	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.2

Предисловие

Настоящее руководство по качеству является основополагающим документом системы менеджмента качества Ханты – Мансийской государственной медицинской академии. Положения руководства по качеству определяют процессы и деятельность, необходимую для системы менеджмента качества, устанавливает политику и цели в области качества, ответственность руководства академии в реализации политики в области качества.

Руководство по качеству содержит информацию о методах, обеспечивающих функционирование системы менеджмента качества, содержит ссылки на соответствующие документируемые процедуры.

При разработке руководства по качеству учтены требования ГОСТ Р ИСО 9001: 2008 «Система менеджмента качества. Требования» и содержание приказов и писем Министерства образования и науки РФ, Федерального агентства по образованию по вопросам внутривузовской системы управления качеством образования.

Руководство по качеству введено в действие впервые.

Утверждено и введено в действие приказом ректора ГБОУ ВПО ХМАО – Югры ХМГМА
 №__ от _____ 2012 г.

Документ разработал

заместитель начальника учебно – методического отдела

_____ З.М.Коркина

« ____ » _____ 2012




Содержание

№ п/п	Наименование документа	Страница
	Введение	4
1.	Область применения	4
2.	Нормативные ссылки	5
3.	Термины и определения и сокращения	5
	Общие сведения СМК	6
4.	Система менеджмента качества	10
4.1.	Общие требования	10
4.2.	Требования к документации	11
4.2.1.	Общие положения	17
4.2.2.	Руководство по качеству	18
4.2.3.	Управление документацией	18
4.2.4.	Управление записями	20
5.	Ответственность руководства	21
5.1.	Обязательства руководства	21
5.2.	Ориентация на потребителя	22
5.3.	Политика в области качества	23
5.4.	Планирование	25
5.4.1.	Цели в области качества	25
5.4.2.	Планирование СМК	25
5.5.	Ответственность, полномочия и информирование	25
5.5.1.	Ответственность и полномочия	25
5.5.2.	Представитель руководства	27
5.5.3.	Внутренний обмен информацией в образовательном учреждении	28
5.6.	Анализ со стороны руководства	29
5.6.1.	Общие положения	29
5.6.2.	Входные данные для анализа	30
5.6.3.	Выходные данные анализа	32
6.	Управление ресурсами	33
6.1.	Обеспечение ресурсами в образовательном учреждении	33
6.2.	Человеческие ресурсы в образовательном учреждении	34
6.2.1.	Общие положения	34
6.2.2.	Компетентность, осведомленность и подготовка	36
6.3.	Инфраструктура	37
6.4.	Производственная среда	39
7.	Процессы жизненного цикла образовательных услуг	40
7.1.	Планирование процессов жизненного цикла продукции	40
7.2.	Процессы, связанные с потребителем	42
7.2.1.	Определение требований, связанных с продукцией (образовательной услугой)	42
7.2.2.	Анализ требований к продукции (образовательной услуге)	43
7.2.3.	Взаимодействие с потребителями	44



7.3.	Проектирование и разработка	45
7.3.1.	Планирование проектирования и разработки	45
7.3.2.	Входные данные для проектирования и разработки	48
7.3.3.	Результаты проектирования и разработки	50
7.3.4.	Анализ проектирования и разработки	52
7.3.5.	Верификация проектирования и разработки	53
7.3.6.	Валидация проектирования и разработки	53
7.3.7.	Управление изменениями при проектировании и разработке	53
7.4.	Закупки	54
7.4.1.	Процесс закупок	54
7.4.2.	Информация для закупок	55
7.4.3.	Верификация закупленной продукции	56
7.5.	Производство и обслуживание	57
7.5.1.	Управление производством и обслуживанием	57
7.5.2.	Валидация процессов производства и обслуживания	59
7.5.3.	Идентификация и прослеживаемость в образовательном учреждении	60
7.5.4.	Собственность потребителя	62
7.5.5.	Сохранность продукции	62
7.6.	Управление устройствами для мониторинга и измерений	64
8.	Измерения, анализ и улучшение	65
8.1.	Общие положения	65
8.2.	Мониторинг и измерения	66
8.2.	Удовлетворенность потребителей	66
8.2.2.	Внутренний аудит	67
8.2.3.	Мониторинг и измерение процессов	70
8.2.4.	Мониторинг и измерение продукции	71
8.3.	Управление несоответствующей продукцией	72
8.4.	Анализ данных	75
8.5.	Улучшение	76
8.5.1.	Постоянное улучшение	76
8.5.2.	Корректирующие действия	77
8.5.3.	Предупреждающие действия	78
	Приложения:	
	Приложение 1 Политика в области качества	
	Приложение 2 Цели в области качества	
	Приложение 3 Матрица ответственности ХМГМА	
	Приложение 4 Организационная структура ХМГМА	
	Приложение 5 Структура СМК ХМГМА	
	Приложение 6 Таблица процессов ХМГМА	
	Приложение 7 План по качеству ХМГМА	
	Приложение 8 Матрица взаимодействия процессов	

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.5

Введение

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия - это молодой, активно развивающийся региональный вуз. Важнейшей задачей стоящей перед Ханты – Мансийской государственной медицинской академией является разработка и внедрение механизмов, обеспечивающих качество образовательных услуг при подготовке специалистов с высшим и средним медицинским образованием. В структуре академии функционируют 3 факультета: лечебный, среднего медицинского профессионального образования, последипломного образования, объединяющие 23 кафедры. В академии создана устойчивая инфраструктура, обеспечивающая благоприятные условия для качественной организации образовательной и научной деятельности студентов, слушателей и преподавателей. В академии обучается более 1000 студентов и слушателей. Конкурс при поступлении в Вуз на лечебный факультет - более 4 человек, на факультет СМПО - более 2 человек на одно место. Студенты активно участвуют в научно – исследовательской работе, предоставляют доклады на общероссийские, региональные межвузовские научные конференции. Учебный процесс организован в помещениях площадью 13 тысяч квадратных метров, в составе которых имеются 15 лекционных залов, 56 аудиторий, библиотека с общим фондом более 40 тысяч экземпляров, спортивный зал. Общее количество компьютеров, используемых в учебном процессе 395, в том числе 4 компьютерных класса на 60 персональных ЭВМ, объединенных в локальную сеть, 105 рабочих мест имеет выход в Интернет. Качество подготовки специалистов обеспечивается двумя основными составляющими – качеством содержания образовательных программ и качеством менеджмента.

Переход на единые принципы построения и организации функционирования системы управления качеством в соответствии с требованиями международного стандарта и ГОСТ Р ИСО 9001:2008 – важнейший вопрос в деятельности руководства академии. Движение вуза к созданию системы менеджмента качества требует:

- формулирование целей развития и миссии вуза;
- оптимизации организационной структуры;
- совершенствования методов управления;
- ответственности руководителей и сотрудников;
- развитой корпоративной культуры персонала.

1. Область применения руководства по качеству


1.1. Главное назначение руководства по качеству состоит в том, чтобы определить и обозначить систему качества, одновременно исполняя роль постоянного руководящего документа по внедрению и поддержанию в рабочем состоянии данной системы.

1.2. Действие руководства по качеству распространяется на все виды деятельности академии, является обязательным для исполнения всем персоналом от ректора до конкретного исполнителя на всех этапах жизненного цикла.

1.3. Руководство по качеству служит документальной базой для проведения аудитов и средством доведения информации по системе менеджмента качества до сведения персонала и других заинтересованных сторон. Выполняет функцию постоянного справочного материала по менеджменту качества.

1.4. Руководство по качеству устанавливает функциональные обязанности должностных лиц по управлению, обеспечению и улучшению качества оказываемых услуг в академии.

1.5. Руководство по качеству имеет сквозную нумерацию листов.

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.6

1.6. Все экземпляры руководства по качеству подлежат учету. Выдача руководства по качеству и адрес подлежит регистрации.

1.7. Руководство по качеству может изменяться и дополняться в соответствии с развитием работ по совершенствованию системы менеджмента качества. Ревизия руководства по качеству по внесению необходимых изменений во все учтенные экземпляры проводится ежегодно. Внесение изменений отмечается в листе регистрации изменений руководства.

1.8. Разработка, актуализация, пересмотр, издание и распространение осуществляется сотрудниками отдела качества образования с едиными процедурами и требованиями, описанными в п. 4.2.3 руководства по качеству.

1.9. Ответственность за разработку, применение, актуализацию, пересмотр, издание, распространение руководства по качеству, контроль за исполнением данных работ возлагается на ответственного от ректората по качеству.

1.10. Первый экземпляр руководства по качеству находится у ректора, второй у ответственного от ректората по качеству, третий в учебно – методическом отделе.

1.11. Электронный вариант размещается на сайте академии.

1.12. Проверку руководства по качеству на соответствие требованиям ИСО 9001:2008 ведет учебно - методический отдел.

1.13. Хранение руководства по качеству осуществляется в соответствии с ДП СМК.2.3-01-2012 «Управление документацией».

Руководство по качеству Ханты – Мансийской государственной академии является основным документом системы менеджмента качества в рамках ИСО – 9001:2008 и служит информационно-справочным материалом для всех подразделений академии.

2. Нормативные ссылки

В настоящем руководстве по качеству использованы ссылки на следующие нормативные документы:

1. ИСО 9000:2000 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
2. ИСО 9001 :2008 Системы менеджмента качества. Требования.
3. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001: 2001 в сфере образования.
4. Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности.
5. ИСО 15489-1:2001 Управление документами Общие требования.
6. ИСО 9004:2009 Менеджмент для достижения для устойчивого успеха организации.
7. ИСО 19011:2003 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и /или систем экологического менеджмента.
8. ГОСТ Р 6.30- 2003 Унифицированная система организационно – распорядительной документации. Требования к оформлению документов.
9. ГОСТ Р ИСО 15489 -1- 2007 Управление документами. Общие требования.
10. ГОСТ Р ИСО /ТО 10013-2007 Руководство по документированию системы менеджмента качества.

3. Термины и определения, сокращения

Анализ – деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности и результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей.

Аудит – независимый, документированный процесс.



Валидация – подтверждение посредством объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного применения выполнены.

Верификация – подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что установленные требования выполнены.

Документ- информация, представленная на собственном носителе.

Запись – документ, содержащий достигнутый результат или свидетельство осуществленной деятельности.

Идентификация – процесс установления местонахождения данного объекта, документальное подтверждение его основных реквизитов.

Инфраструктура – совокупность зданий, оборудования, служб обеспечения, необходимых для функционирования организации.

Качество – степень соответствия совокупности присущих объекту характеристик требованиям.

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Менеджмент – скоординированная деятельность по руководству и управлению.

Метрологическая служба – организационная структура, несущая административную и техническую ответственность за определение и внедрение системы менеджмента измерений.

Поставщик – организация или лицо, предоставляющее услугу.

Потребитель - организация или лицо, получающая услугу.

Предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Производственная среда – совокупность условий, в которых выполняется работа.

Прослеживаемость – возможность проследить применение или местонахождение того, что рассматривается.

Процесс – совокупность взаимосвязанных, взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы.

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Руководство по качеству - документ, определяющий систему менеджмента качества.

Система – совокупность взаимосвязанных, взаимодействующих элементов.

Спецификация – документ, устанавливающий требования.

Требование – документально изложенный критерий, который должен быть выполнен.

Удовлетворенность потребителей - восприятие потребителями степени выполнения требований.

Эффективность – связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.



Термины и определения соответствуют ГОСТ Р ИСО 9000: 2008 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь».

