



ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ПЕРСОНАЛА
ПРОЦЕДУРА




ПРОЦЕДУРА
УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

Копия	Срок действия документа: с 05.12.2017г	Статус:	Код	Издание
	до замены новым	<u>Действующий</u> Устаревший	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	второе

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 3 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

ОГЛАВЛЕНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	5
4. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	5
5. СТРУКТУРА ДОКУМЕНТАЦИИ.....	6
6. ВХОДЫ, ВЫХОДЫ И РЕСУРСЫ ПРОЦЕССА	6
7. РАЗРАБОТКА ДОКУМЕНТАЦИИ.....	7
8. ОФОРМЛЕНИЕ ВНД.....	8
9. ОФОРМЛЕНИЕ ТЕКСТА ВНД.....	9
10. СОГЛАСОВАНИЕ ПРОЕКТА ВНД.....	11
11. ВНЕДРЕНИЕ ВНД	12
12. УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ	13
13. ОТМЕНА ВНД.....	14
14. УПРАВЛЕНИЕ ВНЕШНИМИ НОРМАТИВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ	14
15. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.....	15
16. УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ПРОЦЕССЕ УПРАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	16
17. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА	19
18. УПРАВЛЕНИЕ УЛУЧШЕНИЯМИ И ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРОЦЕССА	19
ПРИЛОЖЕНИЕ А. КОДИРОВАНИЕ/ОФОРМЛЕНИЕ КОЛОНТИТУЛОВ ФОРМ ВНУТРЕННИХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ.....	20
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. БЛОК-СХЕМА ПРОЦЕССА «УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ»	22
ПРИЛОЖЕНИЕ В. ИНСТРУКЦИЯ ПО СОСТАВЛЕНИЮ БЛОК-СХЕМЫ В ФОРМАТЕ MICROSOFT WORD.....	23
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. ШАБЛОН ПО ОФОРМЛЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО НОРМАТИВНОГО ДОКУМЕНТА СМК.....	24
19. ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	30
20. ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	31

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 4 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая процедура «Управление документацией» (далее – Процедура) устанавливает структуру и состав документации системы менеджмента качества (далее – СМК) в Негосударственном учреждении образования «Казахстанско-Российский медицинский университет» (далее – Университет), а также единый порядок ее разработки, согласования, утверждения, учета, рассылки, хранения, изменения и ответственных исполнителей этих работ.
2. Целью процедуры является обеспечение рационального управления документацией СМК и использование ее актуальных версий.
3. Все работы по процедуре контролирует ответственный по качеству (далее – ОтК).
4. Процедура обязательна для исполнения всеми работниками Университета, участвующими в процессах разработки внутренних нормативных документов (далее – ВНД).
5. Для наглядности в Приложение Б представлена блок-схема процесса «Управление документацией».
6. Процедура является ВНД Университета и не подлежит представлению другим сторонам, кроме аудиторов сертификационных органов при проведении проверок качества, а также потребителям-партнерам (по их требованию) с разрешения Ректора Университета.


2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

7. Процедура разработана с учетом требований следующих нормативных документов:

МС ИСО 9000:2015	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
МС ИСО 9001:2015	Системы менеджмента качества. Требования;
СТ РК 1157-2002	Образование высшее профессиональное; Системы менеджмента качества организации образования;
Приказ Министра культуры и спорта Республики Казахстан от 22 декабря 2014 года № 144	Типовые правила документирования и управления документацией в государственных и негосударственных организациях.

8. Настоящая процедура вводит в действие следующие формы:

Ф КазРосмедуниверситет 0401-01-17	План по разработке и актуализации внутренних нормативных документов
Ф КазРосмедуниверситет 0401-02-17	Приказ о внедрении внутреннего нормативного документа.
Ф КазРосмедуниверситет 0401-03-17	Перечень внутренних нормативных документов
Ф КазРосмедуниверситет 0401-04-17	План работ структурных подразделений
Ф КазРосмедуниверситет 0401-05-17	Отчет о работе структурного подразделения
Ф КазРосмедуниверситет 0401-06-17	Журнал регистрации подлинников
Ф КазРосмедуниверситет 0401-07-17	Журнал учета копий документации
Ф КазРосмедуниверситет 0401-08-17	Журнал ознакомления
Ф КазРосмедуниверситет 0401-09-17	Контрольный перечень внешних нормативных документов

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 5 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Внутренний нормативный документ	Нормативный документ, разработанный в Университете и утвержденный приказом ректора.
Документация системы менеджмента	комплект документов, необходимых для надлежащего функционирования системы менеджмента и подтверждения результативности функционирования системы менеджмента.
Документирование	процесс целенаправленного создания и поддержания в рабочем состоянии документации системы менеджмента.
Кодирование документа	присвоение идентификационного номера документу.
Копия	документ, идентичный с подлинником, предназначенный для непосредственного использования при разработке, производстве, испытаниях и т.д. продукции.
Подлинник документа	экземпляр документа, оформленный подлинными подписями, имеющий подлинные реквизиты согласования и утверждения (печать — при необходимости, подпись, дату, регистрационный номер), пригодный для размножения.
Процедура	нормативный документ, разработанный в развитие Руководства, устанавливающий порядок действий, которые должны быть выполнены для обеспечения выполнения какого-либо процесса, действующего в Университете.
Согласователь	лицо, с которым согласовывается документ.
Управление документами	комплекс работ по анализу документов на адекватность, учету и поддержанию в рабочем состоянии, распространению и доведению до сведения заинтересованных лиц.
Университет	Негосударственное учреждение образования «Казахстанско-Российский медицинский университет».
Форма	определяет своей структурой требования по формату и составу реквизитов, образующих документ или запись.

4. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ВНД	Внутренние нормативные документы;
ВшНД	Внешний нормативный документ;
ИСО	Международная организация по стандартизации;
ИПС	Информационно-правовую систему;
МС	Международный стандарт;
ОтК	Ответственный по качеству;
ОСМКП	Отдел системы менеджмента качества персонала;
ПРК	Представитель руководства по качеству;
РСП	Руководитель структурного подразделения;
Руководство	Ректор Университета;
СЗ	Служебная записка;
СМК	Система менеджмента качества;
СПБ	система профессиональной безопасности;
СП	Структурное подразделение.

