

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

УТВЕРЖДАЮ
Ректор УО «Гомельский
государственный
медицинский университет»
И.О. Стома
22.03.2022



СТАНДАРТ УНИВЕРСИТЕТА
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Руководство по качеству
РК

Внимание!

Актуальная версия документа только в электронном виде.

Распечатанная бумажная версия документа считается неучтенной и об изменениях не уточняется

Предисловие

Разработано учреждением образования «Гомельский государственный медицинский университет»

ДАТА ВВЕДЕНИЯ: 20.12.2017

Данное руководство не может быть тиражировано и распространено без разрешения ректора учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Содержание

Введение.....	5
1 Область применения	5
1.1 Общие положения.....	5
1.2 Применение.....	5
2 Нормативные ссылки	6
3 Термины и определения	6
3.1 Термины.....	6
3.2 Обозначения и сокращения.....	8
4 Контекст организации.....	9
4.1 Понимание организации и ее контекста.....	9
4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон	9
4.3 Определение области применения системы менеджмента	
качества.....	10
4.4 Система менеджмента качества и ее процессы.....	10
5 Лидерство.....	11
5.1 Лидерство и приверженность.....	11
5.1.1 Общие положения.....	11
5.1.2 Ориентация на потребителя.....	12
5.2 Политика.....	12
5.2.1 Установление политики в области качества.....	12
5.2.2 Доведение до сведения политики в области качества.....	12
5.3 Роли, обязанности и полномочия в Университете.....	13
6 Планирование.....	14
6.1 Действия по рассмотрению рисков и возможностей.....	14
6.2 Цели в области качества и планирование их достижения.....	14
6.3 Планирование изменений.....	15
7 Поддержка.....	15
7.1 Ресурсы.....	15
7.1.1 Общие положения.....	15
7.1.2 Персонал.....	15
7.1.3 Инфраструктура.....	17
7.1.4 Среда для функционирования процессов.....	17
7.1.5 Ресурсы для мониторинга и измерений.....	18
7.1.5.1 Общие положения.....	18
7.1.5.2 Прослеживаемость измерений.....	19
7.1.6 Знания организации.....	20
7.2 Компетентность.....	22
7.3 Осведомленность.....	23
7.4 Коммуникация.....	23
7.5 Документированная информация.....	24
8 Деятельность	24
8.1 Планирование и управление деятельностью.....	24
8.2 Требования к услугам.....	25

8.2.1	Коммуникация с потребителем.....	25
8.2.2	Определение требований к услугам.....	26
8.2.3	Анализ требований к услугам.....	26
8.2.4	Изменения услугам.....	27
8.3	Проектирование и разработка услуг.....	27
8.3.1	Общие положения.....	27
8.3.2	Планирование проектирования и разработки.....	27
8.3.3	Входы проектирования и разработки.....	28
8.3.4	Выходы проектирования и разработки.....	28
8.4	Управление предоставляемыми извне процессами, продукцией и услугами.....	29
8.5	Предоставление услуг.....	30
8.5.1	Управление предоставлением услуг.....	30
8.5.2	Идентификация и прослеживаемость	33
8.5.3	Собственность, принадлежащая потребителям.....	34
9	Оценивание пригодности.....	35
9.1	Мониторинг, измерения, анализ и оценивание.....	35
9.1.1	Общие положения.....	35
9.1.2	Оценка удовлетворенности потребителя.....	36
9.1.3	Анализ и оценивание.....	37
9.2	Внутренний аудит.....	37
9.3	Анализ со стороны руководства.....	37
9.3.1	Общие положения.....	37
9.3.2	Входы анализа со стороны руководства.....	38
9.3.3	Выходы анализа со стороны руководства.....	39
10	Улучшение.....	39
10.1	Общие положения.....	39
10.2	Несоответствия и корректирующие действия.....	39
10.3	Постоянное улучшение.....	43
	Приложение А.....	44
	Приложение Б.....	45
	Приложение В.....	46
	Приложение Г.....	47
	Приложение Д.....	48
	Лист ознакомления с РК.....	49

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее Руководство по качеству (далее – РК) учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет» (далее – Университет) является обобщающим документом системы менеджмента качества (далее – СМК), разработанным в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001-2015 и СТБ ISO 9001-2015, а также особенностями видов деятельности Университета.

РК Университета – основной документ, определяющий организационную структуру СМК и структуру ее документации, распределение полномочий и ответственности персонала, основные процессы (виды деятельности) и необходимые ресурсы.

РК служит справочным изданием для руководства и сотрудников Университета, а также для потребителей и других заинтересованных сторон.

Периодическая проверка актуальности РК Университета осуществляется по мере необходимости.

Построение разделов настоящего РК соответствует разделам СТБ ISO 9001-2015.

1 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Общие положения

Настоящее РК устанавливает требования к СМК в тех случаях, когда Университет:

а) нуждается в демонстрации своей способности: предоставлять образовательные услуги;

осуществлять научно-исследовательские работы в соответствии с требованиями заказчиков научных исследований и других заинтересованных сторон;

осуществлять воспитательную работу;

б) ставит своей целью повышение удовлетворенности потребителей: Министерства здравоохранения и Министерства образования Республики Беларусь, а также других заинтересованных сторон посредством эффективного применения СМК, включая процессы постоянного ее улучшения и обеспечение соответствия требованиям образовательных стандартов, а также потребителей и других заинтересованных сторон.

1.2 Применение

1.2.1 Руководство по качеству распространяется на деятельность всех сотрудников, связанных с предоставлением услуг медицинского образования: довузовского (подготовительные курсы, подготовительное отделение); высшего (первая и вторая ступени образования); последиplomного (стажировка, интернатура, клиническая ординатура, докторантура, аспирантура, магистратура).

Руководство по качеству является документом, используемым для внедрения, поддержания в рабочем состоянии, совершенствования системы менеджмента качества и демонстрации способности Университета обеспечить предоставление указанных услуг в соответствии с установленными

потребителем требованиями.

Для удобства использования структура «Руководства по качеству» аналогична структуре ISO 9001.

1.2.2 Руководство по качеству распространяется на деятельность всех структурных подразделений Университета, указанных в организационной структуре СМК Университета (Приложение А).

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

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

СТБ ISO 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования;

- Закон о высшем образовании;
- Положение о высшем учебном заведении;
- Положение о деканате факультета довузовской подготовки, подготовительном отделении, подготовительных курсах;
- Положение о первой ступени высшего образования;
- Положение о второй ступени высшего образования (магистратуре);
- Положение об обучении в Республике Беларусь иностранных граждан;

• Инструкция по подготовке научных работников высшей квалификации в Республике Беларусь;

• Постановлений о порядке организации и прохождения подготовки в интернатуре и клинической ординатуре;

- Устав учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» (новая редакция);
- Санитарные правила и нормы 2.1.2.12-13 2006 «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию высших учебных заведений» 21.08.2006 №101;

• Указ Президента Республики Беларусь от 17.11.2008 №618 «О государственных закупках в Республике Беларусь»;

- СТУ-4. «Контекст университета»;
- СТУ-4.4 «Карты процессов»;
- СТУ-6.1 «Управление рисками»;
- СТУ-7.5 «Управление документированной информацией»;
- СТУ-9.2 «Внутренний аудит»;
- СТУ-10.2 «Корректирующие действия»;
- Положение о производственной практике студентов высших учебных заведений Республики Беларусь.

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

3.1 Термины

В настоящем руководстве применяются термины и определения по стандарту СТБ ISO 9000-2015, а также следующие термины с соответствующими определениями:

ВЛАДЕЛЕЦ ПРОЦЕССА – должностное лицо, наделенное

необходимыми полномочиями по качественному функционированию и выполнению процесса и отвечающее за соблюдение и исполнение всех требований процесса (процедуры), а также его результативность и эффективность.

ВЫСШЕЕ РУКОВОДСТВО – ректор, проректоры по направлениям деятельности, представитель руководства в системе менеджмента качества, деканы факультетов и их заместители.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ – документ, определяющий обязанности, права и ответственность должностного лица, обеспечивающий четкое разграничение обязанностей и прав между сотрудниками.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА – документированный установленный способ осуществления деятельности.

КАРТА ПРОЦЕССОВ – документ, отражающий структуру и взаимосвязь процессов, определенных в системе менеджмента качества.

КОНТЕКСТ – комбинация внутренних и внешних факторов, влияющих на стратегические направления деятельности Университета и оказывающих воздействие на достижение целей в области качества.

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

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ – нормативный документ, устанавливающий эталон (образец) нормирования обязательного минимума содержания высшего образования по специальности, определяющий максимальный объем учебной нагрузки обучающихся, требования к уровню подготовки по окончании обучения, к итоговой государственной аттестации.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ – комплекс целенаправленно создаваемых и предлагаемых возможностей для приобретения знаний и умений с целью удовлетворения образовательных потребностей. По своим целям и содержанию образовательные услуги подразделяются на:

профессиональные – образовательные услуги, ориентированные на потребности рынка труда и связанные с воспроизводством рабочей силы;

социальные – ориентированные на потребности развития организаций и социальных общностей;

социально-культурные – ориентированные на потребности развития человека.

УНИВЕРСИТЕТ – учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОДРАЗДЕЛЕНИИ – документ, предназначенный для регламентирования деятельности каждого подразделения, отражающий его место в структуре организации и определяющий его внутреннюю организацию.

ПОТРЕБИТЕЛЬ – слушатель подготовительного отделения, подготовительных курсов, студент, врач-интерн, клинический ординатор, магистрант, аспирант, докторант или заказчик услуг по обучению (физическое или юридическое лицо, получающее услугу по обучению).

