сервер СМК - //Serverproxy1/Система менеджмента качества/ Сводный список документов и форм СМК_20XX, где XX – две последние цифры текущего года).

7.2. Приказы об утверждении внутренних документов Больницы.

7.3. В настоящих Правилах утверждены следующие приложения:

7.3.1. Приложение 1. Форма титульного листа документа

7.3.2. Приложение 2. Лист регистрации изменений

7.3.3. Приложение 3. Лист ознакомления

7.3.4. Приложение 4. Содержание внутренних нормативных документов

7.3.5. Приложение 5. Блок-схема управления нормативными документами

7.3.6. Приложение 6. ЛИСТ УЧЕТА ПЕРИОДИЧЕСКИХ ПРОВЕРОК

ДОКУМЕНТОВ

7.3.7. Приложение 7. ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ

8. Нормативные ссылки

8.1. ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

8.2. СТ РК ИСО 9001-2016 Системы менеджмента качества. Требования.

8.3. Постановление «Об утверждении правил документирования» №703 от 31.10.2018г.

8.4. Положение о Наблюдательном Совете.

8.5. Положение об администрации (высшем руководстве).

8.6. СМК0-ДП.7.5.3.19 Управление документированной информацией.

8.7. Положение об Архиве.

8.8. СМК-ПРВ.002.19. Правила по обеспечению сохранности коммерческой и служебной тайны БСМП г. Семей.

8.9. Сводный список документов и форм СМК на текущий год (единый реестр внутренних документов) Больницы (Система менеджмента качества. Сервер СМК - \\Serverproxy1/) (М:).

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 16 из 28

Приложение 1

Форма титульного листа документа (пример)

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА			
Код:	СМК-ПРГ.01.XX		
Название документа:	Программа по улучшению качества и безопасности пациентов		
Утвержден:	Решением Наблюдательного Совета Протокол № ____ от _____ 20XX г.		
Разработчик:	Должность	ФИО	Подпись
Согласовано:			
Дата согласования:	00.00.20XX г.		
Ответственный за исполнение:			
Дата введения в действие:	00.00.20XX г.		
Версия №1 от 00.00.20XX г.		Копия № ____ / ____ / подпись ФИО	

Город, год

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 17 из 28

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 18 из 28

Приложение 2

Образец
Лист регистрации изменений

Раздел			Документ об утверждении, номер, название	Дата утверждения изменений	ФИО
№ версии	Номер, название раздела	Номер пункта			
1	2	3	4	5	6

Или

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения
1	2	3	4

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 19 из 28

Приложение 3

Образец

Лист ознакомления

№	ФИО	Должность	Дата	Подпись

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 20 из 28

Приложение 4

Содержание внутренних нормативных документов (рекомендательный характер)

Кодекс

Цель

Общие положения

Область применения

Ответственность

Ссылки

Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Регламент

Раздел 1. Порядок работы с документами

Глава 1. Общие положения

Глава 2. Порядок работы руководства больницы

Глава 3. Рассмотрение обращений и приема граждан

Глава 4. Организация работы с документами

Раздел 2. Представление и защита интересов БСМП, работа с исками и претензиями

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

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

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

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Программа

(Введение)

Цель и задачи

Область применения

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 21 из 28

Термины, определения и сокращения

Ответственность и полномочия

Описание

Документация

Нормативные ссылки

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Правила

Назначение

Область применения

Термины, определения и сокращения

Ответственность

Ресурсы/оснащение

Описание

Документирование

Ссылки

Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Положение о подразделении (комиссии, совете и т.д.)

Общие положения

Основные задачи

Организационная структура

Функциональные обязанности

Права

Ответственность

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Должностная инструкция

Общие положения

Квалификационные требования

Обязанности

Права

Ответственность

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Политика

Общие положения

Цель, задачи и основные принципы

Ценности

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 22 из 28

Базовые направления

Заключительные положения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

СОП

1. Цели:
2. Область применения:
3. Ответственность:
4. Определение:
5. Ресурсы/оснащение:
6. Безопасность: (для клинических СОП - для медперсонала или для пациента)
7. Документирование:
8. Процедура:
 - 8.1 Требования к медицинским работникам
 - 8.2 Описание стандартных действий
9. Ссылки:
10. Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

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

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Инструкция по эксплуатации оборудования

Цель

Область применения

Ответственность

Предназначение

Порядок работы

Дезинфекция (согласно Руководству по эксплуатации завода-изготовителя)