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 6 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

5. СТРУКТУРА ДОКУМЕНТАЦИИ


Структура документов университета состоит из пяти уровней, включая базовый уровень:

Уровни	Наименование документов
Первый уровень	- Политика и цели в области качества;
	- Стратегический план развития Университета;
	- Руководство по качеству.
Второй уровень	- процедуры управления процессами СМК, необходимые университету для планирования, осуществления процессов и управления ими (концепции, программы, карты взаимодействия, карты процессов).
Третий уровень	- документы по планированию (операционные планы деятельности по направлениям); - организационно – нормативные и методические документы (организационная структура, положения о структурных подразделениях и должностные инструкции, положения о видах деятельности, правила (порядок), регламенты, инструкции и др.); - формы, шаблоны, бланки писем и приказов.
Четвертый уровень	Записи, т.е. документы, содержащие достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности и необходимые для гарантии эффективной работы и управления процессами: <ul style="list-style-type: none"> • Решения, протоколы, акты, отчеты, рабочие журналы, списки; • Ведомости, протоколы обучения, повышения квалификации; • Заполненные чек-листы аудиторов; Протоколы несоответствий внутренних аудитов; • Жалобы и претензии обучающихся и их родителей; • Служебные письма; служебные записки; • Записи о выполнении планов, отчеты о выполнении планов; • Контрольные перечни нормативных документов; • Номенклатура дел; • Экспертные заключения на научные работы; рецензии на учебные издания; • Заполненные формы, журналы, шаблоны и бланки, перечни и т.п.
Пятый – базовый уровень	Внешние нормативные (правовые, нормативные и технические) документы, устанавливающие требования к продукции, услуге или деятельности. К ним относятся Указы Президента РК, Законы, Кодексы Республики Казахстан, Постановления Правительства РК, международные и национальные стандарты серии ИСО, приказы, распоряжения, инструктивные письма Министерства образования и науки РК, Министерства здравоохранения РК, государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования, правила безопасности, санитарные нормы и другие нормативные правовые акты, а также информационные документы (документы, издания, материалы, которые не устанавливают обязательных требований у услугам высших медицинских образовательных учреждений, но используются при их предоставлении в качестве справочных).

6. ВХОДЫ, ВЫХОДЫ И РЕСУРСЫ ПРОЦЕССА

9. Входы процесса предоставляют следующие поставщики:

Поставщик процесса	Вход (документ, продукт)
Руководство,	Поручение, приказ/распоряжение, служебная записка,

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 7 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

Поставщик процесса	Вход (документ, продукт)
руководители структурных подразделений (далее – РСП)	протокольное решение, План по разработке и актуализации внутренних нормативных документов (Ф КазРосмедуниверситет 0401-01-17)
Работники структурных подразделений (далее – СП)	План по разработке и актуализации внутренних нормативных документов
Государственные органы, сторонние организации	Нормативные правовые акты, нормативные документы и изменения к ним

10. Выходы процесса получают следующие потребители:

Потребитель процесса	Выход (документ, продукт)
Работники СП	Приказ о внедрении ВНД (Ф КазРосмедуниверситет 0401-02-17); Утверждённые ВНД (электронная копия / бумажная копия); Обновленный Перечень ВНД (Ф КазРосмедуниверситет 0401-03-17); Записи в Листе ознакомления.

11. Ресурсы процесса

1. Работники университета;
2. Рабочее место (средства инфраструктуры: персональные компьютеры, программное обеспечение, оргтехника, расходные материалы, бумага, папки, шкафы);
3. Рабочее время;
4. Финансовые ресурсы (интернет, телефония, приобретение внешнего нормативного документа, устанавливающих требования к процессам).

7. РАЗРАБОТКА ДОКУМЕНТАЦИИ

12. Разработку проектов ВНД могут инициировать Должностные лица, Руководство Университета или РСП в случае изменений требований к деятельности Университета со стороны законодательства РК или изменения внутренних требований Университета, методом оформления служебной записки (далее – СЗ) на имя Ректора.
13. Основанием для начала разработки ВНД служит:
 - поручение/задание (в том числе устное) Руководства исполнителю. В отдельных случаях (на усмотрение исполнителя) в зависимости от вида и содержания документа исполнитель формирует приказ или распоряжение о создании рабочей группы;
 - СЗ РСП с резолюцией Ректора по направлению деятельности о создании рабочей группы для разработки ВНД;
 - План по разработке и актуализации ВНД (Ф КазРосмедуниверситет 0401-01-17) утвержденный РСП/Курирующим руководителем;
 - протокол совещания – если решение о разработке документа принято в ходе совещания.
14. Решение о необходимости разработки нового ВНД принимается Ректором. Решение оформляется в виде визы на СЗ.
15. СЗ в обязательном порядке должна быть согласована с ОтК.
16. Разработчик ВНД:
 - определяет назначение (цели) ВНД;


	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 8 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

- определяет заинтересованных лиц — согласователей;
 - запрашивает код документа у ОтК (Приложение А);
 - проводит подбор нормативных документов, относящихся к вопросу и назначению разрабатываемого документа;
 - анализирует нормативные документы, устанавливающие требования по проблеме разрабатываемого документа;
 - анализирует замечания по предыдущим изданиям или по аналогичным документам;
 - собирает и анализирует имеющийся в Университете (а также из других доступных источников) опыт работы по вопросам, охватываемым документом. С этой целью исполнитель может консультироваться у компетентных лиц;
 - собирает применяемые формы (бланки, шаблоны и так далее).
17. На основании проведенного анализа разработчик ВНД подготавливает проект документа. К проекту документа разрабатываются также все необходимые формы. *В качестве образца (шаблона) допускается использовать электронную версию одной из процедур СМК.*
 18. Разработчик описывает блок-схему в письменном формате в конце процедуры (Приложение В Инструкция по составлению блок-схемы в формате Microsoft word).
 19. Проект документа в электронном виде разработчик передает ОтК на согласование.
 20. ВНД после согласования с руководителями СП утверждаются приказом ректора Университета.
 21. Текущий план работы и отчет о работе кафедр/курсов составляются согласно процедуры «Учебно-методическая работа».
 22. Структура и содержание плана работы и отчета кафедр/курсов о работе Университета составляются согласно требованиям форм процедуры «Учебно-методическая работа».
 23. Стратегические и текущие планы и отчеты о работе СП составляются согласно форме плана работы СП (Ф КазРосмедуниверситет 0401-04-17) и отчета о работе СП (Ф КазРосмедуниверситет 0401-05-17).

8. ОФОРМЛЕНИЕ ВНД

24. Требования к содержанию ВНД

- 1) Внутренний нормативный документ:
 - должен содержать только ту информацию, которая необходима и достаточна для управления процессом, функцией, операцией, объектом, организационной структурой;
 - должен формироваться в простой и удобной для чтения форме, сопровождаться визуальными удобными моделями, графиками или диаграммами;
 - иметь логически и грамматически связанный текст;
 - содержать четкие и ясные по изложению нормы и требования;
 - исключать возможность различного понимания и двойного толкования вводимых норм и требований;
 - не должен противоречить ранее утвержденным документам.
- 2) Разработанный проект документа не должен иметь внутренних противоречий, когда требования одного раздела документа не стыкуются с требованиями других. Требования, изложенные во ВНД, не должны быть ниже соответствующих обязательных требований, установленных нормативными актами или противоречить им.

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 9 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

- 3) Структура и оформление ВНД должны соответствовать требованиям настоящей Процедуры.
- 4) Подлинник ВНД должен быть пригоден для размножения посредством выполнения следующих требований:
 - реквизит на обложке подлинника «№ копии __» не должен заполняться;
 - переплет подлинника ВНД не должен мешать ксерокопированию документа;
 - подлинник ВНД должен изготавливаться на качественной белой бумаге.