ГАК	Государственная аттестационная комиссия.
ГОС ВПО	Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования.
ГОС СПО	Государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования
ГОУ ВПО	
ХМАО –Югры	Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»
ХМГМА	
ГЭК	Государственная экзаменационная комиссия
ДИ	Должностная инструкция
ДП	Документированная процедура
ИГА	Итоговая государственная аттестация
ИГЭ	Итоговый государственный экзамен
КД	Корректирующие действия
ЛПУ	Лечебно – профилактические учреждения
МИ	Методическая инструкция
МО	Мониторинг образования
ОКДП	Общепринятый классификатор видов экономической деятельности, продукции и услуг
ООП	Основная образовательная программа
ОПОП	Основная профессиональная общеобразовательная программа
ОРК	Ответственный от ректората по качеству
ОУ	Образовательные услуги
ПД	Предупреждающие действия
ПП	Положение о подразделении
ППС	Профессорско-преподавательский состав
Проректор по АХЧ	Проректор по административно – хозяйственной части
Проректор по ЛР	Проректор по лечебной работе
Проректор по НИР	Проректор по научно-исследовательской работе
Проректор по ПДО	Проректор последипломного образования
Проректор по ФЭД	Проректор по финансово–экономической работе
Проректор по УР	Проректор по учебной работе
ПФХД	План финансово- хозяйственной деятельности
РИ	Рабочая инструкция



РК	Руководство по качеству
РП	Рабочие процессы
СИ	Система измерений
СМИ	Средства массовой информации
СМК	Система менеджмента качества
СП	Структурное подразделение
СТУ	Стандарт учреждения
ТК	Текущий контроль
УМК	Учебно-методический комплекс
УМО	Учебно – методический отдел
ФГОС ВПО	Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования
ФГОС СПО	Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования
ЦКМС	Центральный координационный методический совет

Общие положения

Ханты –Мансийская государственная медицинская академия при разработке и внедрении системы менеджмента качества ориентируется на применении восьми принципов менеджмента в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001: 2008 «Система менеджмента качества. Требования».

1. Ориентация на потребителя

Руководство академии знает текущие и будущие потребности потребителей, активно взаимодействует с ними, привлекает потребителей к разрешению вопросов в организации образовательной, научной и лечебно – диагностической деятельности вуза. Клинические кафедры располагаются в современных лечебно – профилактических учреждениях города, оснащенных новейшим высокотехнологичным лечебно – диагностическим оборудованием. Врачи окружной клинической больницы, работники Департамента здравоохранения Ханты – Мансийского автономного округа принимают участие в разработке учебных планов, участвуют в итоговой государственной аттестации выпускников.

В ХМГМА системно ведется работа по совершенствованию ресурсов, использованию современных технологий в образовательном процессе, что является гарантией выполнения требований и ожиданий студентов, аспирантов, интернов, ординаторов, слушателей.

2. Лидерство руководителя

Ректорат академии определяют политику и цели в области качества, миссию вуза, создает и поддерживает в рабочем состоянии внутреннюю среду, в которую вовлекаются все сотрудники вуза в решении задач повышения качества.

3. Процессный подход

Модель СМК ХМГМА построена на применении процессного подхода. Процессный подход обеспечивает непрерывность управления, взаимодействие всех процессов функционирования вуза, полноценное использование имеющихся ресурсов, постоянного улучшения процессов, основанного на объективном измерении.

В академии определен перечень процессов, обеспечивающих функционирование академии (таблица №1).



Выделено три группы процессов: процессы, включающие деятельность руководства академии по управлению качеством; основные процессы образовательной, научной и лечебной деятельности; вспомогательные процессы. При определении каждого процесса учитывался вопрос ресурсного обеспечения, назначении владельца процесса, значимости процесса в повышении качества деятельности академии.

Образовательный процесс - это организация приема студентов, разработка образовательных программ, организация и реализация учебного процесса по программам высшего и среднего профессионального образования. Целью образовательного процесса является подготовка профессионально компетентного специалиста.

Научный процесс – это научно – исследовательская деятельность преподавателей и обучающихся, подготовка научных кадров через аспирантуру и соискательство.

Лечебный процесс – это ведение лечебной работы ППС: профессорские обходы в отделениях ЛПУ, консультативные осмотры больных в ЛПУ, участие в консилиумах.

Целью вспомогательных процессов – методическая, информационная, аналитическая поддержка основных процессов.

Процессы управления обеспечивают качество результатов всей деятельности академии.

Приведенная модель СМК (рис 1), основанная на процессном подходе, иллюстрирует связи между процессами, показывает, что потребители играют существенную роль в установлении требований, рассматриваемых в качестве входов. Мониторинг удовлетворенности потребителей - оценка выполнения требований.

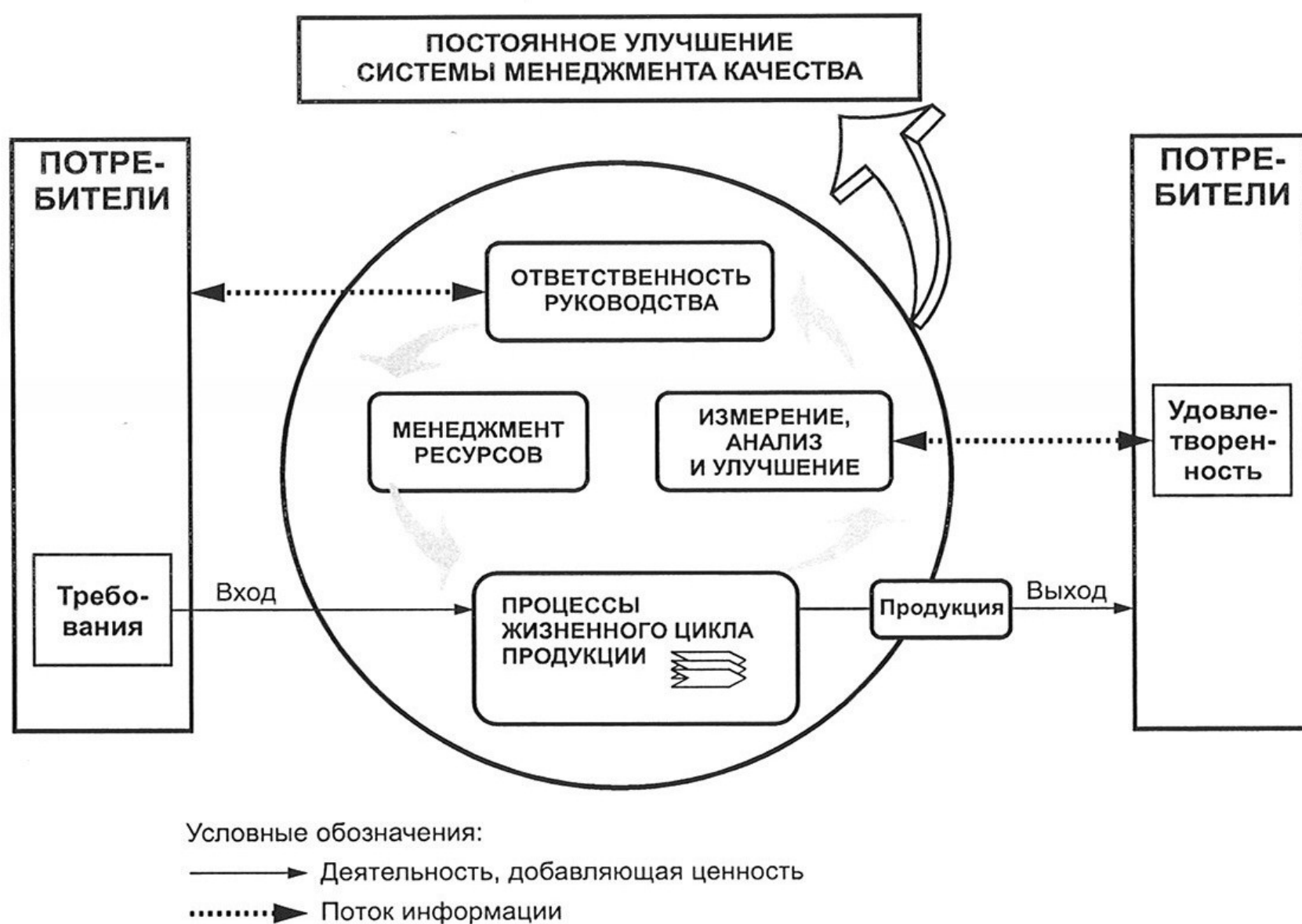


Рисунок 1 — Модель системы менеджмента качества, основанной на процессном подходе


	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.11

Таблица №1

Реестр типовых процессов и видов деятельности в ХМГМА

№ п/п	Наименование вида деятельности или процесса	Иден. №
Деятельность руководства по управлению качеством образования		
1.1.	Стратегия, политика и цели в области качества образовательной, лечебной и научной деятельности	
1.2.	Планирование и развитие СМК	
1.3.	Распределение ответственности и полномочий	
1.4.	Лицензирование и аккредитация	
1.5.	Анализ СМК со стороны руководства	
1.6.	Менеджмент ресурсов и персонала	
Типовые (ключевые) процессы		
Основные процессы научно-образовательной деятельности		
2.1.	Маркетинговые исследования рынков труда, образовательных и научных услуг.	
2.2.	Проектирование и разработка образовательных программ	СМК РП -02-07
2.3.	Довузовская подготовка и организация профориентационной работы	СМК РП -02 -08
2.4.	Организация приема студентов	СМК РП -02-09
2.5.	Организация и реализация учебного процесса по программам высшего профессионального образования	С МК РП -02 -10
2.6.	Организация и реализация учебного процесса по программам среднего профессионального образования	СМК РП -02-11
2.7.	Организация и проведение ИГА и ИАК	СМК РП -02 -12
2.8.	Воспитательная и внеучебная работа со студентами	СМК РП -02 -13
2.9.	Организация и проведение последипломного и послевузовского образования	СМК РП -02 -14
2.10.	Повышение квалификации ППС	СМК РП -02 -15
2.11.	Лечебная деятельность	СМК РП -02-16
2.12.	Подготовка научно–педагогических кадров (аспирантура, соискательство)	СМК РП -02-17
2.13.	Научно-исследовательская и инновационная деятельность	СМК РП -02 -18
Вспомогательные процессы		
3.1.	Финансово–экономическое обеспечение	СМК РП -02 -19
3.2.	Бухгалтерское обеспечение	СМК РП -02 -20
3.3.	Правовое и кадровое обеспечение	СМК РП -02 -21
3.4.	Управление документооборотом	СМК РП -02 -22
3.5.	Методическая деятельность	СМК РП -02 -23



3.6.	Управление образовательной средой	СМК РП -02 -24
3.7.	Издательская деятельность	СМК РП -02 -25
3.8.	Библиотечное и информационное обслуживание	СМК РП -02 -26
3.9.	Управление инфраструктурой	СМК РП -02 -27
3.10.	Обеспечение безопасности жизнедеятельности	СМК РП -02 -28
3.11.	Социальная поддержка студентов и сотрудников	СМК РП -02 -29
Деятельность в рамках процессов по измерению, анализу и улучшению		
4.1.	Мониторинг, измерение и анализ процессов	СМК РП -02 -03
4.2.	Управление несоответствиями	СМК РП -02 -05
4.3.	Улучшение процессов посредством реализации политики и целей, а также корректирующих и предупреждающих действий.	СМК РП -02 -04

Для каждого процесса разрабатываются карта и описание процесса (Приложение СМК ДП «Менеджмент систем и процессов») где отражается:

- сведения о потребителях процесса;
- сведения о входах и выходах процесса;
- взаимосвязь с другими процессами и взаимосвязь различных видов деятельности внутри процесса;
- цели процесса и показатели, характеризующие достижения целей;
- используемые методы измерений и анализ показателей качества процесса;
- планируемые мероприятия по улучшению процесса или устранению несоответствий.

При описании процессов используются следующие документы: СМК ДП 4.2.3. - 01-2012 «Управление документацией», СМК ДП 4.2.4. – 02 -2012 «Управление записями».

4. Вовлечение работников

Применение этого принципа ведет к:

- пониманию работниками всех служб их роли в повышении качества работы академии;
- активному поиску возможностей повышения компетентности;
- принятию ответственности за решения проблем по повышению качества.