ПРАКТИКА – обязательный компонент высшего образования, целями которого являются овладение лицами, получающими высшее образование,

практическими навыками и умениями и их подготовка к самостоятельной профессиональной деятельности по получаемой специальности.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РУКОВОДСТВА ПО КАЧЕСТВУ – ответственное лицо со стороны высшего руководства, назначенное ректором университета с целью разработки, внедрения и постоянного улучшения системы менеджмента качества.

ПРОДУКТ – услуга по обучению, а также ее составные части: организация и проведение учебной, методической, научной, воспитательной и идеологической работы, а также материалы, комплектующие необходимые для ведения учебного процесса.

ПРОЦЕСС – совокупность взаимосвязанных взаимодействующих видов деятельности, которые преобразуют входные данные в выходные.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЦЕССА – должностное лицо, назначенное приказом ректора Университета ответственным за результативность процесса, мониторинг и обеспечение выполнения процесса в управляемых условиях, достижения запланированных результатов процесса и его постоянное совершенствование.

РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ – документ, определяющий систему менеджмента качества Университета.

СТРУКТУРНЫЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ – кафедры, деканаты, службы, отделы, секторы, отделения, лаборатории, советы и отдельные должностные лица, входящие в организационную структуру Университета.

ТИПОВАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ – стандарт (образец) учебно-методического документа, определяющий цель изучения, содержание дисциплины, наиболее эффективные методы организации и контроля теоретической и практической подготовки студента в процессе и по окончании изучения дисциплины.

ТИПОВОЙ УЧЕБНЫЙ ПЛАН СПЕЦИАЛЬНОСТИ – стандарт (образец) учебно-методического документа, определяющий бюджет учебного времени и максимальную учебную нагрузку, перечень и последовательность изучения дисциплин, составляющих содержание обучения специальности, распределение учебного времени по видам, формам учебных занятий и периодам обучения, а также виды практики, формы текущей и итоговой аттестации.

СТАНДАРТ УНИВЕРСИТЕТА – утвержденный ректором Университета документ, регламентирующий последовательность этапов, ответственность и взаимодействие руководства, руководителей процесса, руководителей подразделений и сотрудников университета при выполнении работ по определенному процессу, имеющему место в университете.

3.2 Обозначения и сокращения

В «Руководстве по качеству» и в других документах системы менеджмента качества используются следующие аббревиатуры и сокращения:

ГомГМУ	Гомельский государственный медицинский университет
ДИ	должностная инструкция
СМК	система менеджмента качества
ДП	документированная процедура
ОСРБ	образовательный стандарт Республики Беларусь
ПД	предупреждающее действие
РК	руководство по качеству
РСП	Руководитель структурного подразделения
РПр	руководитель процесса
СТУ	стандарт университета
ТНПА	технический нормативный правовой акт
СТБ	Государственный стандарт Республики Беларусь
ISO (ИСО)	Международная организация по стандартизации
КД	корректирующее действие
НИР	научно-исследовательская работа
НПА	нормативный правовой акт

4 КОНТЕКСТ ОРГАНИЗАЦИИ

4.1 Понимание организации и ее контекста

Контекст Университета (далее Контекст) содержит:

- понимание организации;
- потребности и ожидания заинтересованных сторон;
- область применения СМК и ее процессы.

Ответственным за разработку Контекста является представитель руководства по качеству. Контекст актуализируется не реже 1 раза в 2 года. Контекст Университета представлен в СТУ 4.

4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон

Контекст определяет реестр факторов заинтересованных сторон, имеющих отношение к СМК Университета, их требования. Заинтересованными сторонами являются:

- внешние потребители – Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Министерство образования Республики Беларусь, государственные организации, с которыми Университетом заключены договора (контракты) и которые выступают в качестве организации-заказчика кадров (внешние потребители);
- внутренние потребители – физические лица, получающие образовательную услугу, профессорско-преподавательский состав, сотрудники, персонал Университета.

Мониторинг и анализ заинтересованных сторон и их требований осуществляют РСП университета, задействованные в функционировании процесса, в порядке, установленном в соответствующем стандарте СМК

Университета.

Оценка удовлетворенности внешних и внутренних потребителей осуществляется не реже одного раза в год РП либо по его поручению РСП Университета, ответственным за организацию деятельности в рамках соответствующего процесса.

4.3 Определение области применения системы менеджмента качества

Область применения системы менеджмента качества распространяется на следующие виды деятельности университета: проектирование и предоставление услуг по довузовской подготовке, подготовке специалистов на первой ступени высшего образования, магистров на второй ступени высшего образования, научных работников высшей квалификации, врачей в клинической ординатуре, организации и методическому обеспечению подготовки врачей в интернатуре; проведению воспитательной работы; осуществлению международной, медицинской и научно-исследовательской деятельности.

4.4 Система менеджмента качества и ее процессы

В Университете разработана, документально оформлена, внедрена и поддерживается в рабочем состоянии СМК, результативность которой постоянно улучшается в соответствии с требованиями стандарта СТБ ISO 9001-2015. СМК Университета основана на процессном подходе управления качеством предоставляемых образовательных услуг.

Состав процессов СМК Университета определен на основании требований:

- СТБ ISO 9001-2015, Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства образования Республики Беларусь, основных групп потребителей образовательных услуг Университета и иных заинтересованных сторон;

- Политики Университета в области качества;

- Целей Университета в области качества.

В Университете определены процессы и виды деятельности, необходимые для функционирования СМК, а также их последовательность и взаимодействие.

Система процессов СМК Университета представлена в виде следующих групп процессов:

- руководящие процессы;

- основные процессы;

- обеспечивающие процессы;

- процессы мониторинга, измерений, анализа и улучшения.

Подробное описание взаимодействия процессов представлено в РК Приложение Б.

Для обеспечения результативности процессов СМК в Университете определены критерии и методы, описанные в настоящем РК.

5 ЛИДЕРСТВО

5.1 Лидерство и приверженность

5.1.1 Общие положения

Высшее руководство Университета в лице его ректора приняло на себя обязательство по разработке, обеспечению внедрения в Университете и постоянному улучшению результативности СМК. Доказательствами такого решения являются:

- разработка, внедрение и совершенствование СМК;
- доведение до сотрудников основных направлений деятельности Университета в области СМК, в том числе важности выполнения требований Потребителя, а также законодательных и обязательных требований;
 - установленные цели в области качества, согласующиеся с Политикой в области качества;
 - периодическое проведение анализа СМК со стороны руководства Университета;
 - выделение ресурсов, необходимых для поддержки планов организации. Обязательства высшего руководства содержатся в документах, подписанных или утвержденных ректором Университета:
 - политике в области качества;
 - плане повышения качества, включающем цели в области качества;
 - руководстве по качеству ГомГМУ;
 - приказах ректора по результатам анализа СМК.

5.1.1.2 Ректор Университета несет ответственность за:

- реализацию Политики в области качества образования Университета;
- достижение поставленных целей в области качества;
- обеспечение ресурсами.

5.1.1.3 Координацию деятельности по функционированию СМК Университета осуществляет представитель руководства по качеству, который назначается приказом ректора, методист учебно-методического отдела, а также Совет СМК Университета, членами которого являются руководители процессов СМК Университета и руководители структурных подразделений.

5.1.1.4 Руководители структурных подразделений Университета принимают участие в разработке, внедрении и постоянном улучшении СМК.

5.1.1.5 На всех факультетах, кафедрах и во всех структурных подразделениях Университета назначены уполномоченные по качеству, отвечающие за разработку, внедрение и обеспечение результативного функционирования СМК.

5.1.1.6 В соответствии с требованиями СТБ ISO 9001-2015 руководство Университета обеспечивает осведомленность сотрудников об актуальности и важности деятельности учреждения высшего образования в области качества.

5.1.1.7 В Университете внедрена процедура обеспечения обратных связей с потребителем.

5.1.1.8 Руководство Университета постоянно анализирует СМК с целью обеспечения эффективного ее функционирования.

5.1.1.9 Для обеспечения разработки и внедрения процессов мониторинга, измерений и оценки проводятся регулярные внутренние аудиты СМК Университета, осуществляется сбор и анализ данных, которые затем анализируются руководством, и принимаются решения по совершенствованию деятельности структурных подразделений Университета.

5.1.1.10 Руководство Университета обеспечивает функционирование СМК необходимыми ресурсами: организует обучение персонала в области менеджмента качества, выделяет необходимые финансовые и материально-технические ресурсы.

5.1.2 Ориентация на потребителя

Ректор обеспечивает понимание всеми сотрудниками Университета текущих и будущих потребностей и ожиданий Потребителей, важности выполнения и стремления превзойти их требования и ожидания. Для этого проводятся:

- исследования требований, запросов и ожиданий Потребителей;
- определение требований Потребителей к учебному процессу согласовано и определено при подготовке контракта на обучение;
- анализ поступивших претензий, жалоб, пожеланий или иной информации, касающейся удовлетворенности Потребителей в соответствии с п. 9.1.2. РК.

5.2 Политика

5.2.1 Установление политики в области качества

Ректором Университета определена, документально оформлена и подписана Политика в области качества, содержащая основы для постановки целей в области качества, а также обязательства высшего руководства по функционированию СМК.

Политика в области качества пересматривается ректором один раз в год при анализе функционирования СМК со стороны высшего руководства. Изменение Политики и ее повторное подписание проводится по мере необходимости в порядке, аналогичном порядку ее утверждения.

5.2.2 Доведение до сведения политики в области качества

Обязательства Политики доводятся до всех сотрудников Университета на собраниях в структурных подразделениях, при проведении учебы по качеству, при приеме на работу.

Каждый сотрудник Университета знает, что он делает на своем рабочем месте для реализации Политики в области качества, а также что дает ему реализация Политики.