25. Оформление титульного листа

- 1) Титульный лист ВНД должен содержать наименование документа – заглавными буквами (шрифт TimesNewRoman-12, жирный шрифт).
- 2) В верхнем колонтитуле титульного листа ВНД размещается логотип и наименование Университета на двух языках – казахском и русском (шрифт TimesNewRoman-8, жирный шрифт, строчный), также сведения о СП – Владельце документа и наименование документа в одно слово:

МЕББМ ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТИ



НУО КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ


НАИМЕНОВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА

- 3) Ниже в табличной форме указывается следующее:

Копия	Срок действия документа: с	Статус документа:	Код документа:	Номер издания:
	до замены новым	<u>Действующий</u> Устаревший		


9. ОФОРМЛЕНИЕ ТЕКСТА ВНД

26. В начале текста ВНД (после титульного листа) формируется оглавление. Оглавление можно формировать в автоматическом режиме при работе в формате Microsoft Word. Содержание и структура ВНД оформляется согласно Шаблону по оформлению внутреннего нормативного документа СМК (Приложение Г).
27. Формат А4 (210 x 297мм) является основным для составления всех видов документов в Университете.
28. Перед набором любого документа необходимо задать параметры (поля) страницы.
 1. При формате листа – книжный:
 - Верхнее поле – 1см;
 - Нижнее поле – 1см;
 - Левое поле – 2,5 см;
 - Правое поле – 1см.
 2. При формате листа – альбомный:
 - Верхнее поле – 1см;


	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 10 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

- Нижнее поле – 1 см;
- Левое поле – 2,5 см;
- Правое поле – 1 см.

3. Каждый лист регламентирующего документа (после титульного), содержит верхний колонтитул, который содержит: логотип Университета, наименование Университета, наименование документа, сведения о дате ввода в действия ВНД и при наличии взамен какой редакции и от какого числа, идентификационный код и страницы по порядку (шрифт 8 pt.);

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 1 от «04 декабря 2017 года»	Страница 10 из 31
	Наименование документа	Идентификационный код	

29. Текст документа при его значительном объеме требует деления на более мелкие, логически связанные структурные элементы. Такими элементами могут быть: раздел, подраздел, глава, параграф, статья, пункт, подпункт. Разделы, подразделы, главы, параграфы должны иметь заголовки, которые состоят из цифры или буквы и тематической части, словесно определяющей содержание или тему рубрики.
30. Разделы и другие структурные элементы должны содержать порядковый номер в пределах всего документа, обозначенные римскими или арабскими цифрами с точкой. Название и заголовки выделяются жирным шрифтом и не должны содержать переносов слов. Точка в конце названия и заголовков не ставится.
31. Раздел – это самая крупная структурная единица документа. Нумерация раздела может быть оформлена римскими цифрами. Цель раздела документа - отделять не связанные по содержанию структурные единицы текста.
32. Несколько глав, близких по содержанию, могут быть объединены в разделы, а разделы, в свою очередь, могут объединяться в части. В больших по объему главах могут выделяться параграфы, а в больших разделах могут аналогично выделяться подразделы.
33. Пункты могут быть подразделены на подпункты и, как правило, пункты заголовков не имеют. Внутри пунктов и подпунктов могут быть части, выделяемые абзацами.
34. Абзацем считается часть текста, представляющая собой смысловое единство, выделяемое отступом в первой строке и начинающаяся со строчной буквы, кроме первого абзаца части, который начинается с заглавной буквы. Абзацы заканчиваются точкой с запятой (кроме первого и последнего абзацев части). В тексте документов не допускается обозначение абзацев дефисами или иными знаками.
35. Нумерация глав, параграфов, статей, пунктов, подпунктов документа оформляется арабскими цифрами и в рамках одного раздела является самостоятельной.
36. Нумерация пунктов, глав в рамках одного раздела является сквозной.
37. Пункты в документе располагаются по значимости в логической последовательности, с учетом хронологии этапов решения вопроса. Близкие по содержанию пункты значительных по объему документов объединяются в главы, несколько глав - в разделы, а разделы - в части. В больших по объему главах могут выделяться параграфы, а в больших разделах - подразделы.
38. Пункты, параграфы, главы, подразделы, разделы и части документов нумеруются арабскими цифрами с точкой следующим образом – 1., 2., 3. и далее.
39. Номера подпунктов в пунктах обозначаются арабскими цифрами со скобкой следующим образом – 1), 2), 3) и далее.
40. Нумерация пунктов, глав и разделов является сквозной, нумерация подпунктов в пункте, параграфов в главе, подразделов в разделе – самостоятельной.

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 11 из 31
	Процедура управления документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

41. В зависимости от объема документа, его сложности Разработчик документа вправе по своему усмотрению самостоятельно формировать внутреннюю структуру документа. Допускается, что ВНД может не содержать разделов, подразделов или параграфов.
42. Текст ВНД исполняется:
 - 12-м размером шрифта Times New Roman;
 - Интервал: Перед– 0пт, После:-0пт, междустрочный:- одинарный, интервал - 0;
 - Колонтитулы исполняются 8-м размером шрифта;
 - Позицию табуляции (по умолчанию и основную) рекомендуется установить 1 см;
 - При оформлении цветом графиков, таблиц, схем и т.п. должны использоваться только корпоративные цвета согласно логотипа Университета;
 - Допускается исполнение текста таблиц размером шрифта 10 и 9, а также исполнение приложений в электронной таблице Excel;
 - Во избежание возникновения непонимания текста не рекомендуется использовать сокращения словосочетаний, за исключением общепринятых (т.е., и др.) или использование которых унифицированы в Университете. Если словосочетание состоит из пяти и более слов и указание его в полной форме усложняет текст предложения, то допускается его сокращенная форма. Например: Государственный общеобязательный стандарт образования - (ГОСО). Сокращения допустимы при использовании их в таблицах при условии наличия списка сокращений в документе.
43. Таблицы имеют два вида разделения текста: вертикальный и горизонтальный. Графы и строки таблицы должны иметь заголовки, выраженные именем существительным в именительном падеже. При вертикальном разделении текста строки таблицы нумеруются. Под заголовки граф и строк должны быть согласованы с заголовками. Если таблица в тексте документа размещена более чем на одной странице, то на следующих страницах отображаются заголовки граф.
44. При большом объеме ВНД допускается двухсторонняя печать ВНД.

10. СОГЛАСОВАНИЕ ПРОЕКТА ВНД


45. Согласование проекта ВНД проводится:
 - + на предмет целесообразности документа;
 - + на соответствие действующему законодательству Республики Казахстан, ВНД Университета, а также фактически существующим или вновь внедряемым процессам Университета.
 - + на правильность оформления документа;
 - + на правильность присвоения кода документу (Приложение А);
 - на правильность оформления блок-схемы процесса (Приложение В)
 - на наличие перечня согласователей;
 - на наличие всех форм ВНД;
 - для обеспечения согласования и утверждения нового ВНД по перечню согласователей, отраженному в проекте документа.
46. В число согласователей входят все заинтересованные лица, включая, в обязательном порядке - ОтК и юрисконсульта.
47. Согласователи оценивают проект документа в соответствии со своими функциональными обязанностями.
48. ОтК при проведении экспертизы оценивает:
 - соответствие документа его типу (ПРО, И, П и т.д.);
 - назначение (цель) документа и его область применения;
 - правильность ссылок на пункты стандарта ИСО серии 9001;
 - соответствие используемых терминов и определений;

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 12 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