5. Системный подход к менеджменту

Применение данного принципа СМК обеспечивает:

- создание в академии системы взаимосвязанных процессов, обеспечивающих качественную жизнедеятельность академии;
- постоянное улучшение результативности процессов через их измерение и оценку;
- эффективное использование имеющихся ресурсов;
- результативное взаимодействие в работе структурных подразделений в области менеджмента качества.

6. Постоянное улучшение

Ректорат академии рассматривает непрерывное улучшение деятельности как неизменную цель.



7. Принятие решений основанных на фактах

Эффективные решения должны основываться на анализе данных и информации.

8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками

Основными поставщиками ХМГМА являются средние общеобразовательные учреждения ХМАО – Югры.

В академии в плановом порядке проводятся встречи с выпускниками ОУ СОШ округа, ППС академии проводят занятия в медицинских классах г. Ханты – Мансийска. Проводимая профориентационная работа обеспечивает конкурсный набор абитуриентов на факультеты ХМГМА.

Ректорат ГОУ ВПО ХМГМА строит отношения с поставщиками на взаимовыгодной основе.

4. Система менеджмента качества

4.1 Общие требования

Система менеджмента качества ХМГМА описана в данном руководстве в соответствии с требованиями ИСО 9001:2008 с учетом законодательных требований, регулирующих все процессы, осуществляемые в вузе и применима в работе структурных подразделений академии в следующих областях:

- образовательные услуги;
- научно-исследовательская деятельность;
- дополнительные образовательные услуги;
- лечебная деятельность.

Что такое система менеджмента качества?

СМК – система, необходимая для формирования политики и целей в области качества и достижения этих целей.

СМК - комплексная система управления, способствующая эффективному использованию ресурсов в интересах повышения качества образовательных услуг, предупреждению возможных ошибок, приводящих к недостаточному качеству услуг.

СМК – система, которая объединяет все сферы деятельности академии: образовательную, лечебную, научную, воспитательную, административную, экономическую, хозяйственную и обеспечивает стратегию развития вуза.

СМК – система, объединяющая организационные структуры, методики, ресурсы, процессы, необходимые для осуществления политики в области качества.


СМК - гарантия качества подготовки выпускников в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов.

СМК ориентирует на выявление, сокращение, устранение и предупреждение предоставления образовательной услуги неудовлетворительного качества.

4.2 Требования к документации

4.2.1 Общие положения

Документация СМК ХМГМА определяет 4 уровня: первый уровень - это документально оформленные Политика и цели качества в области качества, руководство по качеству; второй уровень - документированные процеду-

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.14

ры, указанные в таблице №2; третий уровень документации включает: стандарты учреждения, необходимые для обеспечения планирования, управления производственными процессами; внутренние документы: методические инструкции, должностные инструкции, записи по качеству и др.; четвертый уровень – это нормативные документы Правительства РФ и ХМАО - Юры, приказы и распоряжения Министерства образования и науки РФ.

Таблица №2


Уро- вень	Наименование документа
1	Политика в области качества. Цели в области качества. Руководство по качеству.
2	Документально оформленные обязательные процедуры, требуемые ИСО 9001:2008: СМК ДП 02-01-2012 «Управление документацией»; СМК ДП 02-02-2012 «Управление записями»; СМК ДП 02-03-2012 «Внутренний аудит»; СМК ДП 02-04-2012 «Корректирующие действия»; СМК ДП 02-06-2012 «Управление несоответствиями»;
3	Внутренние нормативные документы: <ul style="list-style-type: none"> • стандарты ХМГМА; (СМК СТУ -03-01-2012 и т.д.) • локальные акты; • методические инструкции; (СМК МИ-04-01-2012 и т.д.) • должностные инструкции; (СМК ДИ- 04-01-2012 и т.д.) • записи по качеству.
4	Законы РФ, постановления Правительства РФ, государственная нормативная документация (СанПиНы, ГОС ФГОС, стандарты в области качества) законы ХМАО-Югры, постановления Правительства ХМАО–Югры, распоряжения губернатора ХМАО–Югры и др.

Перечисленная документация является достаточной для подтверждения соответствия требованиям ГОСТ Р ИСО 9001:2008.

4.2.2 Руководство по качеству

Руководство по качеству является постоянно действующим внутренним документом СМК, данный документ содержит:

- область применения и сферу действия системы менеджмента качества;
- описание процессов СМК и их взаимодействие;
- заявление о политике в области качества (издается в виде самостоятельного документа);
- цели в области качества;
- методы, применяемые в академии для достижения целей в области качества;
- ответственность и обязанности персонала в реализации процессов;
- матрица распределения ответственности и полномочий СМК (приложение);
- структура СМК (приложение).

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.15

Содержание РК изложено в последовательности требований ИСО 9001:2008.

Процедуры разработки, согласования, утверждения, актуализации, пересмотра, идентификации РК соответствуют положениям СМК ДП 02 -01-2012 «Управление документацией».

4.2.3 Управление документацией

Целью проведения работ по управлению документацией является гарантированное и своевременное обеспечение персонала действующей документацией. Критериями адекватности документов СМК являются:

- внешний вид документа;
- соответствие названия, форм, обозначения, страниц;
- наличие подписей и дат разработчиков, проверяющих, согласующих и утверждающих документ;
- описание процесса с достаточным уровнем детализации;
- взаимодействие с другими документами;
- функциональная полнота;
- соответствие требованиям ИСО 9001:2008;
- актуализация (все изменения должны быть внесены своевременно);
- наличие условий для использования и хранения.

Документы подразделяются на два вида: документация внутреннего происхождения и внешние документы.

Управление внутренними и внешними нормативными документами осуществляется в соответствии с требованиями документированной процедуры СМК ДП–02-01 -2012 «Управление документацией » и предусматривает следующие этапы:

для внутренних документов:

- разработка, проверка, утверждение и регистрация документа;
- формирование и хранение контрольного экземпляра;
- формирование и рассылка управляемого экземпляра документа;
- ознакомление персонала с документами;
- внесение и идентификацию изменений в контрольном экземпляре;
- формирование и хранение контрольного экземпляра с изменениями;
- введение документа в практику работы;
- изъятие у пользователей экземпляров отмененных документов и их уничтожение.

для внешних документов:

- получение необходимой документации;
- регистрация и хранение контрольного экземпляра поступившей документации;
- введение документа в практику работы;
- ознакомление персонала с документами;
- идентификация изменений и хранение экземпляра с изменениями;
- ознакомление персонала с изменениями.

Документация ХМГМА ежегодно актуализируется, анализируется. Изменения, дополнения оформляются и утверждаются в соответствии с требованиями СМК и доводятся до сведения персонала.



4.2.4 Управление записями

Записи в соответствии с СМК ДП.-02-02-2012 «Управление записями» (ГОСТ Р ИСО 9001: 2008) представляют особый вид документов. Управление записями направлено на организацию информационных процессов, обеспечивающих своевременное и регулярное предоставление руководству академии полной и достоверной информации, необходимой и достаточной для принятия обоснованных решений по всем вопросам улучшения процессов деятельности ХМГМА. Управление записями предусматривает:

- упорядоченность, однозначность и удобство восприятия информации;
- точность, достоверность и своевременность информации;
- исключение разобщенности и дублирования.

Системой менеджмента качества предусматриваются записи по качеству, имеющие силу для всей академии, а также специальные формы, бланки и т.д., используемые в рамках одного или нескольких подразделений. Для обеспечения единства требований в ХМГМА определен перечень стандартных форм, используемых СМК в виде «Альбома стандартных форм СМК», где прописаны инструкции по их заполнению.

5. Ответственность со стороны руководства

5.1 Обязательства руководства

Ректорат ХМГМА приняло на себя ответственность по разработке и внедрению СМК. Со стороны руководства проводятся следующие действия:

- установление и доведения до сведения персонала Политики в области качества, которая позволяет всем работникам образовательного учреждения понимать миссию академии;
- установление целей в области качества;
- максимально возможное обеспечение человеческими и материальными ресурсами, необходимыми для достижения поставленных целей;
- информирование заинтересованных лиц по вопросам, связанным с ходом внедрения СМК и обеспечения обратной связи с обучающимися и другими потребителями;
- определение методов измерения деятельности академии, чтобы установить достигнуты ли запланированные цели;
- проведение оценки удовлетворенности потребителей, работников академии;
- измерение других показателей успеха.

При внедрении системы менеджмента качества и непрерывном ее совершенствовании руководители вуза проводят работу по:

- изучению и выполнению требований всех групп потребителей;
- предъявлению требований к руководителям всех уровней в обеспечении единства целей и направлений деятельности академии в вопросах качества через четкую регламентацию обязанностей и полномочий;
- достижению нового уровня качества подготовки специалистов через совершенствование условий в организации самостоятельной работы студентов и индивидуальной подготовки талантливой молодежи;
- поощрению со стороны руководства творческой инициативы преподавателей по внедрению новых технологий обучения, совершенствованию учебного процесса;



- созданию условий для повышения качества образования и совершенствования обучения в области качества путем внедрения системы менеджмента;
- поддержанию атмосферы сотрудничества и доверия между персоналом и студентами академии;
- ректорат академии анализирует результаты самооценок СП, результаты внутренних и внешних аудитов для подтверждения факта в том, что Политика в области качества воплощается в жизнь.

Руководство берет на себя обязательства и ответственность за создание условий для развития корпоративной культуры, по обеспечению соответствия системы менеджмента качества требованиям и постоянного ее улучшения.

Итогом работы руководства по СМК является годовой отчет «Анализ СМК со стороны руководства». В ХМГМА будет разработан СТУ «Анализ СМК со стороны руководства», где прописано содержание анализа, требования к его проведению и оформлению.

5.2. Ориентация на потребителя

Потребителями для ХМГМА являются:

- абитуриенты, студенты и обучающиеся;
- члены семей абитуриентов, студентов и обучающихся;
- лечебно-профилактические учреждения ХМАО – Югры;
- общество и государство в целом;
- персонал академии;
- органы управления здравоохранением ХМАО–Югры.

Государство предъявляет требования в форме ГОС и ФГОС по специальностям, которые являются нормативными для реализации образовательного процесса.

Работодатели являются потребителями продукции академии. Взаимодействуя с работодателями академия определяет какой уровень общекультурных и профессиональных компетенций наиболее значимы в практической работе выпускников.

Ректорат академии учитывает требования и предложения внутренних потребителей в части организации их деятельности и создание условий в качественной реализации рабочих процессов СМК.

Исходя из требований потребителей, ректорат академии планирует мероприятия по достижению целей в области качества.

5.3. Политика в области качества

Политика в области качества регламентируется законодательными требованиями РФ, требованиями международного стандарта ГОСТ Р ИСО – 9001:2008 (приложение №1)

Ключевыми направлениями политики в области качества в ХМГМА являются:

- модернизация образовательной деятельности;
- научно-инновационное развитие;
- развитие кадрового потенциала;
- формирование современной инфраструктуры;
- совершенствование финансово-экономического администрирования.

Для достижения целей, определяемых Политикой в области качества ректорат академии:

- определяет ответственность, полномочия и взаимодействие подразделений и их руководителей в решении поставленных задач;



- доводит политику в области качества до всего персонала, так чтобы каждый работник понимал ее значение;
- принимает меры к работникам, допускающим действия, противоречащие интересам политики в области качества;
- обеспечивает общее руководство качеством образовательных услуг.

Доведение Политики в области качества до персонала академии осуществляется путем:

- ознакомления сотрудников на Ученом совете академии, ученых советах факультетов, заседаниях кафедр;
- ознакомления вновь принимаемых сотрудников;
- проверка факта ознакомления с Политикой сотрудников академии проводится в ходе внутренних аудитов.