Политика в области качества учитывается и распространяется аналогично другим документам СМК. Внесение изменений производится представителем руководства по качеству путем замены Политики на основании протокола СК СМК, в котором определены сроки внесения изменений и их содержание.

Текст Политики в области качества приведен в Приложении В.

5.3 Роли, обязанности и полномочия в Университете

Для обеспечения эффективного управления качеством определены ответственность и полномочия на всех уровнях управления Университета.

5.3.1 Ректор Университета обеспечивает понимание и неуклонное проведение Политики и Целей в области качества на всех уровнях, несет ответственность за общее руководство качеством, планирование, определяет стратегию и устанавливает приоритеты в решении проблем качества, выделяет соответствующие ресурсы для эффективного функционирования СМК и достижения основных целей в области качества Университета.

Ответственность и полномочия должностных лиц, а также порядок взаимодействия между структурными подразделениями Университета устанавливаются следующие документы:

- положения о структурных подразделениях;
- должностные инструкции;
- Руководство по качеству;
- организационная структура СМК (Приложение А);
- приказы и распоряжения ректора;
- карты процессов;
- стандарты университета.

Руководители структурных подразделений несут ответственность за доведение содержания упомянутых документов в части, их касающейся, до сведения сотрудников подразделений, а представитель руководства по качеству – до руководителей подразделений и руководства Университета.

Все ознакомившиеся с документами расписываются в листе ознакомления копии документа, хранящемся в структурном подразделении (СТУ и др.), в графе «Ознакомлен» должностных инструкций, положения о структурных подразделениях или на обратной стороне последнего листа документа (приказы, распоряжения).

Руководители и сотрудники Университета действуют на основании следующих документов, определяющих границы их компетенции путем баланса ответственности и полномочий:

- ректор – Устав университета, должностные инструкции;
- проректора – должностные инструкции;
- начальники структурных подразделений – положения о подразделениях, должностные инструкции;
- профессорско-преподавательский состав – должностные инструкции;
- служащие – должностные инструкции;
- рабочие – должностные инструкции.

Приказом ректора создается и функционирует Совет по качеству СМК. Основными функциями совета являются:

- формирование политики Университета в области качества;
- определение основных направлений развития и совершенствования СМК в соответствии с требованиями ISO 9001;

- рассмотрение выполнения планов совершенствования СМК и разработки документации СМК;
- определение основных направлений обеспечения качества оказываемой услуги.

Совет по качеству имеет право заслушивать на своих заседаниях сотрудников Университета по данным вопросам и принимать решения, обязательные для всех сотрудников.

Заседания Совета по качеству проводятся не реже 2 раз в год или по мере необходимости.

Представитель руководства по качеству назначается приказом ректора из числа сотрудников высшего руководства.

Основными функциями представителя руководства по качеству являются:

- обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК;
- предоставление отчетов ректору Университета о функционировании СМК и необходимости ее улучшения;
- обеспечение осознания требований Потребителей всеми сотрудниками Университета;
- поддержание связи с внешними сторонами по вопросам, касающимся СМК.

Для обеспечения поддержания в рабочем состоянии СМК представитель руководства по качеству наделен полномочиями контролировать выполнение всеми структурными подразделениями требований ISO 9001, а также требовать от руководителей подразделений устранения выявленных нарушений и выполнения запланированных мероприятий по качеству. Эти полномочия зафиксированы в его должностной инструкции. Представитель руководства по качеству подотчетен ректору.

6 ПЛАНИРОВАНИЕ

6.1 Действия по рассмотрению рисков и возможностей

При планировании в рамках СМК руководство Университета постоянно анализирует риски, которые учитываются для предотвращения или снижения их нежелательного влияния, и возможности – для обеспечения дальнейшего улучшения в рамках СМК. Порядок управления рисками и методика оценки содержатся в СТУ 6.1.

6.2 Цели в области качества и планирование их достижения

Цели в области качества определяются, исходя из Политики в области качества. Высшее руководство обеспечивает, чтобы цели в области качества были измеримыми.

Достижение поставленных целей направлено на:

- оказание потребителю качественных услуг в установленные сроки;
- выполнение услуг согласно требованиям нормативных документов;
- соответствие системы менеджмента качества требованиям стандарта ISO 9001;
- обеспечение конкурентоспособности оказываемой Университетом

услуги.

Цели в области качества на уровне Университета устанавливает ректор, на уровнях подразделений – руководители структурных подразделений.

Анализ достижения запланированных целей производится ректором и руководителями подразделений по мере окончания установленных сроков. Руководители структурных подразделений готовят предложения по пересмотру целей в области качества и утверждают их на заседании СК СМК.

Не реже 1 раз в год выполнение всех целей в области качества анализируется высшим руководством на заседании СК СМК.

6.3 Планирование изменений

Под планированием СМК понимается разработка, внедрение и улучшение СМК, ориентированной на потребителя и другие заинтересованные стороны.

В Университете разрабатывается и утверждается План качества по реализации целей в области качества и выполнению требований к услугам, в котором указываются конкретные мероприятия, ресурсы (при необходимости), исполнители и сроки исполнения.

Во всех подразделениях, где установлены цели в области качества, разрабатываются и утверждаются мероприятия по достижению этих целей.

Если планируется провести структурные, организационные, административные изменения, то они сначала анализируются высшим руководством, а затем изменения вносятся в СМК.

Ответственность за работоспособность СМК возложена на представителя руководства по качеству.

7 ПОДДЕРЖКА

7.1 Ресурсы

7.1.1 Общие положения

Ректор Университета обеспечивает ресурсами, необходимыми для реализации Политики и целей в области качества, в том числе для обеспечения качества процесса обучения, результативности процессов СМК, поддержания функционирования СМК, удовлетворения требований Потребителей и других заинтересованных сторон.

К таким ресурсам относятся:

- персонал;
- инфраструктура;
- рабочая среда необходимая для ведения учебного процесса.

Выделение ресурсов на развитие и совершенствование СМК, оказание услуг по обучению, удовлетворяющих требованиям Потребителей, обеспечивает ректор Университета.

Вопросы обеспечения материальными ресурсами отражаются в годовом плане закупок, утвержденных ректором Университета (см. п.7.1 настоящего Руководства).

7.1.2 Персонал

Общее руководство работой по подбору и расстановке кадров возложено на ректора Университета.

Отдел кадров осуществляет кадровую политику и ведает всеми вопросами, связанными с персоналом.

Численность руководителей всех уровней, профессорско-преподавательского состава, специалистов и инженерно-технических работников, требования к их квалификации определены в штатном расписании. Численность преподавательского состава, требования к его квалификации определены в расшифровке численности. Штатное расписание и расшифровка численности разрабатывается ПЭО на основе требований трудового законодательства, согласовывается и утверждается ректором Университета.

Для удовлетворения потребности в компетентном персонале используются следующие методы:

- объявление конкурсов на замещение вакансий;
- прием на работу на конкурсной основе;
- личные собеседования при приеме на работу с ректором, проректором по учебной работе;
- сотрудничество с высшими учебными заведениями медицинского профиля Республики Беларусь, ближнего и дальнего зарубежья;
- поддержка инициатив сотрудников по повышению квалификации;
- направление сотрудников Университета на курсы повышения квалификации и семинары;
- проведение периодической аттестации персонала;
- обучение сотрудников вопросам качества;
- обучение внутренних аудиторов.

В соответствии с разделом 5.3 Руководства по качеству до персонала доводится вся информация о функционировании системы менеджмента качества и о вкладе конкретных сотрудников в достижение целей в области качества.

Оценка результативности предпринимаемых мер по обеспечению компетентности персонала осуществляется при проведении аттестации персонала, а также при проведении анализа функционирования СМК. Результаты отражаются в протоколах заседаний аттестационной комиссии.

Общее руководство и контроль проведения аттестации и переаттестации персонала в Университете возлагается на проректора по учебной работе. Руководители структурных подразделений являются ответственными за своевременную подготовку и повышение квалификации сотрудников, обеспечивающих результативность и качество продукции.

Основополагающие критерии оценки квалификации профессорско-преподавательского состава, руководителей производственных практик, а также профессорско-преподавательского состава привлекаемого к образовательному процессу на условиях совместительства в УО «Гомельский государственный медицинский университет» являются:

- наличие высшего медицинского образования (предпочтительно ученой степени);
- наличие ученого звания;
- наличие учебно-методических публикаций за последние 5 лет;

- наличие научных публикаций за последние 5 лет;
- стаж работы по специальности в сфере деятельности соответствующей основному виду деятельности кафедры не менее 2 лет;

- стаж педагогической работы не менее 2 лет;
- наличие квалификационной категории;
- владение иностранными языками.

Вся информация об образовании и данные по подготовке персонала отражаются в Личном листке по учету кадров.

7.1.3 Инфраструктура

Инфраструктура, необходимая для оказания услуг по обучению определена, обеспечена и поддерживается в рабочем состоянии в рамках процесса СМК №4 (Управление инфраструктурой).

Инфраструктура включает в себя:

- учебные помещения, рабочие места;
- средства труда и оборудование, вычислительную технику и программное обеспечение;

- вспомогательные службы, внутреннюю компьютерную сеть и связь. Описание инфраструктуры дано в Списке наличия основных средств. Проректор по административно-хозяйственной работе является ответственным за:

- определение и обеспечение необходимой для оказания услуг инфраструктуры;
- определение необходимых финансовых и материальных средств для обеспечения инфраструктуры;
- поддержание инфраструктуры в рабочем состоянии;
- установление требований к учебным помещениям и обеспечение их выполнения;
- установление перечней основного и вспомогательного оборудования;
- разработку мероприятий по техническому обслуживанию и ремонту оборудования, зданий и сооружений;
- разработку графиков проведения технического обслуживания и ремонта оборудования, зданий и сооружений.