- наличие необходимых – обозначений и сокращений;
 - соответствие структуры и оформления установленным требованиям Процедуры;
 - И присваивает идентификационный номер.
49. Согласователь должен по получению ВНД в течение 5 (пяти) рабочих дней:
- ознакомиться с содержанием документа и прилагаемых форм;
 - внести свои замечания в проект документа.
50. Согласование юрисконсультот проводится после согласования всех спорных вопросов, возникших в ходе проведения предшествующих согласований.
51. Замечания и/или предложения согласующих лиц могут указываться в режиме рецензирования, выделяться цветом в тексте проекта ВНД или указываться в ответном письме. При наличии замечаний и предложений ВНД направляется на доработку разработчику.
52. После того как ответственный разработчик (владелец процесса) устраняет сделанные замечания, документ отправляется на повторное согласование. Контроль за своевременным прохождением процедуры согласования, разрабатываемого документа, осуществляет ответственный разработчик (владелец процесса). Факт согласования подтверждается подписями должностных лиц на листе согласования.
53. После получения документа от согласователей, Разработчик документа в течение 5 (пяти) рабочих дней:
- Консолидирует (объединяет) все правки в один документ;
 - распечатывает проект ВНД и прилагаемые к нему формы;
 - визирует проект ВНД у всех согласователей;
 - представляет проект ВНД до утверждения приказом Ректора в виде презентации (не более 5 слайдов)
 - рассылает утвержденный ВНД вместе с презентацией.
54. Утвержденный документ приобретает статус подлинника.
55. Ответственность за кодирование, регистрацию и хранение подлинников ВНД возлагается на ОтК. Он должен:
- произвести регистрацию подлинника (оригинала) ВНД и прилагаемых к нему форм в Журнале регистрации подлинников (Ф КазРосмедуниверситет 0401-06-17);
 - закрепить печатью приказ Ректора и внести вручную дату внедрения СМК;
 - поместить подлинник вместе с прилагаемыми формами в дело «Внутренние нормативные документы» согласно Номенклатуры дел;
 - поместить подлинник в Pdf формате в папку общего доступа «КРМУ».

11. ВНЕДРЕНИЕ ВНД

56. Внедрение вновь утвержденного ВНД начинается с издания приказа о внедрении ВНД (Ф КазРосмедуниверситет 0401-02-17). Таким приказом допускается вводить в действие сразу несколько документов. Данный приказ должен подготовить ОтК сразу после получения им утвержденного ВНД. Допускается проект приказа представлять на утверждение одновременно с проектом ВНД.
57. В приказе о внедрении ВНД должен быть определен круг заинтересованных лиц, исходя из области распространения документа, с целью их последующего обеспечения копиями. Как правило, заинтересованными лицами являются согласователи и разработчики ВНД.
58. После получения копии приказа о внедрении ВНД ОтК осуществляет следующие действия:

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 13 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

- данные о заинтересованных лицах в ВНД заносит в Журнал учета копий документации (Ф КазРосмедуниверситет 0401-07-17).
 - изготавливает необходимое количество копий, на обложках которых в реквизите «копия № ...» проставляются порядковые номера копии, взятые из Журнала учета копий документации;
 - отзывается из подразделений Университета все копии предыдущего издания ВНД (при необходимости). Затем ОтК уничтожает устаревшие копии ВНД допустимым способом;
 - выдает получателям соответствующие копии документов под роспись в Журнале учета копий документации (Ф КазРосмедуниверситет 0401-07-17). С этого момента получивший копию становится его владельцем.
59. Владелец копии ВНД должен:
- самостоятельно изучить ВНД;
 - выдать с последующим возвратом зарегистрированную копию для чтения сотрудникам своего подразделения (если таковые имеются). В случае наличия у работников доступа к Интернету разрешается пользоваться электронными копиями документов, расположенными на сервере Университета (вместо бумажных) при наличии криптографической защиты от внесения изменений;
 - при необходимости провести занятия по ознакомлению с новым ВНД;
 - обеспечить регистрацию ознакомления с новым ВНД под роспись в Журнале ознакомления (Ф КазРосмедуниверситет 0401-08-17). Журнал ознакомления может находиться, как в каждом подразделении, так и централизованно у ОтК.
60. После ознакомления с ВНД работники должны выполнять его требования.
61. Электронные версии документов в защищенном формате публикуются на сайте Университета по адресу www.medkrmu.kz.
62. Ответственность несут:
- за предоставление ВНД - начальник ОСМКП
 - за размещение на сайте – Начальник отдела маркетинга и связей с общественностью.

12. УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ

63. Изменения ВНД осуществляется в следующих случаях:
- при появлении претензии или жалобы от потребителей;
 - при поступлении рекомендаций или замечаний от любого сотрудника Университета, а также от поставщиков;
 - в случаях возникновения затруднений с применением ВНД;
 - для улучшения процессов или их взаимодействий;
 - по мере накопления замечаний;
 - при изменении требований нормативных правовых актов или требований взаимосвязанных ВНД;
 - при проведении корректирующих действий;
 - по результатам внутренних и внешних аудитов систем менеджмента;
 - по результатам анализа системы менеджмента со стороны руководства;
 - по истечению 5 лет после последнего издания.
64. Ответственность за сбор информации по необходимости внесения изменений в ВНД несет ОтК.
65. Решение о разработке и выпуске нового издания принимает ОтК.
66. В случае внесения изменений в ВНД ОтК делает запись в Листе регистрации изменений. Измененный документ проходит повторное утверждение согласно установленному порядку и вступает в силу со дня подписания. Изменения

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 14 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

производятся во всех контролируемых копиях и доводятся до сведения всех пользователей.

Текст внутренних документов, в которые внесены изменения, выделяется серой заливкой до следующего переиздания документа.

67. ОтК распечатывает заполненный “Лист регистрации изменений” (Приложение 19 к ПРО КазРосмедуниверситет), находящийся на предпоследнем листе документа, прикрепляет его к оригиналу документа на бумажном носителе вместе с приказом (при необходимости) и текстом внесённого изменения.
68. Если необходимо переоформить значительное число страниц, то документ подлежит переизданию. Процессы согласования, утверждения и внедрения для нового издания документа такие же, как для первого издания. Устаревшая документация подлежит изъятию из места ее издания и всех мест пользования и уничтожению. Устаревшие документы хранятся в папке «Устаревшие документы» в юридических или справочных целях, с отметкой «Устаревший» с подписью ответственного лица и датой.

13. ОТМЕНА ВНД

69. Отмена (аннулирование) ВНД Университета производится на основании Приказа, проект которого подготавливает ОтК по указанию ПРК.
70. При выходе Приказа об аннулировании ВНД, ОтК должен:
 - сделать соответствующую запись в Журнале регистрации подлинников (Ф КазРосмедуниверситет 0401-07-17);
 - изъять копии устаревшего ВНД и затем уничтожить их допустимым способом.

14. УПРАВЛЕНИЕ ВНЕШНИМИ НОРМАТИВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ

71. Порядок управления внешними нормативными документами (далее – ВшНД) представлен в таблице №1. Контроль за их управлением возлагается на ОСМКП.

Таблица 1

№	Действие	Результат
1.	Обновление перечня	Контрольный перечень внешних нормативных документов (Ф КазРосмедуниверситет 0401-09-17)
2.	Тиражирование и рассылка пользователям	Записи в Журнале учета копии документации (Ф КазРосмедуниверситет 0401-07-17)
3.	Запрос об актуализации	Отметка об актуализации
4.	Информирование пользователей об актуализации	Записи в контрольном перечне внешних нормативных документов (Ф КазРосмедуниверситет 0401-09-17)
5.	Изъятие устаревших документов либо перемещение в специально отведенное место для хранения в юридических или справочных целях	Уничтожение/архивирование устаревшего документа либо сохранение его со статусом «Устаревший»

72. Управление законодательными и нормативными документами Республики Казахстан, регламентирующими деятельность университета.