Доведение Политики в области качества до обучающихся осуществляется путем: ознакомления на собраниях факультетов, учебных групп; размещения текста Политики на стенде «Система менеджмента качества».

Политика в области качества подлежит ежегодному пересмотру ректором академии, о чем делается запись.

5.4. Планирование

5.4.1. Цели в области качества

Ректорат ХМГМА несет ответственность за то, чтобы цели в области качества (приложение №2) включали вопросы, которые необходимы для выполнения требований к образовательным услугам на всех этапах их жизненного цикла, были установлены и реализованы в соответствующих СП и на соответствующих уровнях. Цели в области качества являются измеримыми, способствуют результативному и эффективному анализу в ходе реализации Политики в области качества.

При определении целей в области качества учитываются:

- фактические и будущие потребности вуза в организации образовательных услуг;
- результаты анализа деятельности вуза со стороны руководства;
- фактические показатели образовательных услуг и процессов;
- уровни удовлетворенности заинтересованных сторон;
- результаты самооценки работы СП;
- результаты сравнительного анализа деятельности других медицинских вузов ХМАО – Югры;
- ресурсы, необходимые для достижения целей.

Цели в области качества обязательно отражаются в годовых планах работы СП.

Ответственность за доведения целей в области качества до руководителей СП возлагается на проректора по УР, а за доведение целей в области качества до персонала возлагается на руководителей СП.

5.5. Ответственность, полномочия и обмен информацией

5.5.1. Ответственность и полномочия

Ректорат обеспечивает доведение до сведения персонала ответственности и полномочий по СМК.

Распределение ответственности и полномочий применительно к процессам фиксируется в матрице ответственности (Таблица ответственности и полномочий).

Руководители структурных подразделений академии несут ответственность за достижение целей в области качества, эффективное планирование, управление, обеспечение и улучшение качества в рамках своих функциональных направлений.



Обязанности, права, ответственность каждого сотрудника академии определены в приказах, положениях, должностных инструкциях. Сотрудники подписывают листы ознакомления с соответствующими документами, с указанием даты ознакомления.

Представитель от руководства – ответственный за СМК – проректор по учебной работе. Функциональные обязанности представителя от руководства: разработка, внедрение и поддержание в рабочем состоянии процессов СМК; контроль за её функционированием; предоставление отчетов ректору о действии СМК.

Учебно – методический отдел:

- решает задачи по актуализации и совершенствованию документации СМК первого и второго уровней;
- проводит анализ состояния СМК;
- разрабатывает планы внутренних аудитов и проводит их;
- дает оценку соответствий всей СМК или отдельных её процессов требованиям международного и российского стандарта ГОСТ Р ИСО 9001: 2008 с точки зрения достижения целей, определенных в области качества;
- поддерживает и актуализирует информационно- справочную модель СМК;
- проводит обучение персонала основам менеджмента качества;
- решает организационно- методические подходы по внедрению и совершенствованию СМК.

Группа аудиторов состоит из числа сотрудников, ведущих преподавателей, руководителей структурных подразделений – участвуют в процедуре проведения плановых аудитов.

Уполномоченные по качеству в структурных подразделениях:


- ведут работу по внедрению СМК в своем подразделении;
- обеспечивают оформление и хранение документации по СМК;
- выполняют рекомендации по результатам аудитов;
- проводят сбор информации и анализ выполнения плановых мероприятий, составленных по результатам внешних и внутренних аудитов СМК;
- ведут сбор информации для оценки качества образовательных услуг и процессов, их сопровождающих.

5.5.2. Представитель руководства по качеству

Представитель руководства по СМК назначается приказом ректора.

На представителя руководства по качеству возлагается ответственность за:

- обеспечение соответствия СМК требованиям стандартов;
- организацию разработки, проведения экспертизы, регистрацию документов СМК;
- разработку ежегодных планов работы по качеству и организацию контроля их выполнения;
- организацию и проведению внутреннего аудита в соответствии с требованиями стандарта и использование результатов для совершенствования СМК и повышения качества работ в академии;
- принятие мер по предотвращению появления любых несоответствий;
- идентификацию и регистрацию любых проблем, касающиеся предоставляемых образовательных услуг, процессов и системы менеджмента качества;
- предоставление информационно- аналитических материалов, отчетов ректору о функционировании СМК, деятельности подразделений;
- инициирование, обеспечение принятия необходимых решений в рамках своих полномочий;

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.20

- организацию и реализацию процесса обмена информацией по вопросам функционирования СМК и ее результативности.

Представитель руководства по СМК наделен следующими полномочиями:

- принимать решения по вопросам разработки, внедрения, функционирования и совершенствования СМК, в том числе по распределению полномочий;
- выпускать распоряжения, проводить совещания по вопросам СМК;
- запрашивать необходимые материалы у руководителей подразделений;
- координировать и контролировать деятельность подразделений по вопросам разработки, внедрения, подготовки к сертификации, функционирования и совершенствования СМК;
- организовывать контроль выполнения положений и процедур СМК при ее функционировании;
- содействовать пониманию в академии требований потребителей;
- поддерживать связь с другими организациями по вопросам, касающимся системы менеджмента качества.

Вопросы о функциях, обязанностях, правах, ответственности, задачах представителя по качеству прописываются в локальном акте академии – СМК СТУ «Положение о представителе руководства по качеству».

5.5.3. Внутренний обмен информацией

Внутренний обмен информацией в ХМГМА имеет целью доведения до сотрудников, студентов и слушателей решений органов управления: Ученого совета академии, ученых советов факультетов, ректората, деканатов и получения обратной информации о их выполнении.

Обмен информацией предусматривает:

- проведение производственных собраний, заседаний кафедр, методических конференций (доклады, выступления, отчеты руководителей СП);
- распространение информационных писем представителя по качеству и других обзорных материалов;
- информирование, проводимое руководством на рабочих местах;
- опросы сотрудников, слушателей, студентов.

Для информирования и поддержки СМК создана и развивается локальная информационная сеть, сайт ХМГМА.


По вертикали информирование всех служб и подразделений, участвующих в образовательных услугах осуществляется по схеме: ректор академии – представитель от ректората по качеству – руководители СП – уполномоченные по качеству - сотрудники и студенты.

Процессы внутреннего обмена информацией осуществляются в соответствии с процедурой СМК ДП- 02- 01- 2012 «Управление документацией», СМК ДП- 02-02-2012 «Управление записями».

Конфиденциальность информации обеспечивается доступом к документам и записям персонала подразделений только в части его касающейся. Доступ посторонних лиц происходит с разрешения руководителей подразделений или ответственных лиц.

5.6 Анализ со стороны руководства

5.6.1 Общие положения

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.21

Анализ СМК со стороны руководства осуществляется с целью обеспечения ее постоянной пригодности, достаточности и результативности, а также оценки возможности улучшений и потребности в изменениях в СМК.

Анализ СМК со стороны руководства осуществляется ректором, проректорами, деканами факультетов и заведующими кафедр на плановых совещаниях, на заседаниях Ученых советов, ректората, ЦКМС и кафедр.

Частота анализа устанавливается исходя из потребности работы вуза.

Результаты анализа включают в себя все решения и действия, относящиеся к:

- рекомендациям по улучшению деятельности всех подразделений академии;
- повышению результативности СМК ее процессов - выводы по статистическим данным об образовательной, лечебной, научной, методической, экономической, финансовой и хозяйственной деятельности ХМГМА;
- оценке необходимых ресурсов;
- анализу потребности в кадрах и кадровой политики;
- результатам оценки поставщиков;
- оценке результативности корректирующих и предупреждающих действий.

Результаты анализа СМК записываются и сохраняются как протоколы заседаний Советов, в дальнейшем используются как предмет для анализа и обсуждения эффективности проведенных мероприятий. В академии может быть создан Совет по качеству.

Отчет по результатам функционирования СМК составляются ежегодно УМО и предоставляется руководству академии и заслушивается на заседании Ученого совета академии, доводятся до сведения персонала и иных заинтересованных сторон.

5.6.2 Входные данные для анализа

Входными данными для анализа СМК являются:

- результаты внутренних и внешних аудитов;
- лицензионные и аккредитационные показатели;
- данные анализа отчета работы приемной комиссии;
- информация о текущем контроле и промежуточной аттестации студентов;
- информация об итоговой государственной аттестации выпускников;
- результаты проверки остаточных знаний;
- ежегодные аналитические отчеты о деятельности кафедр;
- результаты социологических опросов абитуриентов, студентов, выпускников, преподавателей и работодателей;
- данные анализа научно- исследовательской деятельности в вузе;
- результаты всех видов проверок, осуществлённых за анализируемый период времени (внутренние, сертификационные, инспекционные аудиты и другие проверки);
- данные анализа соответствия учебно – методической документации требованиям образовательных стандартов РФ;
- данные о функционировании процессов СМК и о совершенствовании показателей результативности процессов СМК;
- данные об эффективности воспитательной работы;
- информация о корректирующих или предупреждающих действиях за анализируемый период и их результативности;



- информация о соответствии имеющихся ресурсов поставленным задачам;
- информация об изменении внутренних и внешних условий, которые могут повлиять на СМК (изменение организационной структуры, лицензирование и аккредитация новых специальностей, переход на новые учебные планы, изменение планов приёма и др.);
- предложения и рекомендации Ученого совета академии по совершенствованию СМК.

Данные для анализа готовят Представитель руководства по качеству, проректоры, деканы факультетов и руководители соответствующих структурных подразделений.

В сборе, анализе и обработке информации по качеству участвуют все структурные подразделения академии, при этом используется информация по измерению и улучшению каждого процесса, указанная в соответствующих картах процессов.

В академии действует «Программа внутренних аудитов» она корректируется в оперативном порядке. Внутренние аудиты обеспечивают руководство объективной и своевременной информацией о соответствии деятельности СП требованиям стандарта ИСО-9001:2008.

5.6.3 Выходные данные анализа

Выходные данные анализа со стороны руководства включают:

- решения по повышению результативности СМК (приказы, протоколы заседаний Ученых советов, совещаний ЦМКС, отчеты и др.);
- решения и действия по улучшению предоставляемых услуг по отношению к требованиям потребителей (приказы, протоколы совещаний и др.);
- решения и действия по определению потребности в ресурсах и их распределению.

Выходные данные анализа выдаются имеющим отношение к ним структурным подразделениям. Ответственность за рассылку и хранение документов (приказов, протоколов, решений, отчетов) несет начальник общего отдела.

6. Менеджмент ресурсов

6.1. Обеспечение ресурсами


Для поддержания в рабочем состоянии СМК и постоянного повышения ее результативности, а также для повышения удовлетворенности Потребителей путем выполнения их требований в ХМГМА имеются следующие ресурсы:

- человеческие ресурсы (штатный персонал и привлекаемые специалисты, подобранные в соответствии с требуемой квалификацией);
- инфраструктура;
- производственная среда.

Результативное использование ресурсов достигается выбором целей в области качества, на основе которых осуществляется планирование процессов и распределение ресурсов по приоритетным направлениям.

Руководство определяет, обеспечивает и поддерживает в рабочем состоянии в необходимом объеме ресурсы для функционирования СМК и постоянного повышения ее результативности.

Привлекаются средства регионального бюджета Ханты – Мансийского автономного округа - Югры выделяемые на образование.

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.23

Процесс закупки и выбор поставщика осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.07.2005г. № 94 – ФЗ (в редакции от 17.07.2009) «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

6.2 Человеческие ресурсы

6.2.1. Общие положения

Персонал ХМГМА является компетентным в своей работе, что определяется его образованием, подготовкой, навыками и опытом, в соответствии с установленными нормативными требованиями к качеству образовательных услуг.

Подбор кадров в ХМГМА проводится путем конкурса на замещение вакантной должности, заключения контрактов и трудовых договоров.

Прием на работу проводится на основе результатов собеседования с руководителями структурных подразделений с учетом квалификационных требований.