К началу года проректор по административно-хозяйственной работе разрабатывает и утверждает Планы капитального и текущего ремонтов на календарный год на основании предложений руководителей структурных подразделений.

7.1.4 Среда для функционирования процессов

В Университете среда для функционирования процессов представляет собой комплекс человеческих и производственных факторов, воздействующих на здоровье и качество деятельности обучающихся, профессорско-преподавательского состава и сотрудников.

Среда для функционирования процессов Университета включает в себя

следующие факторы:

- степень освещенности помещений;
- степень концентрации формалина в помещениях учебного корпуса №3;
- температуру воздуха в помещениях, в т.ч. в библиотеке, архиве, складских помещениях;
- влажность воздуха в помещениях, в т.ч. в библиотеке, архиве, складских помещениях.

Высшее руководство Университета создает и обеспечивает необходимую производственную среду в соответствии с нормативной документацией с целью повышения результативности деятельности вуза. Требования к производственной среде вуза установлены и утверждены Постановлением Главного санитарного врача Республики Беларусь «Санитарные правила и нормы 2.1.2.12-13 2006 «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию высших учебных заведений» 21.08.2006 №101.

Высшее руководство обеспечивает персоналу Университета и Потребителям безопасность жизни и здоровья в процессе образовательной деятельности.

Контроль параметров рабочей среды производится сотрудниками Гомельского городского центра гигиены и эпидемиологии согласно Плану проведения контроля с последующим представлением документов по заключению. Ответственным за управление производственной средой является проректор по административно-хозяйственной работе.

7.1.5 Ресурсы для мониторинга и измерений

7.1.5.1 Общие положения

В Университете определены и внедрены методы и средства, необходимые для выявления требований и удовлетворенности Потребителей, измерения и анализа результативности системы менеджмента качества, а также ее непрерывного улучшения.

В Университете определены процессы мониторинга качества обучения №4. Измерение, анализ и улучшение СМК осуществляется путем:

- оценки удовлетворенности потребителей;
- мониторинга и измерения процессов;
- мониторинга и измерения услуги по обучению;
- проведение внутренних аудитов;
- управление несоответствиями;
- анализа данных;
- принятия корректирующих действий.

Результаты измерений, мониторинга анализируются руководителями структурных подразделений на соответствующих заседаниях, совещаниях и вносятся предложения по улучшению функционирования СМК.

Деканатами проводится мониторинг оценки результативности обучения с применением статистических методов определения успеваемости потребителей услуг Университета. Результаты такой оценки отражаются в протоколах

заседания Совета университета, Советов факультетов.

Мониторинг, измерение, оценка процессов СМК описаны в РК п.9.1, анализ СМК со стороны руководства и улучшение описаны в РК п.9.3, СТУ-9.2 «Внутренний аудит», РК п.9.1.2 оценка удовлетворенности потребителей, СТУ -6.1 «Управление рисками».

7.1.5.2 Прослеживаемость измерений

Мониторинг и измерение услуги в Университете осуществляется на соответствующих стадиях учебно-воспитательного процесса и включает в себя:

- проведение всех видов аттестации Потребителя (текущей, итоговой) в соответствии с приказами ректора;
- прохождение промежуточного государственного контроля знаний студентов в соответствии с приказом Министра образования Республики Беларусь при проведении аттестации университета;
- прохождение и аттестацию всех видов практик;
- утверждение полугодовых и годовых отчетов клинических ординаторов, аспирантов и докторантов.

Формами текущей аттестации являются:

- зачет (дифференцированный зачет);
- экзамен по учебной дисциплине;
- кандидатский зачет (дифференцированный зачет) по общеобразовательной дисциплине;
- кандидатский экзамен по общеобразовательной дисциплине;
- отчет клинического ординатора, аспиранта, соискателя, докторанта о выполнении индивидуального плана работы;
- кандидатский экзамен по специальной дисциплине.

Итоговая аттестация осуществляется государственной экзаменационной комиссией и проводится в одной из следующих форм:

- государственный экзамен;
- защиты магистерской диссертации;
- отчет клинического ординатора, аспиранта, соискателя, докторанта государственной аттестационной комиссии о выполнении индивидуального плана работы.

Результаты мониторинга и измерения услуги обучения фиксируются в учебных журналах, зачетно-экзаменационных ведомостях, зачетных книжках, учебных карточках студентов, протоколах заседания кафедр.

Ответственными лицами за оказание услуги по результатам мониторинга являются члены комиссия в соответствии с приказами ректора.

Записями являются протоколы заседания комиссии.

Свидетельством о соответствии критериям качества являются записи об успеваемости студентов в учебных журналах, зачетных книжках, зачетно-экзаменационных ведомостях, приложениях к диплому, учебной карточке студента, протоколах заседаний Совета университета, Советов факультетов, кафедр, а также полугодовые и годовые отчеты клинических ординаторов, аспирантов и докторантов.

7.1.6 Знания организации

7.1.6.1 Знания являются обязательной и важнейшей составляющей эффективной деятельности Университета.

7.1.6.2 Область управления знаниями определена в следующих элементах СМК Университета:

- персонал Университета;
- документированная информация (СТУ СМК Университета, приказы, распоряжения и др.);
- процессы СМК Университета;
- услуги Университета;
- результаты взаимодействия между процессами СМК Университета.

7.1.6.3 Ключевыми направлениями управления знаниями Университета являются:

- знание мероприятий, методов и средств, обеспечивающих предоставление качественных услуг;
- знание правил внутреннего трудового распорядка;
- знание навыков и опыта персонала.

7.1.6.4 Основные технологии, поддерживающие управление знаниями в Университете:

- системы управления документооборотом;
- средства для организации совместной работы;

7.1.6.5 Деятельность по управлению знаниями Университета.

Управление знаниями обеспечивает достижение целей Университета, направленных на повышение удовлетворенности требований потребителей и заинтересованных сторон, в том числе:

- внедрение инноваций во все направления деятельности Университета;
- улучшение взаимодействия подразделений;
- оптимизация деятельности;
- формирование высококвалифицированного кадрового потенциала.

7.1.6.6 В Университете знания основываются на внешних и внутренних источниках.

Внутренние источники:

- документы СМК, разработанные в Университете;
- результаты улучшений функционирования процессов СМК Университета;
- локальные нормативные акты Университета;
- внутриуниверситетские научные и методические конференции, семинары;
- учебники, учебные пособия, учебно-методические пособия, электронные учебные издания, электронные учебно-методические комплексы;
- обучающие и тестирующие программы; Внешние источники:
- нормативные правовые акты Республики Беларусь (находятся в юридическом отделе, в структурных подразделениях Университета, а также по мере необходимости в аналитической правовой системе «Бизнес-Инфо» и ИПС

«ЭТАЛОН»);

- переподготовка, повышение квалификации, стажировка персонала;
- участие в международных, республиканских семинарах, конференциях, совещаниях.

7.1.6.7 Порядок управления знаниями в Университете. Основные этапы:

- Создание (документирование новых знаний и развитие знаний по процессам);
- поиск (представление неявных знаний в явную форму, индивидуальных знаний в коллективные);
- систематизация знания, поддержание целостности данных;
- хранение и распространение (создание информационных порталов, аналитическая работа, наставничество);
- доступ (доставка знания конкретному пользователю);
- мотивация персонала (вовлечение персонала в деятельность по управлению знаниями);
- инициализация (запуск деятельности по управлению знаниями);
- использование (правильное применение знания в конкретной работе, при принятии решений, выборе и реализации возможностей).

Все перечисленные этапы обеспечиваются необходимыми ресурсами (финансовыми, техническими, кадровыми).

7.1.6.8 Для функционирования процессов СМК Университета, достижения качества услуг знания поддерживаются путем:

- сотрудничества с учреждениями образования и научными организациями стран ближнего и дальнего зарубежья;
- создания научных школ;
- присвоения Почетных званий, награждение государственными наградами;
- создания резерва руководящих кадров;
- повышения профессионального мастерства профессорско-преподавательского состава;
- привлечения на работу лиц, имеющих ученые и почетные степени и звания;
- закрепления наставников из числа квалифицированных и опытных представителей профессорско-преподавательского состава;
- создания банка данных перспективных выпускников.

7.1.6.9 Основные направления совершенствования управления знаниями Университета:

- передача опыта лучшей практики внутри Университета;
- повышение эффективности обучения в Университете;
- формирование базы выполненных услуг Университета с целью минимизации нерационального использования ресурсов и времени;
- создание новых знаний и подходов;

7.1.6.10 Оценка деятельности по управлению знаниями в Университете проводится в рамках внутреннего аудита, в соответствии с СТУ-9.2.

Ответственность за управление знаниями и их актуализацию несет юридический отдел и руководители структурных подразделений.

7.2 Компетентность

Для удовлетворения потребности в компетентном персонале используются следующие методы:

- объявление конкурсов на замещение вакансий;
- прием на работу на конкурсной основе;
- личные собеседования при приеме на работу с ректором, проректором по учебной работе;
- сотрудничество с высшими учебными заведениями медицинского профиля Республики Беларусь, ближнего и дальнего зарубежья;
- поддержка инициатив сотрудников по повышению квалификации;
- направление сотрудников Университета на курсы повышения квалификации и семинары;
- проведение периодической аттестации персонала;
- обучение сотрудников вопросам качества;
- ознакомление под роспись сотрудников с требованиями настоящего руководства (Приложение Г);
- обучение внутренних аудиторов.