- 1) В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 21.10.2013 года №1124 об определении в качестве интернет – ресурса ИПС «Әділет», осуществляющего официальное опубликование законов и нормативных правовых актов по основным видам деятельности Университета юриконсульт ежегодно обновляет Контрольный перечень внешних нормативных документов (Ф

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 15 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

КазРосмедуниверситет 0401-09-17), регламентирующих деятельность Университета по основным направлениям через интернет-ресурс.

- 2) Контрольный перечень внешних нормативных документов (Ф КазРосмедуниверситет 0401-09-17) размещается в общей папке «КРМУ», куда имеют доступ многие СП Университета.
- 3) Юрисконсульт обновляет Контрольный перечень внешних нормативных документов (Ф КазРосмедуниверситет 0401-09-17) 1 раз в квартал (март, май, сентябрь), делает рассылку СП об обновлениях и вносит изменения в общую папку «КРМУ».
- 4) Ежегодно Контрольный перечень внешних нормативных документов (Ф КазРосмедуниверситет 0401-09-17) проходит проверку сотрудниками ОСМКП и утверждается приказом Ректора, копии перечня рассылаются во все СП Университета. Факт получения и/или передачи документов фиксируется в Журнале учета копии документации (Ф КазРосмедуниверситет 0401-07-17).
- 5) Дополнительно кафедры и другие СП разрабатывают собственный перечень ВНД, которые касаются непосредственно их.
- 6) ВШНД на бумажном и электронном носителях находятся в СП, которые используют их в работе. За наличие актуальных версий документов в СП ответственность несет РСП.


15. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Ответственность по разработке, согласованию, утверждению и отмене ВНД СМК приведены в матрице ответственности (Таблица 2).

Таблица №2

МАТРИЦА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

№ п/п	Наименование этапа	Подразделение /должностное лицо			
		Ответственный	Реализующий	Соисполнитель	Информируемый
1	Определение потребности в документе	ПРК	РП	ОтК	-
2	Разработка документа СМК	Ответственный разработчик (владелец)	Ответственный разработчик (владелец)	Рабочая группа	Руководитель подразделения
3	Согласование документа	ОтК	Согласователи	Согласователи	Ответственный разработчик (владелец)
4	Внедрение документа	ОтК	РП	РП	Заинтересованные стороны
5	Рассылка документов	ОтК	ОтК	ОтК	РП
6	Хранение документов	РП	РП	Ответственный за ведение документации в подразделении	-
7	Актуализация и внесение изменений	ОтК	Ответственный разработчик (владелец)	Ответственный разработчик (владелец)	Руководители взаимодействующих подразделений
8	Выведение документов из эксплуатации	ОтК	ОтК	ОтК	РСП

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 16 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

9	Выведение копий документов из эксплуатации	ОтК	РП	Ответственный за документацию	Заинтересованные стороны
10	Разработка, согласование, рассылка, актуализация ВшНД	Юрисконсульт	Юрисконсульт	ОтК	Все СП


16. УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ПРОЦЕССЕ УПРАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

В процессе управления документацией СМК могут возникнуть риски, в зависимости, от вида которых необходимо предпринять меры по их разрешению и предотвращению (Таблица 3).


Таблица 3

Виды рисков и пути их предотвращения


Риск	Условия появления	Способы разрешения	Способы предотвращения
Структурные подразделения не обеспечиваются необходимыми документами СМК	– готовые документы выставляются на сайт с нарушением сроков/не выставляются – план выполняется с нарушениями (нарушаются сроки)	– своевременное выставление документов – составление плана документирования и актуализации документов СМК	– своевременное выставление, – составление и контроль над выполнением плана документирования и актуализации документов СМК
	– документы не вносятся в реестр документов СМК/ не ведется реестр документов СМК	– внести необходимые документы в реестр документов СМК	– контроль над ведением реестра документов СМК
	– не своевременно осуществляется выведение замененных или аннулированных документов	– выведение неверных документов из обращения и замена актуальными	– улучшить контроль над актуальностью документации
Документ неверно идентифицирован	– неверное понимание цели документирования	– уточнение цели документирования	– определение цели документирования на этапе разработки документа
Разработанный документ не соответствует его типу	не выполняются требования к структуре документа	– редактирование документа с учетом требований – переиздание документа – выведение неверных документов из	– улучшить контроль над проверкой требований к структуре оформления документов

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 17 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

		обращения и замена актуальными	
Разработанный документ не соответствует процессу	разрабатываются не квалифицированными специалистами	– провести корректировку с привлечением согласователей	повышение квалификации специалистов
	– при разработке документов учитываются не все требования и условия реализации процесса	– провести оценку адекватности учитываемых требований и условий реализации процесса – учесть необходимые требования и условия реализации процесса	– улучшить контроль над разработкой документации
Задержки в устранении причин появления несоответствий	– внесение изменений оформляется и проводится недолжным образом или не своевременно	– повторное внесение изменений с учетом требований	– изучение требований для внесения изменений в документацию – контроль выполнения требований
	– документ не прошел повторное согласование после внесения изменений	– отправить документ на повторное согласование	– усилить контроль над проверкой документа
	не своевременно проводится согласование изменений	– отправить документ всем заинтересованным лицам на согласование	контроль над ознакомлением всех заинтересованных сотрудников
	– работники не осведомлены о выявленных несоответствиях	– ознакомление заинтересованных сторон с выявленными несоответствиями	– контроль над ознакомлением всех заинтересованных сотрудников
	– работники не ознакомлены с необходимой для них документацией СМК	– ознакомление работников с необходимой документацией	– контроль знаний сотрудников (аттестация)
Работнику или потребителю сложно найти актуальные версии документов в папке общего доступа	– неверно размещена ссылка на опубликованный документ	– перенести ссылку на документ на соответствующее место на странице в соответствии с идентификатором	– контроль над публикацией документа
	– документ неверно идентифицирован	– исправление идентификационного	– контроль над оформлением

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 18 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

	(идентификатор не соответствует процессу)	номера документации, замена документа	документации
	– на сайте опубликован документ без внесения изменений	– замена не актуального документа на документ с изменениями	– контроль над заменой документации
	– при подготовке к публикации документа на сайте, работником ОСМКП нарушены требования	– исправление документа с учетом требований – замена документа на исправленный	– изучить требования к публикации документов
	– не своевременно осуществляется выведение замененных или аннулированных документов	– вывод обнаруженного документа, подлежащего замене или аннулированию	– своевременное выведение замененных или аннулированных документов
Работнику сложно найти актуальные версии документов (на рабочем месте, в архиве)	– отмененные (копии) документы хранятся вместе с актуальными	– перемещение отмененных документов в архив ОСМКП – уничтожение копий отмененных документов	– своевременная передача документов в архив – своевременное уничтожение копий отмененных документов
	– при хранении документа нарушена номенклатура дел	– привести в соответствие документы в соответствии с порядком хранения документации	– контроль за соблюдением порядка хранения документации
Документы не своевременно переиздаются	– не выполнение требования к документированию и переизданию документации	– подготовка новой редакции документа и ее принятие	– своевременное составление и выполнение плана документирования и актуализации документов СМК – выполнение требований по переизданию документации при внесении изменений
Документ не принят ученым советом или советом по качеству	– к документу много замечаний, не качественно проработано содержание	– доработка документа	– выполнение всех требований и учет всех условий реализации процесса
	– не выполняются требования к	– доработка документа	– выполнение всех требований к