Подтверждение соответствия сотрудников занимаемой должности осуществляется путем периодической аттестации или повторного прохождения конкурса.

Избрание на должность ППС производится по конкурсу в соответствии с Трудовым кодексом РФ ФЗ от 22.08.1996 № 125 -ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» и изданным во исполнение указанных законодательных актов приказом Минобразования РФ от 26.11.2002 № 4114 «Об утверждении положения о порядке замещения должностей научно - педагогических работников в высшем учебном заведении РФ».

Оценку текущей и перспективной потребности в ППС осуществляет ректорат на основании анализа результативности научно – образовательного процессов.

Необходимый уровень компетентности для персонала определяется для каждой должности в должностных инструкциях сотрудников структурных подразделений ХМГМА.

6.2.2 Компетентность, подготовка и осведомленность

Требования к квалификации персонала установлены должностными инструкциями, трудовыми договорами в соответствии с единым квалификационным справочником. В управлении по работе с персоналом вновь принятые работники знакомятся с правилами внутреннего распорядка, коллективным договором, а также с политикой в области качества.

Сведения о составе штатных и привлеченных сотрудников заносятся в личные карточки, хранящиеся в отделе кадров.

Ответственность за подбор и соответствие квалификации работников установленным требованиям, а также определение потребности в подготовке и аттестации персонала несут ответственность руководители подразделений.

Работники ХМГМА в установленном порядке проходят обучение, инструктажи по охране труда, технике безопасности, результаты которых фиксируются в специальных журналах.



Планы повышения квалификации преподавателей разрабатываются ежегодно. Организационная работа по повышению квалификации ППС возлагается на учебно–методический отдел академии и руководителя соответствующего структурного подразделения.

Основными формами повышения квалификации ППС являются:

- подготовка и защита диссертаций, повышение квалификации по специальности на ФПК, учеба в аспирантуре и докторантуре, стажировки;
- обогащение новыми знаниями, практическими навыками и опытом, научная работа (участие в работе конференций, семинаров и др.)

По итогам прохождения курсов повышения квалификации сотрудник предоставляет руководителю соответствующего СП отчет и подтверждающие документы (диплом, свидетельство, сертификат, удостоверение и т.д.), в учебно-методический отдел и отдел кадров - копии документов.

Оценивание результативности обучения ППС выполняется при внутренних аудитах. Индикаторами эффективности повышения квалификации могут быть:

- оценка результативности образовательного процесса по дисциплине;
- сравнения результатов работы с достижениями других преподавателей и лучшей практикой;
- качество выполнения плана индивидуальной работы преподавателя;
- достижения студентов по изучаемой дисциплине (качества знаний, участие в научной деятельности, творческие работы и т.д.)
- личные достижения преподавателя (открытые лекции, выступления, доклады, публикации и т. д.).

Составление и поддержание в рабочем состоянии соответствующих данных об образовании, опыте, подготовке и квалификации сотрудников ХМГМА регламентируется Правилами внутреннего трудового распорядка, Уставом ХМГМА.

Записи о базовом образовании, повышении квалификации, компетенциях, опыте работе и административных продвижениях ППС ведутся работниками кадровой службы в соответствии с СМК ДП 02-02-2012 «Управление записями».

6.3.Инфраструктура

Руководство ХМГМА обеспечивает наличие необходимых ресурсов для качественного проведения образовательной, научной и лечебной деятельности.

В академии создана необходимая инфраструктура для эффективного функционирования, качественного выполнения образовательных программ.

Академия располагает 2 учебными корпусами, оснащенными современным оборудованием, научной библиотекой, спортивными залами, специализированными лабораториями, компьютерными и лингафонными классами. Для обслуживания студентов в академии имеется медицинский кабинет, тренажерный зал, плавательные бассейны, столовая, общежития.

К инфраструктуре также относится:

- оборудование для обеспечения образовательных услуг (наглядные пособия, тренажеры, специальное оборудование, техническое обеспечение процессов обучения, компьютерная техника и др.)
- информационные ресурсы (методическая, учебная литература, программные продукты, библиотечный фонд)
- использование в образовательном процессе материальной базы лечебно-диагностических учреждений ХМАО – Югры;



- вспомогательные услуги (транспорт, связь и др.)

Обеспечение и управление имуществом ХМГМА осуществляется на основании Устава ХМГМА силами административно-хозяйственной службы академии.

В обязанности хозяйственной службы входит:

- поддержание в рабочем состоянии всего имеющегося оборудования инфраструктуры;
- верификация функционирования каждого элемента инфраструктуры;
- оценку инфраструктуры в сравнении с потребностями и ожиданиями потребителей;
- рассмотрение вопросов окружающей среды, в соответствии с действующими санитарными правилами и нормативами, охраны труда и безопасности;

Ответственность за поддержание в рабочем состоянии и обслуживании используемых технических и программных средств несет начальник управления информационных технологий.

Руководство ХМГМА устанавливает, какие условия и средства необходимы для достижения требуемого качества образовательных услуг, и обеспечивает наличие и сохранность этих условий и средств: зданий, сооружений, производственных помещений, рабочих мест и дополнительных привлекаемых средств, составляющих рабочее пространство академии в соответствии с требованиями ГОС и ФОГОС.

Деятельность по структурированию и управлению информацией для поддержки реализации политики в области качества делегирована УМО. УМО использует все возможные ресурсы для доступа преподавателей, сотрудников и обучаемых к информационным и методическим ресурсам СМК.

Выявление потребности в специальном оснащении, оборудовании и программном обеспечении производится руководителями СП в установленном порядке через заявки и при проведении самоаттестации рабочих и учебных мест на кафедрах.

6.4.Производственная среда

Цель процесса управления производственной средой – обеспечение безопасного проведения образовательного процесса, научно – исследовательских, хозяйственных работ, обеспечение безопасных условий труда и благоприятной окружающей рабочей обстановки.

Эргономика рабочих мест обеспечивается:

- выбором рациональных планировок и периодическим их изменением;
- приобретением соответствующей офисной мебели и периодической ее заменой;
- установкой необходимой осветительной аппаратуры и проведением периодической ее профилактики;
- организацией дизайнерского оформления интерьеров помещений.

Управление производственной средой возложено на проректора по административно-хозяйственной работе.

Руководство академии обеспечивает разработку, внедрение и функционирование системы управления охраной труда, проводятся мероприятия по охране труда, обучение персонала. Ведется соответствующая документация, осуществляется периодический контроль соответствия действующему законодательству и государственным нормативным требованиям путем аттестации рабочих мест.

Ремонт и обслуживание систем жизнеобеспечения зданий и всех помещений, поддержание чистоты и порядка осуществляется технической службой корпуса, контролируется комендантом здания.

Данный вопрос регламентируется документированной процедурой СМК ДП 6.4 – 02-2012 «Организация охраны труда».



7. Процессы жизненного цикла продукции (услуги)

7.1. Планирование процессов жизненного цикла услуги (продукции)

К основной продукции жизненного цикла ХМГМА относится:

- 1) система знаний, умений и компетенций студентов и выпускников, сформированная в результате предоставления образовательных услуг по программам среднего и высшего профессионального образования;
- 2) система знаний, умений и компетенций слушателей, ординаторов, интернов, сформированная в результате предоставления образовательных услуг по программам послевузовского и дополнительного образования;
- 3) система знаний, умений и компетентностей соискателей ученой степени, сформированная в результате предоставления образовательных услуг;
- 4) научно – методическая продукция.

7.1 Планирование процессов жизненного цикла услуги (продукции)

Процесс планирования в ХМГМА является постоянным, цикличным и непрерывным, состоит из следующих взаимосвязанных операций: разработка плана, исполнение, обеспечение информацией и контроль исполнения, анализ полученных результатов. Основные виды планов:

- план работы академии по направлениям деятельности;
- план работы Ученого совета академии, ученых советов факультетов;
- планы работы структурных подразделений (планы факультетов, кафедр, планы отделов);
- планы работы комиссий, комитетов, советов и т.д.;
- индивидуальные планы работы сотрудников;
- план по качеству.

Планирование работы в академии проводится на учебный год, на семестр (на календарный год, квартал).

Планирование образовательного процесса ведется на основе основополагающих государственных и отраслевых документов, законодательных актов, регулирующих деятельность вузов, в соответствии с планом работы академии на учебный год.

Результаты планирования оформляются в соответствии с требованиями СТУ СМК 7.2.1, 7.2.3 – 2012 «Проектирование и планирование образовательного процесса».

Ответственность за планирование образовательного процесса на уровне академии несет проректор по УР, на уровне факультета – декан факультета, на уровне кафедры – заведующий кафедрой, на уровне СП – руководитель СП.

7.2 Процессы, связанные с потребителем

Процессы, связанные с потребителями, относятся к маркетинговой деятельности академии.


Внутренними потребителями ХМГМА являются абитуриенты, студенты и их семьи, аспиранты, ординаторы, слушатели, сотрудники академии;

внешние потребители: лечебно - профилактические учреждения и их медицинские работники, Департамент здравоохранения ХМАО – Югры, Департамент образования и молодежной политики ХМАО – Югры.

косвенные внешние потребители – государство и общество в целом, государственные органы лицензирования и аккредитации.

Управление процессами, связанными с потребителями регламентируются документированными процедурами:

СМК СТУ-7.2.01.2012 «Маркетинговые исследования рынка образовательных услуг»;

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.27

СМК СТУ -7.2.03 -2012 «Взаимодействие с потребителями».

7.2.1 Определение требований, связанных с продукцией

Требования к продукции определены в основополагающих государственных и отраслевых документах, регулирующих управление вузом, а также ФГОС и ГОС.

Требования работодателей определяются на основе их отзывов, претензий, жалоб, а также на основе результатов мониторинга удовлетворенности работодателей качеством подготовки выпускников.

Основными требованиями внутренних потребителей к образовательным услугам являются:

- возможности получения знаний, формирование компетенций;
- достижения личных и профессиональных целей;
- обеспечение необходимыми ресурсами всех рабочих процессов;
- профессиональный рост;
- непрерывное улучшение качества работы;
- обмен информацией, кооперация и взаимодействие;

Выполнение требований внутренних потребителей определяются на основе результатов мониторинга их удовлетворенности качеством образовательного процесса.

7.2.2 Анализ требований, относящихся к продукции

Анализ требований потребителей и других заинтересованных сторон проводится на заседаниях Ученого совета академии, ректората, ученых советов факультетов.

На основании проведенных анализов проводится корректировка образовательного процесса.

Записи результатов анализа и последующих действий, вытекающих из анализа поддерживаются в рабочем состоянии в соответствии с требованиями СМК.

Анализ требований к образовательным программам проводится до начала образовательного процесса и гарантирует, что при оказании образовательных услуг все требования определены и созданы все условия для качественной реализации образовательных программ.

Выполнение программных требований контролирует УМО и деканаты. Документы, подтверждающие действия по результатам анализа, оформляются, согласно п. 4.2.4. РК. Записи ведутся в соответствии с п 8.5.2 РК и п 8.5.3 РК.

7.2.3. Взаимодействие с потребителями


ХМГМА определяет и внедряет мероприятия по взаимодействию с потребителями по вопросам, касающимся:

- информации об образовательных услугах, программах обучения, условиях и ресурсном обеспечении;
- обратной связи с потребителем, включая жалобы потребителя.

В работе с потребителями используются различные формы взаимодействия:

- обмен необходимой информацией;
- совещания по значимым вопросам, том числе по вопросам текущего выполнения учебного процесса;
- представление потребителю промежуточных материалов по ходу учебного, научного процессов для согласования (при необходимости).

Рассмотрение материалов, поступающих от потребителя, осуществляется в рабочем порядке. Ответственность за рассмотрение возложена на руководителей структурных подразделений.

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.28

Работа с жалобами абитуриентов проводится апелляционной комиссией, приемной комиссией ХМГМА. Ответственный – ответственный секретарь приемной комиссии.