В соответствии с разделом 5.3 Руководства по качеству до персонала доводится вся информация о функционировании системы менеджмента качества и о вкладе конкретных сотрудников в достижение целей в области качества.

Оценка результативности предпринимаемых мер по обеспечению компетентности персонала осуществляется при проведении аттестации персонала, а также при проведении анализа функционирования СМК. Результаты отражаются в протоколах заседаний аттестационной комиссии.

Общее руководство и контроль проведения аттестации и переаттестации персонала в Университете возлагается на проректора по учебной работе. Руководители структурных подразделений являются ответственными за своевременную подготовку и повышение квалификации сотрудников, обеспечивающих результативность и качество продукции.

Основополагающие критерии оценки квалификации профессорско-преподавательского состава и руководителей производственных практик, привлекаемых на условиях совместительства в УО «Гомельский государственный медицинский университет»:

- наличие ученой степени;
- наличие ученого звания;
- наличие учебно-методических публикаций за последние 5 лет;
- наличие научных публикаций за последние 5 лет;
- стаж работы по специальности в сфере деятельности соответствующей основному виду деятельности кафедры не менее 2 лет;
- стаж педагогической работы не менее 2 лет;
- наличие квалификационной категории;

- владение иностранными языками.

Вся информация об образовании и данные по подготовке персонала отражаются в Личном листке по учету кадров.

7.3 Осведомленность

7.3.1 Руководство Университета обеспечивает обмен информацией между структурными подразделениями за счет:

- подготовки документации (приказов, распоряжений, нормативных документов и др.);
- проведения ректоратов Университета,
- проведения Советов университета и факультетов;
- проведения учебно-методических и воспитательных семинаров;
- деловой переписки (докладные и служебные записки, заявления);
- прием руководителями по личным и рабочим вопросам.

7.3.2 Ответственность за обмен информацией на уровне факультетов (кафедр) возлагается на деканов факультетов и заведующих кафедр.

7.3.3 Руководство Университета обеспечивает обмен информацией по вопросам результативности СМК посредством:

- заседания Совета СМК Университета;
- заседания научно-методического Совета;
- проведение обучающих семинаров в области менеджмента качества;
- информационные стенды, печатные издания Университета, наглядные информационные материалы, научно-методические издания.

7.3.4 Ответственность за обмен информацией по вопросам результативности СМК возложена на представителя руководства СМК Университета.

7.4 Коммуникация

7.4.1 Университет ежегодно предоставляет достоверную и полную отчетность, а также всю необходимую статистическую информацию в Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Министерство образования Республики Беларусь и иные полномочные органы республики.

7.4.2 Для информирования внутренних и внешних потребителей, а также заинтересованных сторон в Университете осуществляется обмен информацией и внешнее информирование. Актуальная информация о результатах деятельности Университета, ее достижениях и планах развития сотрудникам УВО, абитуриентам, слушателям, организациям здравоохранения, организациям образования, обществу и иным заинтересованным сторонам, используя сеть Интернет, внутривузовскую сеть, радио, городские и республиканские СМИ.

7.4.3 Управление работой по внешнему информированию организовано в соответствии с Уставом Университета.

7.4.4 Цель внешнего информирования состоит в создании положительного имиджа Университета через информирование общественности

о происходящих в вузе процессах, мероприятиях и пр.

7.4.5 Внешнее информирование общества реализуется в Университете по следующим направлениям:

- коммуникативная деятельность (подготовка и распространение через средства массовой информации официальных сообщений, заявлений, пресс- релизов, готовых материалов о деятельности Университета);
- размещение информации в справочной и специализированной периодике;
- размещение объявлений;
- обновление информационного контента официального веб-сайта Университета;
- издание рекламных материалов об Университете, размещение рекламы в СМИ;
- выпуск газеты «36 и 6».

7.4.6 Ответственность за информирование общества лежит на руководстве Университета. Ответственность за обмен информацией на уровне факультетов (кафедр) возлагается на деканов факультетов и заведующих кафедр.

7.5 Документированная информация

Деятельность по управлению документами СМК, включая порядок их разработки, а также документами, необходимыми для функционирования Университета, описывается в СТУ-7.5.

Любой сотрудник Университета имеет право и обязан подавать свои предложения представителю руководства по качеству, если видит, что какой-либо документ СМК неэффективен, противоречит другим документам, не достигает поставленной цели, написан непонятным языком.

Каждый сотрудник Университета также имеет право сам разработать документ СМК и предложить его для внедрения.

Электронные документированные процедуры СМК университета ведутся согласно Закона №113-3 от 28.12.2009 «Об электронном документе и электронной цифровой подписи».

Для подтверждения соответствия предоставляемых услуг установленным требованиям, подтверждения достижения установленных целей процессов, постоянного улучшения и результативности функционирования СМК ведутся записи по качеству.

Разработан и утвержден стандарт Университета, определяющий требования к ведению записей СТУ-7.5.

8. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

8.1 Планирование и управление деятельностью

В Университете определены процессы «Планирование обучения» № 1, необходимые для оказания услуги по обучению.

Планирование оказания услуг определяется с учетом:

- установленных целей в области качества (см. п.6.2 РК) и требований к услугам по обучению (см. п. 8.2. РК);

- требований нормативной документации, в которой определены необходимые условия оказания услуг, способы их контроля;

- необходимости обеспечения ресурсами (см п. 7.1 РК);

- ведения документированной информации, подтверждающих, что

Планирование осуществляется на основании следующих документов для:

- довузовского обучения – Положение о деканате факультета довузовской подготовки, подготовительном отделении, подготовительных курсах;

- вузовского обучения – Положение о первой ступени высшего образования, Положение о второй ступени высшего образования (магистратуре), Кодекса Республики Беларусь об образовании;

- послевузовского образования – Инструкция по подготовке научных работников высшей квалификации в Республике Беларусь, Постановления о порядке организации и прохождения подготовки в интернатуре и клинической ординатуре;

- дополнительное образование взрослых – Положение об учреждении дополнительного образования взрослых;

- административно-хозяйственной деятельности – численность профессорско-преподавательского состава, обучающихся, расписание.

Выходные данные процесса планирования представлены в виде:

- для планирования услуг по обучению – учебные планы, учебные программы, расписание;

- для планирования административно-хозяйственной деятельности – графики осмотров, ремонтов, заявки.

Под руководством ректора Университета не реже 1 раза в месяц проводятся оперативные планерки, на которых проректоры предоставляют оперативную информацию и принимаются оперативные решения.

Под руководством проректора по учебной работе не реже 1 раза в месяц проводятся совещания по учебным вопросам, на которых заведующие кафедрами и другие руководители структурных подразделений предоставляют оперативную информацию и принимаются оперативные решения.

8.2 Требования к услугам

8.2.1 Коммуникация с потребителем

Университет поддерживает постоянную связь с потребителями (потенциальными потребителями образовательных услуг) и информирует их о предоставляемых услугах в сферах образования путем публикаций в прессе, на сайте Университета, в рекламной продукции, в ходе встреч с потенциальными потребителями и т.д.

Университет осуществляет обратную связь с потребителями (заинтересованными сторонами) с целью определения соответствия предоставляемых услуг их требованиям путем анкетирования, встреч, конференций, приема заявок. Используются также отзывы, рецензии, письма, статьи и другие материалы, выражающие требования потребителей.

Связь с потребителем осуществляется:

- при заключении договоров (анализе договоров) посредством электронной переписки, писем, личных бесед;
- при анкетировании, посредством получения и анализа анкет (см. п.8.2.1).

Ответственность за осуществление связи с Потребителем несет проректор по воспитательной и идеологической работе.

8.2.2 Определение требований к услугам

Ответственность за определение требований, относящихся к услугам обучения, несет ректор.

Требования Потребителя отражаются:

- в договорах и дополнениях к ним;
- в учебных нормативных правовых актах.

К другим требованиям относятся законодательные требования и требования учебных нормативно-правовых актов:

- Кодекс Республики Беларусь об образовании;
- Положение о высшем учебном заведении;
- Положение о деканате факультета довузовской подготовки, подготовительном отделении, подготовительных курсах;
- Положение о первой ступени высшего образования;
- Положение о второй ступени высшего образования (магистратуре);
- Положение об учреждении дополнительного образования взрослых;
- Положение об обучении в Республике Беларусь иностранных граждан;
- Инструкция по подготовке научных работников высшей квалификации в Республике Беларусь;
- Инструкция о порядке организации и прохождения подготовки в клинической ординатуре.

8.2.3 Анализ требований к услугам

Университет анализирует требования, предъявляемые Потребителем к услугам по обучению. Этот анализ проводится до принятия обязательств оказывать услугу Потребителю. Результатом анализа при заключении типовых договоров являются согласующие подписи юриста, главного бухгалтера, проректора по виду деятельности, а также других лиц (по необходимости).

Проректоры согласовывают с руководителями структурных подразделений пункты проектов договоров, заключенных с иностранными гражданами и касающиеся деятельности соответствующих подразделений. Результаты согласования подтверждаются подписями руководителей структурных подразделений на проектах договоров.

Проректоры отвечают за хранение договоров, изменения к ним, а также за анализ цен.

Договора принимается к исполнению только после разрешения всех

разногласий и подписания основного текста обеими сторонами (Потребителем и Университетом). Подписанные договора гарантируют способность Университета выполнить требования Потребителя.

Все изменения требований Потребителя и предложения по изменению договоров анализируются и согласовываются. Все согласованные изменения требований вносятся в Дополнительное соглашение к договору и подписываются обеими сторонами.

8.2.4 Изменения требований к услугам

Если требования к услуге были изменены руководство Университета должно обеспечить, чтобы соответствующие документы были исправлены, а персонал, которого это касается, был осведомлен об изменившихся требованиях.