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Пздание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 19 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	


	структуре и оформлению документа		структуре и оформлению документа
	– документ не актуален	– аннулирование документа	– своевременная оценка актуальности документа на этапе планирования и разработки
	– документ не прошел полную процедуру согласования	– согласование документа со всеми заинтересованными сторонами	– своевременное согласование документа со всеми заинтересованными сторонами

17. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

№	Цель процесса	Наименование показателя (KPI)	Ответственные лица	Периодичность измерения
1.	Использование актуальной версии документа	Количество замечаний со стороны аудиторов	Все СП	Ежегодно
2.	Своевременная разработка Плана по разработке и актуализации ВНД	Количество разработанных и актуализированных ВНД	Все СП	Ежегодно

18. УПРАВЛЕНИЕ УЛУЧШЕНИЯМИ И ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРОЦЕССА

№	Идентифицированные возможности	Меры по улучшению
1.	<i>Ведение документации в электронном документооборота</i>	Внедрение электронного документооборота

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 20 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

ПРИЛОЖЕНИЕ А

А. Кодирование/Оформление колонтитулов форм внутренних нормативных документов

- А1. Каждому ВНД присваивается уникальный буквенно-цифровой код с целью:
- определения принадлежности документа к категории и группе (уровень документации);
 - определения принадлежности документа к КазРосмедуниверситет;
 - систематизации и быстрого поиска документа.
- А2. **В пределах одной группы документов коды аннулированных документов запрещается повторно использовать для нумерации новых документов.**
- А3. Присвоение кодов ВНД осуществляет ОтК по «Перечень внутренних нормативных документов» (Ф КазРосмедуниверситет 0401-03-17).
- А4. Кодирование Руководств и процедур осуществляется с применением следующего буквенно-цифрового обозначения:

XXX КазРосмедуниверситет SSRRYY_ZZ


XXX — аббревиатура вида документа, например: ПРО — процедура Университета;
 П – положение/политика; И – инструкции; ПРА- правила; Р – рекомендации;
 Т – требования; У – указания и так далее.

КазРосмедуниверситет — кодовое обозначение Университета.

YYYY — четырехзначный номер документа согласно следующей таблице:

Номера	Применяются для
0001—0099	Руководств по системам менеджмента качества
0101—0299	Процедур СЭМ (зарезервированы)
0301—0399	Процедур СНП (зарезервированы)
0401-0499	Процедур управления документацией и записями
0501—0599	Процедур высшего руководства
0601—0699	Процедур по управлению ресурсами
0701—0799	Процедур по жизненному циклу продукции
0801—0899	Процедур по измерениям и улучшениям
0901—0999	Процедур прочих систем менеджмента(зарезервированы)
1001-1999	Положения
2001-2999	Инструкции
3001-3999	Правила
4001-4999	Рекомендации
5001-5999	Требования
6001-6999	Указания
7001-7999	Политика
8001-9999	Другие нормативные документы
0000, 0100, 0200, 0300, 0400, 0500, 0600, 0700, 0800, 0900 и т.п.	Не используются

ZZ — кодовое обозначение года введения документа в действие.

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 21 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

Пример:

*ПРО КазРосмедуниверситет 0401-** — код процедуры Университета по управлению документацией, номер этой процедуры — 0401, процедура введена в действие в 2017 году;*

*П КазРосмедуниверситет 1004-** — код Положения о социальной поддержке сотрудников и обучающихся, номер этого положения 1004, положение введено в действие в 2017 году.*

А5. Кодирование форм осуществляется следующим образом:

Ф КазРосмедуниверситет YYYU-FF-ZZ.

- Ф — аббревиатура вида документа (формы);
- КазРосмедуниверситет — кодовое обозначение Университета (и подразделения, если форма апробируется в одном из подразделений);
- YYYU — четырехзначный номер процедуры, вводящей в действие форму;
- FF — номер формы. Номер является локальным, т.е. не сквозным;
- ZZ — кодовое обозначение года введения документа в действие.

*Пример: Ф КазРосмедуниверситет 0401-01-** — код формы, имеющей порядковый номер 01 и введенный процедурой ПРО КазРосмедуниверситет 0401- в 20**году.*

А6. Верхний колонтитул для Формы ВПД оформляется следующим образом:

МЕББМ КАЗАҚСТАН-РЕСЕІ
МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ



НУО КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

НАИМЕНОВАНИЕ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
НАИМЕНОВАНИЕ ФОРМЫ

А7. Нижний колонтитул для Формы ВПД оформляется следующим образом:

Номер формы	Наименование формы	Номер издания	Стр. __ из __
-------------	--------------------	---------------	---------------

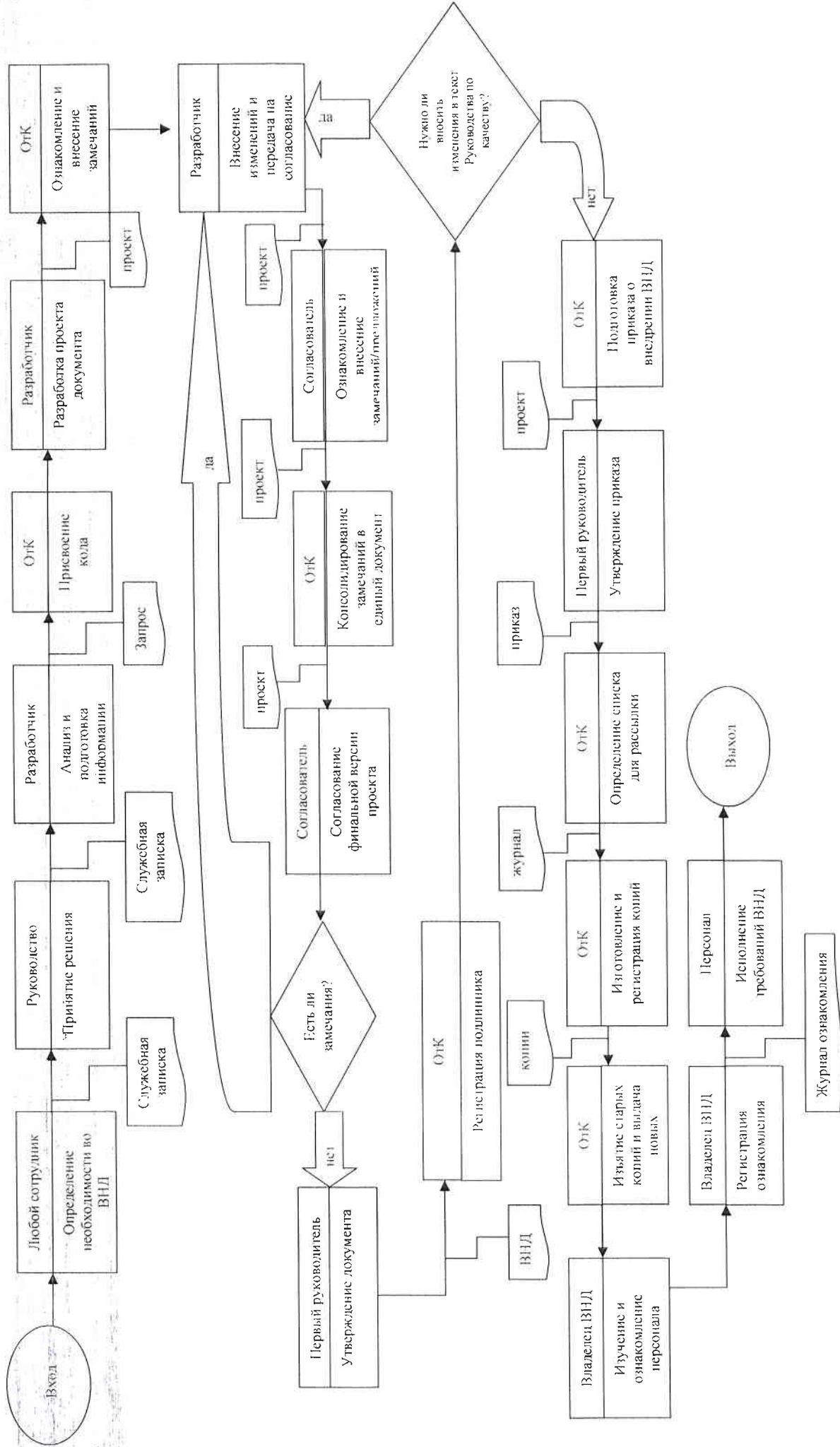
Пример:

Ф КазРосмедуниверситет 0401-05-17	Отчет о работе структурного подразделения	Издание первое	Стр. 21 из 31
-----------------------------------	---	----------------	---------------



ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Блок-схема процесса «Управление документацией»



	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 23 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	


ПРИЛОЖЕНИЕ В

Инструкция по составлению блок-схемы в формате Microsoft Word

Блок-схема должна отвечать следующим правилам структурирования:

1. Разработчик строит блок-схему в Microsoft Word (шрифт 8), применяя символы, указанные в таблице;
2. Блок-схема позволяет ответить на вопросы «Кто?», «Что делает?», «Что делается?»;
3. Действия, присутствующие в модели, разворачиваются хронологически.

№	Наименование	Описание	Графическое описание
1	Иницирующее (заканчивающее событие)	Элемент служит для описания события, иницирующего (заканчивающего) процедуру. Вход или Выход.	
2	Операция (работа) и ответственный исполнитель	Элемент служит для описания операций (работ), выполняемых подразделениями/сотрудниками Университета.	
3	Документальный инструмент	Элемент описывает пакет документов, необходимых для выполнения операции	
4	Соединительная дуга	Элемент, соединяющий последовательно выполняемые элементы	
5	Соединительная дуга для ответов	Элемент, соединяющий последовательно выполняемые элементы. Только для ответов «Да» и «Нет».	
6	Условие	Логический оператор, определяющий точку принятия решения. Позволяет описать ветвление процедуры. В операторе ставит вопрос. От оператора должны отходить только 2 стрелки с ответами «Да» и «Нет».	

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 24 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Шаблон по оформлению внутреннего нормативного документа СМК

МЕББМ ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ



НУО КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

НАИМЕНОВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

УТВЕРЖДЕНО


Приказом Ректора № _____

« _____ » _____ 20__ г.

НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА


Копия	Срок действия документа: с	Статус:	Код	Издание
	до замены новым	<u>Действующий</u> Устаревший		

Алматы, 20__

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 26 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

ОГЛАВЛЕНИЕ:

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	_
2.	НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	_
3.	ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	_
4.	ОБОЗНОЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	_
5.	ВХОДЫ, ВЫХОДЫ И РЕСУРСЫ ПРОЦЕССА.....	_
6.	ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕССА (ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ).....	_
7.	УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ.....	_
8.	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.....	_
9.	УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ПРОЦЕССЕ.....	_
10.	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА.....	_
11.	УПРАВЛЕНИЕ УЛУЧШЕНИЯМИ И ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРОЦЕССА.....	_
12.	ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	_
13.	ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.....	_

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 27 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Описывается назначение документа. Указываются при наличии законодательные и иные нормативные и правовые акты, внутренние нормативные документы, с учётом требований которых документ разработан. Указывается область распространения документа и другие сведения, относящиеся к порядку его использования.

Указывается, какие подразделения организации или группы специалистов должны руководствоваться и быть ознакомлены с документом, исключения или ограничения его применения, если таковые имеются. Также указываются цели, задачи, функции и принципы документа.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Нормативные ссылки необходимо указывать во всех случаях рассмотрения, упоминания или цитирования внешних или/и внутренних нормативных документов.

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В раздел включают определения терминов, используемых в документе, которые необходимы для единообразного их понимания и применения при практическом использовании документа. Термины располагаются в алфавитном порядке.

Термины (слова, выражения), которые используются в настоящей процедуре и в других внутренних нормативных документах Университета, разработанных структурными подразделениями Университета.

4. ОБОЗНОЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В раздел включают обозначения сокращенных терминов, используемых в документе, которые необходимы для единообразного их понимания и применения при практическом использовании документа. Термины располагаются в алфавитном порядке.

5. ВХОДЫ, ВЫХОДЫ И РЕСУРСЫ ПРОЦЕССА

Излагаются требования к входным и выходным данным по процессу.


А) Входы процесса предоставляют следующие поставщики:

Поставщик процесса	Вход
<i>Указывается должностное лицо либо группа лиц, инициирующих работу по процессу</i>	<i>Указываются формы записей/документов, поставляемые непосредственно данным поставщиком и являющиеся основанием для начала исполнения работ по процессу</i>

Б) Выходы процесса получают следующие потребители:

Потребитель процесса	Выход
<i>Указывается должностное лицо либо группа лиц, пользующаяся результатами преобразованных входов</i>	<i>Указываются результаты преобразования и (или) прибавления ценности входов при функционировании процесса.</i>

В) Ресурсы процесса: *оговариваются требования, предъявляемые к людским ресурсам, материальным ресурсам и производственной среде, необходимым для реализации процесса.*

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 28 из 31
	Процедура управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

6. ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕССА (ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ)

Указываются шаги процесса, набор руководящих принципов и норм для персонала Университета, которым они должны следовать.

7. УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ

В разделе описываются действия в случае изменения шагов и порядка в процессе/подпроцессе и ответственные лица. Также, описывается порядок проведения плановой и внеплановой актуализации документа. Указываются лица, ответственные за проведение актуализации документа.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Описывается ответственность должностных лиц по исполнению работ согласно требованиям, определённым в документе.

Таблица №__

МАТРИЦА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

№ п/п	Наименование этапа	Подразделение /должностное лицо			
		Ответственный	Реализующий	Сополнитель	Информируемый
1					
2					
3					

9. УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ПРОЦЕССЕ (указать наименование процесса)

В процессе работы могут возникнуть риски, в зависимости, от вида которых необходимо предпринять меры по их разрешению и предотвращению.