Работы по анализу и урегулированию жалоб студентов проводят деканаты. Ответственный – декан факультета.

Жалобы сотрудников ХМГМА рассматриваются на уровне соответствующего подразделения.

Жалобы потребителей анализируются и удовлетворяются соответствующими СП, ответственными за допущенные несоответствия.

Организация систематической связи с выпускниками академия осуществляется деканатами.

7.3 Проектирование и разработка

Процесс проектирования и разработки образовательных программ инициируется:

- необходимостью открытия новой специальности;
- изменениями требований Федерального государственного образовательного стандарта.

Ответственным за проектирование образовательного процесса по всем специальностям среднего медицинского профессионального образования и высшего профессионального образования является проректор по УР.

За порядок проектирования образовательного процесса и разработку программ послевузовского образования (интернатура, ординатура) и дополнительного профессионального образования несет ответственность проректор по ПДО.

Ответственность за проектирование программ послевузовского образования (аспирантура) является проректор по НИР.

Деятельность по проектированию и разработке образовательных программ регламентируется документированными процедурами: СМК РП 02- 07 «Проектирование и разработка образовательных программ».

Процесс разработки и проектирования предполагает разработку «Концепции развития академии на 2012-2015г.», где отражается перспектива развития академии и внедрение современных технологий.

7.3.1. Планирование проектирования и разработки

Проектирование новых видов образовательных услуг утверждает ректор академии. Проектирование образовательной программы включает следующие стадии:

- принятие решения об открытии новой специальности;
- разработка и утверждение мероприятий по разработке программы;
- проведение работ в соответствии с запланированными мероприятиями, анализ хода выполнения работ;
- верификация отдельных стадий разработки;
- валидация разработанной образовательной программы.

При изменении ФГОС проектирование и разработка документов, регламентирующих образовательную деятельность включает:

1) разработку ОПОП и ООП:

- общая характеристика ОПОП и ООП;
- создание учебного плана и графика учебного процесса;
- разработку УМК учебных дисциплин и профессиональных модулей;
- разработка программ учебных и производственных практик;
- описание условий реализации ОПОП и ООП.

2) разработку планов вуза и его подразделений;



3) разработку индивидуальных планов работы преподавателей;

4) составление расписания занятий и экзаменов.

Все процессы образовательной деятельности документируются:

СМК-РП-02.07 «Проектирование и разработка образовательных программ»;

СМК-РП-02-10 «Организация и реализация учебного процессам по программам высшего профессионального образования»;

СМК РП -02-11 «Организация и реализация учебного процесса по программам среднего медицинского профессионального образования»;

СМК РП -02.12 «Организация и проведение ИГА и ИАК»;

СМК РП -02-14 «Организация и проведение послевузовского и дополнительного образования»;

СМК РП -02 -08 «Довузовская подготовка и организация профориентационной работы».

При планировании образовательного процесса учитываются мероприятия по проверке, оценке, контролю, анализу основных процессов в соответствии с основным принципом документации СМК (планирование – выполнение - контроль – анализ и улучшение) ведутся необходимые записи, подтверждающие, что реализация процессов и их результаты удовлетворяют требованиям СМК.

7.3.2 Входные данные для проектирования и разработки

Входными данными для проектирования и разработки основных образовательных программ являются требования ФГОС и ГОС.

. В качестве входных данных для разработки и проектирования образовательных программ при открытии новой специальности должны быть учтены: потребности и ожидания потребителей, данные маркетинговых исследований, законодательные и регламентирующие требования.

К входным данным процесса «Проектирование и планирование ОП» можно отнести:

- стратегию развития вуза и политику в области качества;
- оценку законодательных требований ГОС и ФГОС ВПО и СМПО;
- требования потребителей;
- учебную нагрузку преподавателей;
- количество студентов и групп;
- данные мониторинга промежуточных и итоговых результатов качества знаний по учебным дисциплинам;
- результаты внутренних аудитов.

При разработке образовательного процесса учитываются:

- требования к учебно – организационной документации;
- требования к информационному и учебно – методическому обеспечению;
- требования к ППС, административно – управленческому и учебно - вспомогательному персоналу;
- требования к материально – техническому оснащению;
- требования к уровню подготовки абитуриента.

7.3.3.Выходные данные проектирования и разработки

Выходные данные при открытии новой специальности должны включать заявление о выдаче лицензии с приложениями.

К выходным данным по проектированию и разработке образовательных программ относятся:



- результаты лицензирования и аккредитации академии;
- разработанная учебная документация ОПОП и ООП (графики УП, учебные планы, рабочие программы, УМК учебных дисциплин (модулей), программы учебных и производственных практик);
- нормативно – методическое обеспечение системы оценки качества освоения ООП, ОПОП: фонды оценочных средств при проведении текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, ИГА;
- разработанные планы работы вуза и структурных подразделений (план работы вуза, планы работы факультетов, кафедр, отделов, служб);
- локальные нормативные акты академии, обеспечивающие качество подготовки обучающихся (положения, инструкции, методические рекомендации);
- расписание занятий, экзаменов, ИГА.

Выходные данные необходимо систематически анализировать для результативности и эффективности процессов.

7.3.4 Анализ проектирования и разработки

Разработка образовательных программ осуществляется в соответствии с планом мероприятий. Ответственный за разработку систематически проводит анализ хода проектирования и разработки для того, чтобы убедиться, что цели проектирования достигаются. Запланированные ресурсы выделяются и используются целесообразно и эффективно. При анализе определяются возникшие проблемы возможности их разрешения. Результаты докладываются и обсуждаются на заседаниях Ученого совета академии, ректората, ученого совета факультетов.

7.3.5. Верификация проектирования и разработки

Верификация проекта и разработки проводится на всех этапах проектирования. После разработки ООП и ОПОП и образовательных программ последипломного образования проводится согласование и проверка соответствия требованиям ГОС и ФГОС ВПО и СМПО потребностям потребителей. Документы подписываются деканами.

Верификация и корректировка учебного плана проводится ежегодно. Окончательная верификация проводится по окончании курса обучения.

Верификация проекта и разработки программ проводится начальником УМО с целью сопоставления результатов проектирования и разработки установленным требованиям.

Записи результатов верификации и всех необходимых действий поддерживаются в рабочем состоянии.

7.3.6. Валидация проектирования и разработки

Валидация образовательных программ осуществляется в соответствии с запланированными мероприятиями, чтобы подтвердить факт соответствия продукции установленным требованиям.

Валидация происходит после выпуска соответствующих специалистов. Деканаты, кафедры взаимодействуют с работодателями по подтверждению соответствия квалификации выпускников, слушателей установленным требованиям.

7.3.7. Управление изменениями проекта и разработки

Изменения разработанной документации проводятся в ходе:



- обнаружения ошибок;
- необходимости совершенствования разработанной документации;
- изменения требований потребителей.

Изменения разработанной документации могут проводиться на любой стадии выполнения работ. Тексты изменений разрабатывает инициатор изменения в соответствии с принятым порядком разработки и утверждения СМК ДП – 02 – 01-2012 «Управление документацией» и СМК ДП- 02-02 -2012 «Управление записями».

Все изменения, вносимые в проект, документируются с указанием причин внесения изменений. Изменения должны быть проанализированы, верифицированы, валидированы и одобрены до внесения, согласованы с ректором.

В ХМГМА предусмотрены систематические проверки проектов или разработок для анализа выполнения требований, выявления и предотвращения недоработок, а также с целью разработки мероприятий на случай непредвиденных обстоятельств. В проверке участвуют представители всех областей деятельности, имеющие отношение к проверяемой фазе проектирования или разработки. Проведенный анализ документируется.

Планирование в отношении мероприятий по предупреждению несоответствий при оказании образовательной услуги проводится согласно СМК СТУ 7.2.1; 7.3 – 2012 «Проектирование и планирование образовательного процесса».

7.4 Закупки

7.4.1 Процесс закупок

Процесс закупок оборудования технического, производственного и учебно-демонстрационного (муляжи, стенды, таблицы, модели, фантомы и др.) организация оценки и выбора поставщиков закупаемой продукции описаны в СМК СТУ 7.4 – 2012 «Управление закупками».

Целью закупок является приобретение у поставщика продукции – материалов работ и услуг, обеспечивающих поддержание на необходимом уровне образовательного и научного процессов. Планируемый объем закупок отражается в ПФХД и других финансовых документах академии.

Закупку осуществляет материально ответственное лицо. В соответствии с инструкцией на основании доверенности материально ответственное лицо получает закупленную продукцию через склад и ставит ее на учет. Передаваемая в подразделения продукция ставится на подотчет материально ответственным лицам соответствующих подразделений.

Закупки учебно-методических, информационных (программных, библиотечных) и иных вспомогательных материалов, необходимых для обеспечения учебного процесса описаны в СМК СТУ 7.5.1-07- 2012 «Управление методическим и информационным обеспечением УВП».

7.4.2 Информация по закупкам

Информация по закупкам сосредоточена в техническом задании, в реестре поставщиков и соответствующих договорах. Информация хранится в течении 3 лет, ответственные за хранение руководители подразделений, иницирующие закупки. Информация по закупкам должна описывать закупаемую продукцию, где необходимо:

- требование к официальному одобрению продукции, процедур, процессов и оборудования;
- требования к квалификации персонала;
- требования к СМК.



Документами на закупку являются :

- договоры с юридическими лицами на поставку продукции, выполнение творческих работ и услуг.
- договоры с юридическими лицами на оказание услуг;
- договоры с физическими лицами на оказание услуг.

Требования к обеспечению учебно-методического процесса специальным оборудованием и оснащением определены в ГОС и ФГОС ВПО и СМПО по специальности.

Документация к договорам на закупки содержит требования к закупаемой продукции или услуге, включая:

- наименование, тип, марку, класс точности, разряд, или другую точную идентификацию;
- технические данные и характеристики, сопроводительную и эксплуатационную документацию, паспорта и т.д.
- документы поставщик, подтверждающие его СМК.

В ХМГМА обеспечены адекватные установленные требования к закупкам до сообщения их поставщику.

7.4.3 Верификация закупленной продукции

Процесс верификации закупленной продукции дифференцирован по видам закупаемой продукции и услуг, в соответствии с ОКДП.

Необходимость оценки возможностей поставщика и контроля хода исполнения им договора по месту нахождения поставщика оговаривается в документах на закупку.

Входной контроль включает:

- проверку комплектности;
- проверку наличия эксплуатационной документации, подтверждающей качество закупленной продукции;
- осмотр внешнего вида;
- проверку функционирования;
- проверку наличия необходимой сопроводительной документации.

Проверка закупленных химикатов, расходных материалов и т.д. проводится в структурных подразделениях по состоянию поставки и наличию документов, подтверждающих качество.

Порядок и ответственность за контроль соответствия закупленной продукции требованиям описаны в СМК СТУ 7.4 – 2012 «Управление закупками». В случае несоответствия закупленной продукции требованиям, вносятся изменения в реестр поставщиков.

7.5 Производство и обслуживание

7.5.1 Управление производством и обслуживанием

Основным процессом в ХМГМА является образовательный процесс. Ректор, проректора, деканы факультетов в сотрудничестве с преподавателями должны идентифицировать темы, предметы, технологии и методы обучения, которые должны быть согласованы с целями обучения, и зависеть от специфики факультета. К образовательному процессу относятся такие процессы как:

- отбор и зачисление всех категорий обучающихся;
- разработка и утверждение учебных планов по специальностям;
- составление расписания учебных занятий;
- распределение учебной нагрузки;
- формирование учебно-методических комплексов по учебным дисциплинам и профессиональным модулям;



- разработка рабочих программ по учебным дисциплинам, (модулям)
- разработка программ учебных и производственных практик;
- обеспечение обучающихся учебно-методическими комплексами;
- распределение ресурсов, необходимых для проведения обучения;
- система проверки академической успеваемости;
- распределение кабинетов, лабораторий, библиотеки;
- организация и проведение итоговой государственной аттестации студентов;
- учеба в аспирантуре;
- учеба в ординатуре, интернатуре;
- Проведения курсов повышения квалификации.