Меры предосторожности/ примечания

Ссылки

Приложения

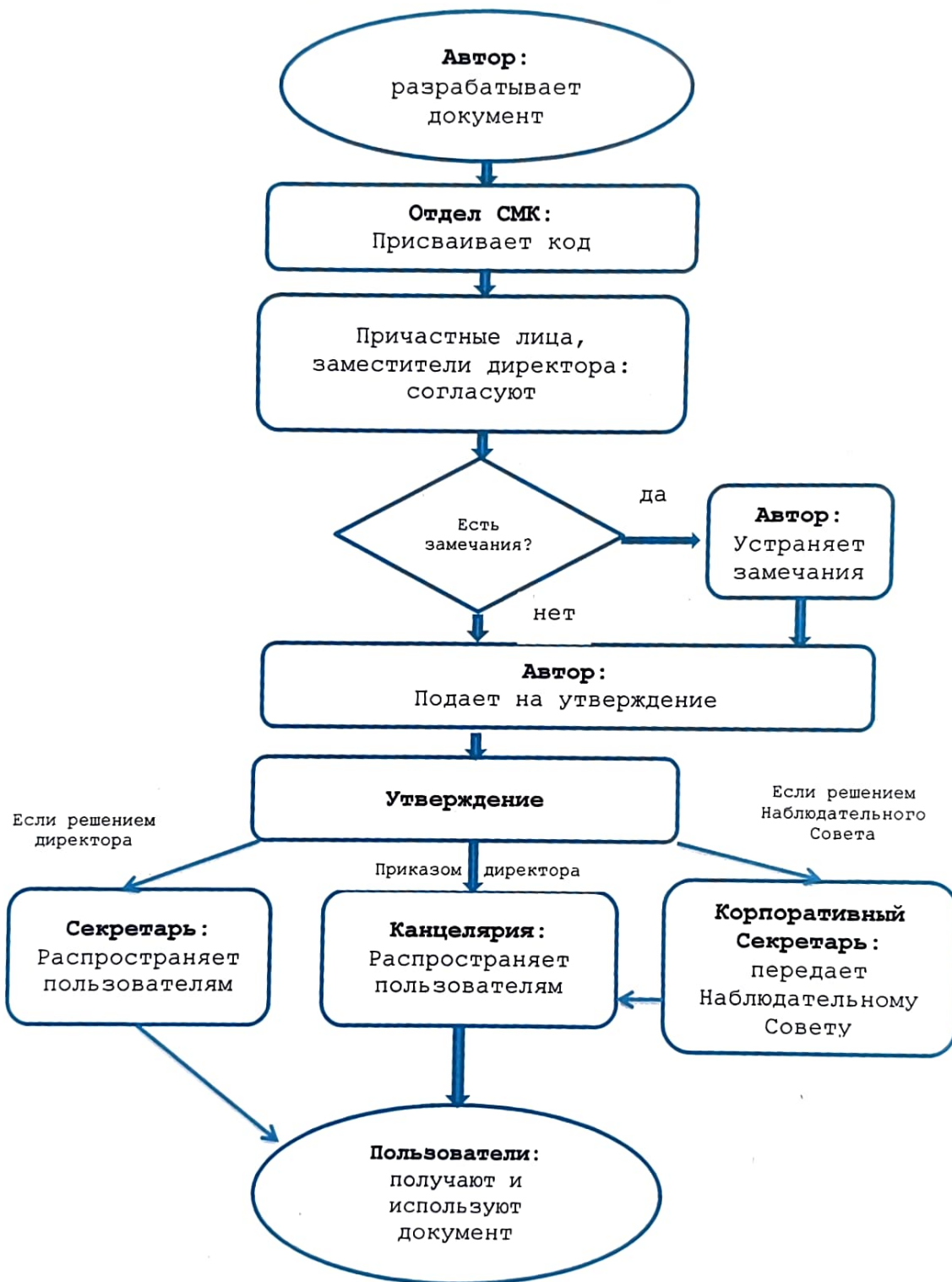
Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 23 из 28

Приложение 5

Блок-схема управления нормативными документами



КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА управления внутренними документами	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 24 из 28

Условные обозначения:

Автор – разработчик документа (ответственное лицо или группа лиц)

СМК – Система менеджмента качества

Канцелярия – отдел делопроизводства и развития языка

Секретарь – сотрудник, назначенный секретарем заседаний высшего руководства

Корпоративный секретарь – сотрудник, назначенный секретарем заседаний

Наблюдательного Совета

Пользователи – сотрудники, работы которых касается документ

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура	Код: МИ.1-ПРВ.006.26
	ПРАВИЛА	Версия: 3 от 06.01.2026
	управления внутренними документами	Страница 27 из 28

Лист регистрации изменений

[illegible]