Таблица__


Виды рисков и пути их предотвращения

Риск	Условия появления	Способы разрешения	Способы предотвращения
Указывается наименование риска, которое способно влиять на процесс	Перечисляются несоответствия, которые могут оказать негативное воздействие на функционирование процесса	Перечисляются действия, применение которых способно разрешить негативное воздействие выявленного риска	Перечисляются действия, применение которых способно предотвратить либо снизить негативное воздействие выявленного риска

10. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

В разделе описываются показатели результативности процесса, мониторинг выполнения которых позволяет оценить степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов. Указываются лица, ответственные за проведение контроля и периодичность измерения показателей.

Указывается, с какой периодичностью и в каких случаях проводится анализ документа со стороны высшего/старшего руководства.

	НУО «КазРосмедуниверситет»	Издание: 2 от «04 декабря 2017 года» Взамен: Издания: 1 от «29 октября 2015 года»	Страница 29 из 31
	Процедура: управление документацией	ПРО КазРосмедуниверситет 0401	

№	Цель процесса	Наименование показателя (KPI)	Ответственные лица	Периодичность измерения
1.				
2.				

При разработке определении KPI (критерии результативности) процесса - следует учитывать определённые требования, которые предъявляются к каждому из коэффициентов:

- каждый коэффициент должен быть четко определен, тогда измерить его сможет любой пользователь;
- утвержденные показатели и нормативы должны быть достижимы;
- каждый из показателей должен быть в сфере ответственности тех людей/процесса, которые подвергаются оценке;
- показатели эффективности KPI должны способствовать мотивации росту эффективности персонала, а это напрямую связано с постановкой целей;

11. УПРАВЛЕНИЕ УЛУЧШЕНИЯМИ И ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПРОЦЕССА

№	Идентифицированные возможности	Меры по улучшению
1.	Указывается наименование идентифицированных возможностей, которые могут улучшить процесс, деятельность и т.д.	Перечисляются конкретные действия, которые могут улучшить процесс, деятельность и т.д. например, автоматизация.



НАИМЕНОВАНИЕ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

УТВЕРЖДАЮ:
Курирующий руководитель/
/Фамилия И.О.

Руководитель Структурного подразделения

« » 20 г.

План по разработке и актуализации внутренних нормативных документов на 20 год

(Наименование структурного подразделения)

№ п/п	Наименование ВНД	Номер, дата утверждения	Статус/ Действие	Соработотчки	20 г.												Ответственное лицо
					январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	
1.			Разработка														Фамилия И.О.
2.		Утверждено _____, 20__ г. Введен в действие с _____, 20__ г.	Актуализация														
3.																	

Руководитель СП/Ответственный работник _____ (Подпись) (ФИО)

Ознакомлен(-ы): _____ (Подпись) (ФИО)



ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ПЕРСОНАЛА
ПРИКАЗ

НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет»

БҰЙРЫҚ

ПРИКАЗ

Алматы қ.
20__ ж. _____ «__»

г. Алматы
«__» _____ 20__ г.

О внедрении внутреннего
нормативного документа

С целью достижения большей удовлетворенности потребителей качеством продукции НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет», а также для успешной реализации проекта по разработке, внедрению и подготовке к сертификации системы менеджмента качества на соответствие требованиям МС ИСО 9001:2015

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить внутренний нормативный документ: _____.
2. Назначить ответственными за внедрение внутреннего нормативного документа:
 - _____ (должность, подразделение, Ф.И.О.);
 - _____ (должность, подразделение, Ф.И.О.);
 - _____ (должность, подразделение, Ф.И.О.).
3. Ответственным за внедрение довести до сведения работников своих подразделений содержание настоящего Приказа и осуществить мероприятия, необходимые для выполнения требований утвержденного внутреннего нормативного документа.
4. Ответственному по качеству обеспечить руководителей подразделений и ответственных по процессам зарегистрированными копиями утвержденного внутреннего нормативного документа.
5. Ответственному по качеству провести разъяснительную работу в подразделениях Университета.
6. Результативность внедрения проверить в процессе внутренних проверок и отразить в итоговом отчете аудита.
7. Ввести настоящий приказ, перечень и внутренние нормативные документы со дня подписания.
8. Контроль исполнения данного Приказа возложить на Представителя руководства по качеству.
9. Общий контроль оставляю за собой.

Ректор

Согласовано:



ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ПЕРСОНАЛА
ПЕРЕЧЕНЬ

ПЕРЕЧЕНЬ ВНУТРЕННИХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

№ п/п	Наименование документа	Код	Дата утверждения	Номер издания	Примечание
1	2	3	4	5	6

РАЗРАБОТАНО:

СОГЛАСОВАНО:



НАИМЕНОВАНИЕ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

ПЛАН

УТВЕРЖДАЮ: _____
Курирующий руководитель/
Руководитель Структурного подразделения _____ /Фамилия И.О.

ПЛАН РАБОТЫ _____ на _____ учебный год
(название СП)

№	Наименование мероприятия	Ожидаемые результаты	Достигнутые результаты (форма завершения)	Ед. изм.	Плановый период по кварталам				Ответственное подразделение
					III	IV	I	II	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Направление ...</i>									
1									
...									

Руководитель СП/Ответственный работник _____

(Подпись)

(ФИО)



НАИМЕНОВАНИЕ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

ОТЧЕТ

УТВЕРЖДАЮ: _____
Курирующий руководитель/
Руководитель Структурного подразделения _____ /Фамилия И.О.

ОТЧЕТ О РАБОТЕ _____ на 20 ____ год

(Наименование структурного подразделения)

№	Наименование мероприятия	Достиженные результаты (форма завершения)	Статус (выполнено/не выполнено/ в процессе)	Ед. изм.	Плановый период по кварталам				Ответственное подразделение	Примечание
					III	IV	I	II		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>Название направления</i>										
1										
..										

Руководитель СП/Ответственный работник _____ (Подпись) _____ (ФИО)



ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ПЕРСОНАЛА
ЖУРНАЛ

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПОДЛИННИКОВ

№ п/п	Дата регистрации	Код документа	Наименование документа	Номер издания	Отметка об изъятии
1	2	3	4	5	6



ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ПЕРСОНАЛА
ЖУРНАЛ

Журнал учета копии документации

Наименование документа _____

Код документа _____ Номер издания _____

№ п/п	Копия выдана			Копия возвращена	
	Ф. И. О., должность лица, получившего копию	Дата	Подпись лица, получившего копию	Дата	Подпись ответственного лица

Примечание: для отдельного документа следует использовать отдельный лист журнала



ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ПЕРСОНАЛА
ЖУРНАЛ

Журнал ознакомления

Наименование документа _____

Код документа _____ Номер издания _____

Мы, нижеподписавшиеся, изучили данный документ и принимаем на себя обязательства по его использованию в нашей практической деятельности и в случае обнаружения каких-либо несоответствий в тексте документа обязуемся информировать об этом ответственного по качеству.

№ п/п	Ф. И. О., должность	Дата	Личная подпись
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

Примечание: для отдельного документа следует использовать отдельный лист(ы) журнала



НАИМЕНОВАНИЕ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
ПЕРЕЧЕНЬ

Контрольный перечень внешних нормативных документов

№	Наименование документа	Наименование структурного подразделения	Ответственное лицо
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			