Для эффективного управления процессами в академии разрабатываются документированные процедуры:

СТУ «Порядок и проведение учебного процесса», «Организация и реализация учебного процесса по программам ВПО или СМПО» -СМК РП -02-10 и т.д.

Результаты качества усвоения образовательных программ отражаются в журналах, ведомостях и специальных документах.

При контроле качества усвоения учебных программ используются контрольно – измерительные материалы, подготовленные компетентными лицами и прошедшие согласование и утверждение на заседаниях кафедр и ЦМК, ЦКМС.

Ответственность за реализацию ОПОП и ООП несут ответственность проректор по УР, деканы факультетов.

Ответственность за реализацию образовательных программ послевузовского и дополнительного профессионального образования несет ответственность проректор по ПДО, декан ПДО

Ответственность за подготовку кадров высшей квалификации , научные разработки и исследования отвечает проректор по научно – исследовательской работе, начальник научного отдела и аспирантуры.

7.5.2 Валидация процессов производства и обслуживания

Валидация процессов оказания образовательной услуги проводится на стадии проектировании и планировании образовательного процесса. При выявленных несоответствиях проводятся корректирующие действия.

Академия обеспечивает свидетельства валидации, гарантирующие способность образовательного процесса достигать запланированных результатов к ним относятся:


- лицензия на право ведения образовательной деятельности;
- свидетельство об аккредитации;
- дипломы выпускников и приложения к ним;
- отзывы работодателей о качестве подготовки выпускников.

К свидетельствам валидации процесса подготовки кадров высшей квалификации относятся:

- выполнение требований государственной аккредитации в области научных разработок;
- дипломы кандидата / доктора наук;

К свидетельствам валидации процесса научных исследований и разработок относится:

- акты сдачи – приемки результатов выполненных научно – исследовательских работ на хоздоговорной основе;
- акты выполнение работ по грантам;
- акты внедрения результатов диссертационных исследований в образовательной и лечебной деятельности;

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.34

- патенты и свидетельства государственной регистрации на изобретения и другие объекты интеллектуальной собственности.

7.5.3 Идентификация и прослеживаемость в образовательном учреждении

Объектами идентификации и прослеживаемости являются:

- шифры учебных программ, курсов, специальностей;
- расписание занятий;
- графики учебного процесса;
- рабочие планы по учебным дисциплинам;
- личные дела студентов;
- компетенции студентов;
- результаты научной деятельности;
- договоры на научно – исследовательскую деятельность;

Идентификация осуществляется на всех этапах образовательного процесса.

Используемая документация: приказы ректора о зачислении, отчислении и переводах; договоры на оказание образовательных услуг; личные дела студентов; студенческие билеты; зачетные книжки; экзаменационные ведомости; протоколы ГАК; индивидуальные планы аспирантов; выписки из протоколов Ученого совета;

Ответственность за идентификацию образовательных программ по всем специальностям возложена на проректора по учебной работе. Идентификационный номер образовательной программы по специальности соответствует коду специальности и ГОС и ФГОС СМПО, ГОС и ФОГОС ВПО.

Идентификацию и прослеживаемость выполнения учебного плана осуществляет учебно–методический отдел.

Идентификацию выполнения рабочих программ осуществляет кафедра.

Идентификацию и прослеживаемость квалификации ППС осуществляют кафедра и отдел кадров на основании трудового договора, документа о повышении квалификации и индивидуального плана работы преподавателя.

Идентификацию работы обучающихся на подготовительных курсах осуществляет факультет довузовской подготовки.

Идентификацию и прослеживаемость личного дела абитуриентов осуществляет приемная комиссия.

Идентификацию и прослеживаемость личного дела студентов осуществляют деканаты соответствующих факультетов.

7.5.4 Собственность потребителя

В ХМГМА собственностью потребителя (абитуриента, студента, аспиранта, слушателя) являются документы, предоставляемые при поступлении и остающиеся на хранение в личном деле на время учебы. Вуз организует идентификацию, проверку, защиту и сохранность этих документов и в случае утери или повреждения обязуется сообщить потребителю и документально оформить это в соответствии с п. 4.2.4 РК.

Собственностью студентов, слушателей, аспирантов являются документы, включающие интеллектуальную собственность - курсовые работы (проекты), дипломные проекты, диссертации, отчеты по практикам, производственные характеристики. Данные документы хранятся в соответствии с номенклатурой дел. Ответственность за сохранность документов несут руководители СП.



Методические материалы, включенные в образовательные программы или методические разработки по дисциплинам, созданные преподавателями академии идентифицируются библиотекой ХМГМА в соответствии с требованиями.

Интеллектуальной собственностью персонала являются патенты, электронные учебники, публикации, презентации, курсы лекций, методические пособия и д.р.

7.5.5 Сохранение соответствия продукции

В ходе реализации образовательного процесса соответствие продукции поддерживается путем выполнения требований следующих внутренних документов:

Положение об итоговой государственной аттестации выпускников лечебного факультета ХМГМА.

Положение об итоговой государственной аттестации выпускников среднего медицинского профессионального образования ХМГМА.

Положение об учебно- методическом комплексе дисциплин в соответствии с требованиями ФГОС и ГОС.

Положение о проведении текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студентов ХМГМА.

Положение о порядке отчисления, восстановления студентов и переводе в другой вуз.

После выпуска сохранение соответствия продукции осуществляется путем подготовки кадров высшей категории (аспирантура), осуществления послевузовской подготовки (интернатура, ординатура), осуществления дополнительного образования.

Учебно-методическая продукция как неотъемлемая часть образовательной программы хранится в соответствии с требованиями. Ответственность за сохранность лежит на руководителях структурных подразделений академии.

Сохранение соответствия документации, разработанной с использованием компьютерных технологий, заключаются в сохранении и защите электронных файлов.

Доступ к файлам защищен паролями, которые кроме пользователя, известны только администратору сети. Обеспечение целостности информации в случае сбоев в работе оборудования или возникновения других непредвиденных ситуаций достигается за счет организационных мероприятий, так и за счет построения отказоустойчивой системы с использованием новейших аппаратно – программных решений.

К организационным мероприятиям относятся:

хранение файлов проектов, находящихся в разработке, на специально выделенном сервере;

- ежедневное резервное копирование этих файлов на жесткий диск главного сервера;
- обучение сотрудников требованиям по сохранению информации в электронном виде.

7.6 Управление оборудованием для мониторинга и измерений

В академии применяет следующие средства для мониторинга и измерений продукции:

средства анализа удовлетворенности потребителей (анкеты, отзывы, рекламы и т.д.);

средства измерения уровня сформированности компетенций и знаний (билеты, тесты, контрольные работы и т.п.), которые ежегодно актуализируются. Ответственность за подготовку, хранение средств мониторинга качества знаний несут ответственность заведующие кафедрами.

Проводимые ХМГМА работы по метрологическому обеспечению учебного процесса проводятся на основании Закона Российской Федерации «Об обеспечении единства измерений» от 26.06.2008г. №102 –ФЗ.



Управление оборудованием для мониторинга и измерений в образовательном и научном процессе подразумевает систематическую проверку и калибровку используемых средств измерения и измерительного и контрольно – испытательного оборудования в соответствии с требованиями.

Ответственность за метрологическое обеспечение образовательного процесса, за организацию учета и хранения наличие и правильное использование методик выполнения измерений, соблюдение метрологических правил, требований и норм несут руководители подразделений.

8. Измерения, анализ и улучшение

8.1 Общие положения

В ХМГМА определены и применяются процессы мониторинга, измерения, анализа и улучшения СМК, необходимы для:

- демонстрации соответствия уровня подготовки выпускников требованиям ФГОС и ГОС;
- обеспечения соответствия СМК установленным требованиям;
- постоянного повышения результативности СМК путем проведения внутренних аудитов и анализа со стороны руководства.

В СМК ХМГМА определены тип, место, время, периодичность измерений и требования к регистрации данных в записях по качеству. Эффективность проводимых измерений периодически оценивается путем использования простейших статистических методов (диаграммы, гистограммы и д.р.), социологических методов, наблюдений, аудиторских проверок.

ХМГМА стремится через процессы по мониторингу, измерениям и анализу постоянно повышать результативность работы вуза.

В случае обнаружения отклонений принимаются меры по их устранению в соответствии с процедурами «Управление несоответствиями», «Управление корректирующими действиями», «Управление предупреждающими действиями».

8.2. Мониторинг и измерения

8.2.1. Удовлетворенность потребителя

В процессе предоставления образовательных услуг в ХМГМА осуществляется сбор информации об удовлетворенности и (или) неудовлетворенности потребителей, являющейся критерием измерения результативности СМК.

Сбор информации о степени удовлетворенности потребителей проводится в ходе тестирования или анкетирования. Процесс проведения тестирования и анкетирования осуществляется штатными сотрудниками или приглашенными специалистами как в компьютерном варианте, так и на бумажном носителе. Заполненные анкеты и тесты обрабатываются с использованием современных статистических методик и специально разработанного программного обеспечения. Отчеты по результатам мониторинга передаются ректору для принятия решения по улучшению процессов, а также всем заинтересованным руководителям СП.

Удовлетворенность потребителей можно изучить по объективным показателям:

- общее количество заявлений абитуриентов;
- количество заявлений абитуриентов из других регионов;
- количество заявлений абитуриентов на одно место;
- средний балл аттестата;
- проходной балл;



- количество жалоб потребителей ОУ;
- маркетинговые исследования предложений абитуриентов, студентов и выпускников.

Информация об удовлетворенности потребителей является входными данными для анализа СМК со стороны руководства (п. 5.6.2 РК).

В академии формируется система работы с жалобами - вводятся книги жалоб и предложений для студентов и сотрудников и других потребителей. Все жалобы регистрируются и передаются для рассмотрения и принятия решения руководителю СП. Анализ предпринятых мероприятий по устранению замечаний и рассмотрению предложений документируется в протоколах заседаний кафедр, ученых советов факультетов, и собраний коллектива.

8.2.2 Внутренние аудиты

Внутренние аудиты проводятся в целях оценки результативности СМК и определения качества образовательных услуг в соответствии с СМК ДП-02-03-2012 «Внутренний аудит». Планы внутренних аудитов составляются на учебный год структурными подразделениями вуза. Утверждаются руководителями подразделений.

Целью проведения внутренних аудитов является:

- изучение состояния работы каждого подразделения;
- состояние имеющейся документации, ее соответствие требованиям ИСО – 9001: 2008;
- надзор за соблюдением реализации требований нормативных документов;
- поддержание структурного подразделения в рабочем состоянии.

При проведении внутреннего аудита выполняются следующие виды работ: (Требования ИСО 19011: 2003 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества или систем экологического менеджмента»).

- подготовка экспертов по внутренним проверкам;
- планирование внутренних проверок;
- формирование групп по аудитам;
- разработка и утверждение программы аудита;
- составление и утверждение планов проверок структурных подразделений;
- проведение внутреннего аудита, составление и утверждение акта;
- представление сводного отчета проректору по УР;
- разработка корректирующих и/или предупреждающих действий;
- внесение изменений в процедуры СМК по результатам внутренних аудитов;
- контроль выполнения корректирующих или предупреждающих действий.

Выбор экспертов по внутренним проверкам обеспечивает объективность и беспристрастность проверок. Эксперты по внутренним проверкам никогда не проверяют свою собственную работу.


Проверки осуществляют через установленные интервалы времени в соответствии с программой проверок.

Руководитель проверяемого подразделения должен уделять внимание результатам проверок и своевременно осуществлять корректирующие или предупреждающие действия и оценивать их результативность.