8.3 Проектирование и разработка услуг

8.3.1 Общие положения

Проектирование образовательных программ устанавливает общие требования к структуре и составу программ по специальностям, а также порядок открытия новых образовательных программ, в том числе разработку рабочих планов и учебных программ как для открываемых, так и для реализуемых образовательных программ.

8.3.2 Планирование проектирования и разработки

Основной целью проектирования образовательных программ является открытие новых специальностей и создание учебно-программной и учебно-методической документации.

Процесс проектирования образовательных программ инициируется:

- необходимостью открытия новой специальности;
- изменением требований образовательного стандарта;
- внесением предложений по улучшению образовательного процесса.

Университет является разработчиком учебно-программной документации по специальности 1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело».

Анализ и проверка проекта и разработки учебно-программной документации проводится медицинскими университетами членами учебно-методического объединения по высшему медицинскому образованию, а также ГУО «Республиканский институт высшей школы».

Утверждение проекта и разработки учебно-программной документации проводится Министерством образования и Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Типовой учебный план по специальности 1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело» разрабатывается в целях реализации образовательного стандарта и установления общих подходов к планированию образовательного процесса.

Экспертиза и нормоконтроль типовых учебных планов на соответствие законодательству Республики Беларусь, их регистрация и учет осуществляется в установленном порядке Государственным учреждением образования

«Республиканский институт высшей школы».

Типовые учебные планы должны быть разработаны и утверждены не

позднее, чем за 3 месяца до начала учебного года, с которого вводится подготовка специалистов с высшим образованием по соответствующей специальности.

Срок действия типовых учебных планов составляет, как правило, 5 лет. Типовые учебные программы разрабатываются в рамках учебно-методических объединений в сфере высшего образования и утверждаются Министерством образования Республики Беларусь по согласованию с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Экспертиза, нормоконтроль, регистрация и учет типовых учебных программ осуществляется в установленном порядке Государственным учреждением образования «Республиканский институт высшей школы».

Срок действия типовых учебных программ составляет, как правило, 5 лет.

8.3.3 Входы проектирования и разработки

Входными данными для проектирования и разработки являются:

- законодательные требования, изложенные в Кодексе Республики Беларусь об образовании;
- Постановления Министерства образования и Республики Беларусь;
- Порядок разработки и утверждения учебных программ и программ практики для реализации содержания образовательных программ высшего образования, утвержденным Министром образования Республики Беларусь от 06.04.2015.
- образовательные стандарты высшего образования;
- типовые учебные планы по специальностям высшего образования и переподготовки;
- типовые учебные программы;
- нормы времени учебной, учебно-методической, научно-исследовательской, организационно-методической и воспитательной работы ППС Университета;
- численность обучающихся в Университете на всех ступенях получения образования;
- штатная численность ППС Университета.

8.3.4 Выходы проектирования и разработки

Выходами проектирования и разработки являются:

- лицензия на право осуществления образовательной деятельности;
- проект образовательного стандарта по специальности высшего образования, переподготовки;
- учебные и учебно-тематические планы Университета по специальностям высшего образования, переподготовки, образовательной программы повышения квалификации, подготовки лиц к поступлению в учреждения образования Республики Беларусь.

Руководителями процесса №2 «Проектирование образовательных услуг» является проректор по учебной работе и проректор по научной работе Университета. Ответственными исполнителями являются: учебно-методический отдел; деканаты; докторантура, аспирантура и магистратура; кафедры.

8.4 Управление предоставляемыми извне процессами, продукцией и услугами

8.4.1 Университет привлекает внешнюю сторону для выполнения отдельных составляющих процессов, влияющих на соответствие продукции требованиям и обеспечивает управление такими процессами (далее – аутсорсинговые процессы).

Основополагающие критерии оценки квалификации профессорско-преподавательского состава и руководителей производственных практик, привлекаемых к работе на условиях совместительства в УО «Гомельский государственный медицинский университет» являются:

- наличие высшего медицинского образования (предпочтительно ученой степени);
- наличие ученого звания;
- наличие учебно-методических публикаций за последние 5 лет;
- наличие научных публикаций за последние 5 лет;
- стаж работы по специальности в сфере деятельности соответствующей основному виду деятельности кафедры не менее 2 лет;
- стаж педагогической работы не менее 2 лет;
- наличие квалификационной категории;
- владение иностранными языками.

8.4.2 Аутсорсинг в Университете связан с организацией практик на базе учреждений здравоохранения. Практика является одной из форм практического обучения в Университете. Практика организуется в соответствии с учебными планами и программами на базе территориальных учреждений здравоохранения.

Исходными документами для разработки программ практики являются образовательный стандарт и учебный план Университета по специальности.

Программы практики разрабатываются кафедрами, рассматриваются и рекомендуются к утверждению Советами факультетов, утверждаются (с указанием регистрационного №) руководителем Университета (или уполномоченным им лицом).

8.4.3 Критерии оценки выбора базы практики студентов

Выбор базы практики для студентов осуществляется с учетом получаемой специальности.

При выборе базы практики целесообразно учитывать критерии, оценивающие наиболее важные стороны организации, как базы практики студентов. К таким критериям относятся:

- основные направления деятельности организации должны соответствовать специальности обучения студентов и виду практики;
- обеспечение квалифицированным руководством (руководитель практики от организации должен иметь высшую или первую категорию-зав. отделением, старшие медицинские сестры);
- оснащенность организации современным оборудованием и

применение прогрессивных технологических процессов;

- наличие условий для приобретения практических навыков и умений по специальности.

Основополагающими критериями распределения студентов для прохождения производственной практики на базах учреждений здравоохранения является:

- для прохождения производственной практики студентами 3 курса лечебного факультета и ФПСЗС – наличие отделений терапевтического и хирургического профиля;

- для прохождения производственной практики в поликлинике студентами

4 курса лечебного факультета и ФПСЗС – наличие терапевтического и хирургического профиля;

- для прохождения производственной практики студентами 5 курса лечебного факультета и ФПСЗС – наличие терапевтического, хирургического, акушерско- гинекологического профиля;

- для прохождения производственной практики студентами 3 курса медико-диагностического факультета – наличие терапевтического, хирургического профиля; отделений лучевой и функциональной диагностики, а также клинической лабораторной диагностики;

- для прохождения производственной практики студентами 4 курса медико-диагностического факультета – наличие терапевтического профиля; отделений лучевой и функциональной диагностики, а также клинической лабораторной диагностики.

Порядок управления данным аутсорсинговым процессом определен в соответствии с НПА.

8.5 Предоставление услуг

8.5.1 Управление предоставлением услуг

Учебная деятельность Университета осуществляется по учебной документации (образовательные стандарты, учебные планы, учебные программы, методические рекомендации к проведению практических занятий) в которых содержатся:

- бюджет учебного времени и максимальная учебная нагрузка;
- перечень и последовательность изучения дисциплин;
- распределение учебного времени по видам, формам учебных занятий и периодам обучения;
- виды практики;
- формы текущей и итоговой аттестации;
- цель изучения и содержание дисциплин;
- методы организации и контроля теоретической и практической подготовки в процессе и по окончании изучения дисциплины;
- хронокарты лекции, практического, лабораторного или семинарского занятия;

- графики работы руководителя производственной практики.

Оборудование и средства измерения, необходимые для осуществления учебного процесса, указываются в методических рекомендациях к проведению практических или лабораторных занятий.

8.5.1.1 Цели и задачи контроля и взаимопосещений учебных занятий

Данный пункт регламентирует деятельность университета по проведению мероприятий, связанных с контролем учебного процесса и преподавательской деятельности и направленных на постоянное улучшение качества образовательного процесса.

Цели и задачи контроля и взаимопосещений учебных занятий

Целью контроля и взаимопосещений учебных занятий является:

- получение гарантий соответствия учебного процесса установленным требованиям, устранение выявленных несоответствий, прогнозирование возможных несоответствий;
- определение возможных улучшений учебного процесса, повышение качества образовательных процессов, передача опыта проведения занятий ведущими преподавателями кафедры, знакомство с новыми образовательными технологиями, изучение методик использования результатов научных исследований при проведении занятий.

Задачами контроля взаимопосещений учебных занятий являются:

- установление порядка организации контроля и взаимопосещений;
- установление видов применяемых документов и записей;
- определение ответственности должностных лиц, участвующих в процессе контроля и взаимопосещений.

Основными подразделениями, обеспечивающими контроль и взаимопосещения учебных занятий являются: ректорат (проректор по учебной работе); учебно-методический отдел (начальник УМО, уполномоченный сотрудник); деканат факультета (декан, зам.декана); кафедра (зав. кафедрой, ППС - по графику взаимопосещений).

Планирование взаимопосещений

Заведующие кафедрами утверждают графики взаимопосещений преподавателей кафедры учебных занятий на каждый семестр учебного года.

Периодичность контроля и взаимопосещений

При планировании контроля и взаимопосещения учебных занятий рекомендуется следующая периодичность:

- контроль проведения занятий со стороны деканата – не менее одного занятия в семестр каждой кафедры факультета;
- взаимопосещения занятий на кафедре – не менее одного занятия каждого штатного преподавателя кафедры в течение учебного года со стороны заведующего кафедрой.

Проведение контроля и взаимопосещений

Проведение контроля преподавательской деятельности в процессе предоставления образовательных услуг направлено на выявление фактов

нарушений установленных требований к учебному процессу. Выявление фактов нарушения учебного процесса может производиться на основании информации, которая поступает в учебно-методический отдел, деканаты, проректору по учебной работе и менеджменту качества.