Акты по результатам аудита и записи о проведенных корректирующих или предупреждающих действиях хранятся в УМО и в СП.

Ответственность за организацию и проведение работ по внутренним аудитам СМК возложена на Представителя руководства по качеству.

Порядок проведения внутренних проверок установлен в процедуре СМК-ДП -02-03-2012 «Внутренний аудит».

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.38

Выявленные несоответствия и предпринятые корректирующие и предупреждающие мероприятия по всем направлениям деятельности подразделений ежегодно анализируются в процессе: «Анализ СМК со стороны руководства».

8.2.3. Мониторинг и измерение процессов

Процессы в академии контролируют и регулируют с определенной периодичностью, чтобы обеспечить:

- демонстрацию способности процессов достигать запланированных результатов;
- результативность СМК;
- соответствие выполняемых работ установленным требованиям и запросам потребителей;
- квалификацию и компетентность персонала подразделений и привлекаемого персонала;
- достижение целей в области качества.

Сбор данных для анализа результативности процессов осуществляют по всем процессам СМК с использованием следующих основных источников информации:

- результаты анализа со стороны руководства;
- результаты внутренних аудитов, проверок;
- результаты внешних проверок (сертификация СМК, инспекционные проверки СМК);
- результаты измерения удовлетворенности потребителей;
- результаты измерений и мониторинга.

Полученные данные систематически анализируются на различных уровнях управления процессами. В случае обнаружения отклонений (предпосылок к отклонениям) принимаются меры по их устранению.

Для мониторинга и измерения процессов применяются методы, которые разработаны и утверждены с учетом специфики этапов учебно-воспитательного процесса, особенностей образовательной услуги и ее обеспечения. Показатели, индикаторы процессов, методы для мониторинга процессов определены в соответствующих документированных процедурах СМК. Методы мониторинга процессов ориентированы на объективные данные (доказательства) в подтверждение способности процессов достигать запланированных результатов.

Мониторинг качества процессов проводится владельцами процессов, которые должны анализировать динамику процесса.

Показатели качества и динамики процессов проверяются аудиторами. Данные регистрируются в УМО. В случае отрицательной динамики предпринимается корректирующие действия по улучшению.

8.2.4. Мониторинг и измерение продукции

Мониторинг и измерение уровня качества образовательной услуги состоит из двух систем:

- мониторинг и измерение качества образовательного процесса, т.е. соответствие уровня знаний, умений и навыков, профессиональных компетенций студентов и выпускников требованиям стандарта;
- мониторинг и измерения характеристики системы обеспечения этого качества: содержание образования, уровня подготовки абитуриентов, информационно – методическое обеспечение, использование образовательных технологий, профессорско- преподавательских кадров.

Мониторинг знаний студентов осуществляется в соответствии с СМК РП 02-03-2012 «Мониторинг знаний студентов».

Объектами мониторинга и измерения качества образовательного процесса являются:

- уровень компетентностей (знаний, умений и навыков) студентов во время обучения (семестровый контроль);



- компетенции (знания, умения, навыки) выпускников (выходной контроль);

Измерения уровня знаний, умений и навыков студентов во время обучения осуществляется при проведении следующих контрольных мероприятий:

- входной контроль;
- текущий контроль;
- промежуточный контроль;
- итоговый контроль;
- аттестация производственной практики.

Ответственные за данные процессы являются преподаватели кафедр академии.

Порядок осуществления измерения и оценки уровня знаний, умений и навыков во время обучения изложен в руководящих документах академии: Устав академии, Правила внутреннего распорядка, Положения об итоговой государственной аттестации выпускников и др.

Выпуск студентов не может быть осуществлен, если не будет выполнена последовательно вся образовательная программа по специальности с удовлетворительными результатами. Ответственность за мониторинг и регистрацию результатов обучения несут деканы факультетов. Ответственность за выпуск специалиста выполнившего образовательную программу несет ректор.

8.3. Управление несоответствующей продукцией

Управление несоответствующей продукцией (неуспевающие студенты), направлено на то, чтобы знания студентов соответствовали предъявляемым требованиям ГОС и ФГОС. Для реализации этой цели в ХМГМА идет выявление и анализ причин неуспеваемости и применяются меры для устранения возникшего несоответствия на всех этапах образовательного процесса.. Управление несоответствующей продукцией включает выполнение следующих работ:

- выявление несоответствующей продукции;
- анализ несоответствий и принятие решений по их устранению;
- реализация действий по устранению;
- анализ причин несоответствий и проверка результативности мер по коррекции несоответствующей продукции.

Записи о характере несоответствий и любых последующих предпринятых действиях поддерживаются в рабочем состоянии.

На основании данных о текущем контроле, поступающих в деканат от кафедр, деканы факультетов делает анализ результатов текущей успеваемости студентов.

При условии отсутствия уважительных причин, издаются приказы и распоряжения о дисциплинарных наказаниях неуспевающих студентов в следующих формах: замечание, выговор, предупреждение об отчислении.

При наличии уважительных причин неуспеваемости с отстающими студентами проводятся дополнительные занятия и консультации. Основанием к проведению дополнительных занятий является письменное заявление студента, завизированное деканом факультета.

Анализ причин академической неуспеваемости по результатам сессии проводится на основании поступивших в деканат экзаменационных ведомостей, оценок в зачетной книжке студента. В ходе анализа устанавливаются причины неуспеваемости.



Если причины академической неуспеваемости студента не уважительные - студент отчисляется.

Если причины академической неуспеваемости уважительные, то на основании документов, подтверждающих наличие уважительных причин, студенту продляются сроки экзаменационной сессии или предоставляется академический отпуск (по заявлению студента).

Выпускник не прошедший Итоговую государственную аттестацию в установленные сроки, отчисляется из академии с выдачей академической справки. Повторное прохождение Итоговой государственной аттестации допускается по решению Государственной аттестационной комиссии в период её работы на следующий учебный год.

Несоответствия, выявленные при проведении Итоговой государственной аттестации, оформляются в протоколе аттестационной государственной комиссии, на основании которых оформляется план устранения недостатков подготовки выпускников. План утверждается Ученым советом академии.

Проректор по УР контролирует и поддерживает в рабочем состоянии записи о характере несоответствий и любых последующих действий.

8.4. Анализ данных

В результате мониторинга и измерений процессов и результативности СМК и ее процессов формируется база данных. Информация из других источников в виде сведений от заказчиков, потребителей, участников образовательной услуги, социальных партнеров дополняет эту базу данных, систематизируется, анализируется и группируется по направлениям:

- Анализ данных по удовлетворенности потребителей (см. п. 8.2.1);
- Анализ данных по соответствию требованиям к образовательной услуге и качеству подготовки специалиста (см. п.7.2.1);
- Анализ данных по характеристикам и тенденциям процессов и продукции, включая возможности предупреждающих действий


В ХМГМА регулярно собираются и анализируются перечисленные данные для подтверждения пригодности и результативности СМК, а также для определения направлений, по которым может осуществляться постоянное повышение результативности СМК. Ответственность за сбор информации и анализ данных возложена на руководителей СП и направлений деятельности.

Аналізу подвергаются статистические данные, полученные по результатам:

- измерений и мониторинга процессов;
- контроля по всем видам деятельности;
- внутренних и внешних аудитов;
- корректирующих и предупреждающих действий;
- рекламаций.

Анализ статистических данных проводится с целью получения информации относительно:

- результативности СМК;
- контроля и оценки результативности процессов;
- удовлетворенности и (или) неудовлетворенности потребителей образовательных услуг;
- соответствия требованиям потребителей;
- выработки управленческих решений и оценки их эффективности;
- эффективности использования научного потенциала;
- актуальности разработок и конкурентоспособности результатов.

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.41

Результаты анализа регистрируются и идентифицируются. Ответственность за управление статистическими данными несут руководители СП.

8.5 Улучшение

8.5.1 Постоянное улучшение

ХМГМА стремится постоянно повышать результативность СМК посредством выполнения Политики и целей в области качества, результатов аудитов, анализа данных, корректирующих и предупреждающих действий и анализа со стороны руководства. Ежегодно ведется актуализация таких документов как Политика и цели в области качества, план по качеству, а также поддержание всей документации по СМК в рабочем состоянии.

8.5.2 Корректирующие действия

На основании анализа несоответствий, возникших при выполнении образовательных услуг, в ХМГМА принимаются действия направленные на устранение причин несоответствий, для того, чтобы не допустить их повторения.

Корректирующие действия, связанные с различными этапами учебно-воспитательного процесса могут быть предприняты немедленно или с учетом цикличности и особенностей процесса обучения в течение семестра или учебного года.

Корректирующие действия являются адекватными выявленным несоответствиям, оценены с позиции необходимости проведения и направлены на изменения:

- документации;
- производственных процессов;
- полномочий и ответственности;
- распределения ресурсов.


Мониторинг выполнения Плана корректирующих действий проводят владельцы соответствующих процессов. По достигнутым результатам определяется степень реализации запланированных действий.

Требования к корректирующим действиям определены в СМК ДП -02 -04–2012 «Корректирующие действия» и включают в себя:

- анализ несоответствий (включая жалобы, замечания, рекламации, предложения потребителей образовательных услуг),
- определение причин несоответствия;
- оценку необходимости действий, предотвращающих повторное возникновение несоответствий;
- определение и внедрение необходимых действий, делегирование полномочий и ответственности персонала;
- поддержание в рабочем состоянии записей по результатам предпринятых действий (см. п.4.2.4);
- анализ результативности предпринятых корректирующих действий.

8.5.3 Предупреждающие действия

В ХМГМА проводится анализ потенциальных причин, которые могут способствовать появлению несоответствий на разных этапах учебно-воспитательного процесса. Эти потенциальные причины определяются при анализе окружающей среды, состояния рынка образовательных услуг, особенностей образовательного процесса и его обеспечения, особенностях организации и проведения процесса обучения, связанного с медицинскими спецификациями.

	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Ханты – Мансийская государственная медицинская академия»	СМК РК 01.01..2012
	Руководство по качеству	с.42

В ХМГМА предпринимаются меры по степени их приоритетности и осуществляются действия, направленные на устранение причин потенциальных несоответствий, для того, чтобы не допустить их возникновения.

Предупреждающие действия направлены на изменения (с учетом сохранения целостности СМК и ее пригодности):

- стратегии и политики академии в области качества;
- организационной структуры академии;
- ответственности и полномочий;
- распределения ресурсов;
- производственных процессов;
- структуры документации СМК.

Основанием для выполнения предупреждающих действий являются:

- прогнозируемые требования потребителя и данные оценки удовлетворенности всех заинтересованных сторон;
- отчеты о маркетинговых исследованиях;
- стратегические планы и программы в области качества предоставляемой услуги;
- оценка и анализ руководством состояния и эффективности СМК и информация о перспективах ее повышения;
- прогноз экономической и социальной ситуации;
- самооценка СМК;
- отчеты-анализы структурных подразделений.

Утвержденный ректором план предупреждающих действий доводится до сведения ответственных исполнителей. Мониторинг выполнения Плана предупреждающих действий проводят владельцы соответствующих процессов.

Качество процесса, к которому применялось предупреждающее действие, повторно оценивается руководством при проведении анализа функционирования СМК. В случае отсутствия результативности предупреждающих действий по указанию высшего руководства проводится повторный анализ причин потенциальных несоответствий и предлагается новый План предупреждающих мероприятий. Ответственность за организацию и проведение ПД возлагаются на УМО

Требования к предупреждающим действиям определены в СМК ДП- 02-05-2012 «Предупреждающие действия» и включают в себя:

- определение потенциальных несоответствий и их причин;
- оценку необходимости действий по предотвращению возникновения несоответствия;
- определение и внедрению необходимых действий;
- поддержание в рабочем состоянии записей по результатам предпринятых действий (см. п.4.2.4);
- анализ результативности предпринятых предупреждающих действий.