Нарушениями организации учебного процесса преподавателем считаются отклонения от плана проведения учебного процесса:

- неявка на учебное занятие по расписанию занятий;
- опоздание преподавателя на учебное занятие по расписанию занятий более чем на 5 минут;
- нарушение графика учебного процесса и расписания занятий (несогласованный перенос даты, времени или аудитории проведения занятий, завершения занятия до времени окончания учебного занятия по расписанию, более чем на 5 минут);
- ведение учебного занятия посторонним лицом (за исключением замены заведующим кафедрой отсутствующего преподавателя другим преподавателем кафедры).

Мониторинг преподавательской деятельности со стороны УМО включает соответствие установленных требований по организации и проведению учебных занятий. Контроль организации учебного процесса (по отдельному плану) осуществляет сотрудник УМО, который при выявлении факта нарушения учебного процесса обязан, уведомить докладной запиской декана и заведующего кафедрой (по электронной почте). Заведующий кафедрой в течение 3-х рабочих дней с момента получения информации о нарушении учебного процесса обязан представить в УМО докладную записку о причине нарушения учебного процесса преподавателем данной кафедры и мерах, принятых (планируемых) для устранения нарушения. При повторном нарушении преподавателем учебного процесса в течение учебного года корректирующие и предупреждающие действия (выполненные и планируемые) представляет в УМО декан факультета.

Проведение взаимопосещений

Взаимопосещения планируются заведующими кафедрами ежегодно до 15-го сентября и 15-го февраля. На каждого штатного преподавателя кафедры в течение учебного года планируется не менее одного занятия. График проведения взаимопосещений, подлежит обсуждению и утверждению на кафедре. В установленные графиком проведения занятий сроки и в соответствии с расписанием занятий преподаватели кафедры обязаны прибыть в учебную аудиторию до начала занятия. На открытых занятиях рекомендуется присутствие курирующего проректора, декана факультета, сотрудника УМО.

При оценке занятий преподавателей обращают внимание на:

- соответствие занятия учебному плану;
- применение активных, современных методов и форм проведения занятий, применение технических средств обучения и информационных технологий;
- использование собственных разработок по курсу;

внутрипредметные и межпредметные связи;

- степень владения материалом занятий;
- умение поддерживать внимание обучающихся;
- рациональность распределения времени на занятиях;
- наличие индивидуального подхода к обучающимся;
- организация самостоятельной работы обучающихся;
- выразительность речи, умение правильно расставить акценты в

процессе подачи информации.

Корректирующие и предупреждающие действия

По результатам анализа разрабатываются адекватные корректирующие и предупреждающие мероприятия в соответствии с СТУ-10.2 Корректирующие действия. По итогам анализа взаимопосещений занятий и контроля занятий могут быть произведены следующие корректирующие и предупреждающие мероприятия:

- рекомендация, направление преподавателя на курсы повышения квалификации;
- направление преподавателя на стажировку;
- включение в план-график взаимопосещений преподавателей кафедры дополнительное посещение в данном отчетном периоде;
- принятие решения о необходимости совершенствования учебно- методического обеспечения кафедры;
- принятие решения о необходимости внедрения в учебный процесс новых образовательных технологий;
- другие мероприятия.

8.5.2 Идентификация и прослеживаемость

Объектами идентификации и прослеживаемости в Университете являются:

- потребители;
- учебные программы;
- учебные планы;
- расписание занятий;
- учебные журналы;
- планы работы кафедр;
- журнал выдачи и сдачи зачетно-экзаменационных ведомостей (Приложение Д).

Университет идентифицирует оказываемую услугу подходящими средствами на всех стадиях ее оказания в соответствии с требованиями стандартов СМК, описывающих основные процессы.

Руководство Университета идентифицирует статус оказываемой услуги по отношению к требованиям мониторинга и измерения на всех стадиях ее оказания.

Требования к прослеживаемости оказываемой услуги не являются

обязательными и процедуры, обеспечивающие прослеживаемость, не применяются.

Порядок оформления, регистрации, учета, выдачи и возврата зачетно- экзаменационных ведомостей

Настоящий Порядок оформления, регистрации, учета, выдачи и возврата зачетно-экзаменационных ведомостей разработан в соответствии с Правилами проведения аттестации студентов, слушателей при освоении содержания образовательных программ высшего образования, утвержденными постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 29 мая 2012 г. №53 и регулирует порядок оформления, регистрации, учета, выдачи и возврата зачетно-экзаменационных ведомостей при проведении текущей аттестации обучающихся при освоении содержания образовательных программ высшего медицинского образования и слушателей при освоении содержания образовательной программы переподготовки работников и специалистов, имеющих высшее медицинское образование, в учреждении образования

«Гомельский государственный медицинский университет».

Зачетно-экзаменационная ведомость, в которую заносятся результаты проведения текущей аттестации, является обязательным документом во время проведения текущей аттестации и подлежит регистрации и учету.

Бланк ведомости регистрируется на факультете в журнале выдачи зачетно- экзаменационных ведомостей.

Бланк зачетно-экзаменационной ведомости выдается в двух экземплярах работником деканата ответственному за это работнику кафедры под роспись в журнале выдачи не позднее, чем за день до проведения экзамена/зачета (дифференцированного зачета).

Сдача оформленной зачетно-экзаменационной ведомости в деканат факультета осуществляется в день приема экзамена (зачета). Допускается сдача ведомости по согласованию с деканатом на следующий рабочий день после проведения аттестации не позднее 12.00 часов.

Работник деканата осуществляет контроль правильности оформления зачетно-экзаменационной ведомости и предоставляет на подпись декану (заместителю декана) факультета, после чего зачетно-экзаменационная ведомость скрепляется печатью факультета.

Оформленная зачетно-экзаменационная ведомость регистрируется в журнале выдачи зачетно-экзаменационных ведомостей.

Журналы выдачи зачетно-экзаменационных ведомостей ведутся в деканатах факультетов работниками, назначенными деканом факультета ответственными за их ведение.

8.5.3 Собственность, принадлежащая потребителям

Университет осуществляет управление собственностью потребителей. К собственности Потребителей могут относиться:

- оригиналы аттестатов об образовании, дипломов об образовании, сертификаты централизованного тестирования, свидетельств, которые сдаются на хранение при зачислении на обучение;

- личные вещи, сдаваемые в гардероб;
- интеллектуальная собственность: свидетельства о рацпредложениях, патенты на изобретения.

Собственности потребителя находится под контролем Университета и подлежит защите и сохранности. В случае повреждения либо утери собственности Потребителя, последний ставится в известность, при этом оформляется акт в произвольной форме. Спорные вопросы, связанные с собственностью потребителей, решаются в установленном порядке.

9. ОЦЕНИВАНИЕ ПРИГОДНОСТИ

9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценивание

Мониторинг информации, касающейся восприятия потребителями и другими заинтересованными сторонами соответствия образовательных услуг Университета предъявляемым к ним требованиям, является одним из способов измерения результативности работы СМК Университета.

9.1.1 Общие положения

Мониторинг и измерение услуги в Университете осуществляется на соответствующих стадиях учебно-воспитательного процесса и включает в себя:

- проведение всех видов аттестации Потребителя (текущей, итоговой) в соответствии с приказами ректора;
- прохождение промежуточного государственного контроля знаний студентов в соответствии с приказом Министра образования Республики Беларусь при проведении аттестации университета;
- прохождение и аттестацию всех видов практик;
- сдача курсовых и дипломных проектов;
- утверждение полугодовых и годовых отчетов клинических ординаторов, аспирантов и докторантов.

Формами текущей аттестации являются:

- зачет (дифференцированный зачет);
- экзамен по учебной дисциплине;
- кандидатский зачет (дифференцированный зачет) по
- кандидатский экзамен по общеобразовательной дисциплине;
- отчет клинического ординатора, аспиранта, соискателя, докторанта о выполнении индивидуального плана работы;
- кандидатский экзамен по специальной дисциплине.

Итоговая аттестация осуществляется государственной экзаменационной комиссией и проводится в одной из следующих форм:

- государственный экзамен;
- защиты магистерской диссертации;
- отчет клинического ординатора, аспиранта, соискателя, докторанта государственной аттестационной комиссии о выполнении индивидуального плана работы.

Результаты мониторинга и измерения услуги обучения фиксируются в учебных журналах, зачетно-экзаменационных ведомостях, зачетных книжках,

учебных карточках студентов, протоколах заседания кафедр.

Ответственными лицами за оказание услуги по результатам мониторинга являются члены комиссии в соответствии с приказами ректора.

Записями являются протоколы заседания комиссии.

Свидетельством о соответствии критериям качества являются записи об успеваемости студентов в учебных журналах, зачетных книжках, зачетно-экзаменационных ведомостях, приложениях к диплому, учебной карточке студента, протоколах заседаний Совета университета, Советов факультетов, кафедр, а также полугодовые и годовые отчеты клинических ординаторов, аспирантов и докторантов.

9.1.2 Оценка удовлетворенности потребителя

Университет проводит мониторинг информации, касающейся удовлетворенности Потребителей. Изучение удовлетворенности Потребителей осуществляется в рамках процесса №6, владелец процесса – проректор по воспитательной и идеологической работе (см. СТУ-4.4).

Информация об удовлетворенности Потребителей собирается и анализируется отделом воспитательной работы с молодежью 2 раза в год на основании плана. План по организации и проведению мониторинга удовлетворенности потребителей качеством предоставляемых услуг разрабатывается владельцем процесса в начале календарного года. Источниками информации об удовлетворенности потребителей являются:

- письма, содержащие жалобы и претензии потребителей;
- непосредственное общение с потребителем;
- сообщения по электронной почте, телефону;
- результаты анкетирования потребителей.

Результатом оценки удовлетворенности потребителей является сводный отчет, который готовится владельцем данного процесса 2 раза в год и передается представителю руководства по качеству. Отчет об удовлетворенности Потребителей обсуждается на заседаниях Совета по качеству, заседаниях Советов факультетов и Совета университета. Для проведения дальнейшей работы по повышению удовлетворенности потребителей результаты мониторинга с рекомендациями рассматриваются на заседаниях кафедр и подразделений университета.

В случаях, когда мониторинг информации об удовлетворенности потребителей проводится с помощью анкетирования, отдел воспитательной работы с молодежью разрабатывает анкеты в количестве достаточном для обеспечения репрезентативности выборки (не менее 70%) и передает их в деканаты факультетов, интернатуру и клиническую ординатуру, в докторантуру, аспирантуру и магистратуру. Руководители этих структурных подразделений

осуществляют анкетирование потребителей услуг и возвращают заполненные анкеты для обработки и анализа в отдел воспитательной работы с молодежью.

По результатам проведенных мониторингов отдел воспитательной работы в конце года составляет отчет о результативности процесса.

9.1.3 Анализ и оценивание

Процессы СМК определены и приведены в Приложении Б. Каждому процессу поставлена цель и определены показатели оценки его результативности. Владелец процесса, по показателям оценки определяет результативность своего процесса с установленной периодичностью, отраженной в картах процессов. Для каждого процесса СМК приказом ректора устанавливается планируемый показатель результативности. При достижении запланированного результата, процесс считается результативным. Если запланированный результат не достигнут, то владелец процесса анализирует причины и разрабатывает, предпринимает корректирующие действия, направленные на повышение результативности процесса СМК.

Владельцы процессов до 5 числа следующего за анализируемым месяцем предоставляют отчеты по оценке результативности процессов представителю руководства по качеству, на основании которых он ведет статистику измерения результативности процессов СМК (форма отчета результативности процессов Приложение Г). Статистические данные предоставляются на анализ высшему руководству.

9.2 Внутренний аудит

Университет проводит внутренние аудиты таким образом, чтобы каждое структурное подразделение было проверено не реже 1 раза в год, чтобы определить, насколько СМК Университета:

- соответствует запланированным мероприятиям, требованиям стандарта ISO 9001;
- результативно внедрена и поддерживается в рабочем состоянии.

Выбор аудиторов и проведение аудитов обеспечивают объективность и беспристрастность процесса аудита.

Аудиторы не проверяют работу своих структурных подразделений. Порядок проведения внутренних аудитов определен в стандарте Университета СТУ-9.2.

9.3 Анализ со стороны руководства

9.3.1 Общие положения

Высшее руководство анализирует систему менеджмента качества с периодичностью не реже 1 раз в год (до 01 февраля), чтобы обеспечить ее постоянное соответствие, адекватность и результативность. Анализ включает оценку возможностей совершенствования и необходимости изменений СМК, в том числе Политики в области качества и целей в области качества.

Ведется протокол анализа со стороны руководства. Протокол подписывается ректором Университета, и все принятые решения имеют силу приказа для структурных подразделений и сотрудников Университета.

Результаты анализа используются при планировании улучшения деятельности Университета.

Проведение анализа со стороны руководства определено в Университете как процесс СМК №7.

9.3.2 Входы анализа со стороны руководства

Входными данными для анализа системы качества руководством служат:

- обратная связь с Потребителем;
- отчет по внешним и внутренним аудитам – от уполномоченного по СМК;
- анализ соответствия продукта (услуги): отчет о несоответствиях, возникающих на разных стадиях ведения учебного процесса за год – от владельцев процессов;
- статус корректирующих действий – от руководителей структурных подразделений;
- отчеты по результатам мониторинга и оценки результативности функционирования процессов СМК – от владельцев процессов;
- действия, последовавшие за предыдущим анализом со стороны руководства – от ответственных за исполнение мероприятий;
- отчет по результатам входного контроля закупаемых материалов и комплектующих необходимых для обучения Потребителей – от проректора по АХР;
- изменения, которые могли повлиять на СМК – от руководителей структурных подразделений;
- рекомендации по совершенствованию – от руководителей структурных подразделений.

Качество оказываемой услуги по обучению зависит от качества приобретаемых и используемых в Университете:

- услуг по обучению персонала Университета (курсы повышения квалификации, стажировка на рабочем месте, переподготовка). Ответственный за оценку и выбор услуг – начальник учебного отдела;
- основных материалов (учебников, учебных пособий), непосредственно входящих в образовательный процесс. Ответственный за оценку и выбор поставщика – директор библиотеки;
- материалов, комплектующих необходимых для обслуживания оборудования. Ответственный за оценку и выбор услуг по техническому обслуживанию – заведующий отделом эксплуатационно-технического обслуживания, ремонта оборудования и метрологии;
- оборудования и инструментов, используемых в учебном процессе. Ответственный за оценку и выбор поставщика – агент по снабжению.

В Университете проводится оценка и выбор Поставщиков на основе их способности поставлять материалы, комплектующие, услуги в соответствии с требованиями Университета. Перед заключением договора на поставку в случаях, установленных НПА РБ, проводятся тендеры в соответствии с Инструкцией о порядке организации и проведения закупок товаров (работ, услуг) в Учреждении образования «Гомельский государственный медицинский

университет». Оценка и выбор Поставщиков по данным договорам осуществляется по критериям, определенным в тендерной документации. Результатом оценки является протокол тендерной комиссии.

Закупки, по которым не предусмотрено проведение тендерных торгов, заключаются с Поставщиками, определенными по результатам их оценки и выбора. Эту оценку и выбор Поставщиков проводит агент по снабжению. Результатом оценки является Конкурентный лист.

Оценка и выбор Поставщика проводится на основании Указа Президента Республики Беларусь от 17.11.2008 №618 «О государственных закупках в Республике Беларусь» и Инструкции по оценке и выбору поставщиков, материалов, комплектующих и услуг.

Руководство по вопросам закупок осуществляет проректор по административно-хозяйственной работе на основании заявок, составленных руководителями структурных подразделений.

Университет проводит повторную оценку Поставщиков на основании следующих критериев:

- результатов приемочного контроля закупаемых материалов, комплектующих, услуг;
- установленной периодичности оценки (не реже одного раза в год).

По результатам оценки, выбора и повторной оценки Поставщиков ведутся соответствующие записи: протоколы заседания конкурсной комиссии по выбору поставщиков, конкурентные листы.

Запросы на закупку, направляемые Поставщикам, готовят агент по снабжению на основании заявок от руководителей структурных подразделений. В данных запросах должно быть отражено:

- наименование и количество закупаемых материалов, комплектующих, услуги;
- требования к закупаемым материалам, комплектующим, услугам;
- сроки и условия поставки закупаемых материалов, комплектующих, услуги.

Закупленный товар подлежит проверке.

9.3.3 Выходы анализа со стороны руководства

Выходные данные анализа – это принятые решения и действия связанные с:

- улучшением СМК и ее процессов;
- улучшением качества образовательных услуг согласно требованиям Потребителей;
- потребностью в ресурсах;
- административными решениями.

Выходные данные документально оформляются в Протоколе анализа и имеют силу приказа.

10 УЛУЧШЕНИЕ

10.1 Общие положения

10.2 Несоответствия и корректирующие действия

10.2.1 Несоответствия могут быть выявлены на различных стадиях

осуществления процессов и видов деятельности. Выявление, идентификация и регистрация несоответствий является основанием для начала работ по управлению ими.

Несоответствия могут быть зафиксированы при:

- анализе СМК со стороны руководства;
- мониторинге данных о квалификации и подготовке персонала;
- верификации и валидации на стадии проектирования, разработки и планирования образовательных программ;
- верификации закупленной продукции;
- мониторинге и измерениях процессов, образовательных услуг и научной продукции;
- мониторинге информации об удовлетворенности потребителей;
- внутренних аудитах.

При обнаружении несоответствий руководители процессов и подразделений, осуществляющие деятельность, в которой выявлены несоответствия, организуют их устранение (коррекцию) с привлечением, при необходимости, всех заинтересованных лиц и специалистов подразделений, выполняющих процесс или процедуру.

Источниками информации для определения и анализа причин появления несоответствий являются результаты всех процессов СМК, в том числе:

- изучения отзывов потребителей (работодателей, преподавателей, сотрудников, обучающихся);
- аудитов (внутренних и внешних);
- проверок, осуществленных руководством Университета и/или подразделений;
- контроля обучающихся на всех стадиях образовательного процесса;
- анализа документации СМК Университета.

Причины возникновения каждого несоответствия должны быть определены.

Если несоответствие единичное (случайное), не требует специальных корректирующих мероприятий и изменений в документации системы менеджмента качества, то проводится коррекция (несоответствие устраняется на месте без разработки плана корректирующих мероприятий и составления протокола несоответствий).

Срок проведения коррекций с момента обнаружения и регистрации несоответствия не должен превышать две недели.

Если несоответствие носит систематический характер и требует внесения изменений в документацию СМК - разрабатывается план корректирующих мероприятий.

10.2.1.1 Управление несоответствиями

В Университете проводится работа по выявлению несоответствий, возникающих при оказании образовательных услуг с целью их последующего анализа и исправления.

Действия, предпринимаемые при обнаружении несоответствующей услуги, определены в стандарте Университета СТУ-8.3.

Несоответствия могут возникать вследствие ошибок, допущенных при формировании учебных планов и их реализации, из-за недостаточной квалификации профессорско-преподавательского состава, а также по вине обучающихся.

Начальники подразделений отвечают за идентификацию и устранение несоответствий в учебных планах.

Председатель научно-методического совета отвечает за идентификацию и регистрацию несоответствующих проектов учебных программ.

Учебные планы и учебные программы могут быть признаны несоответствующими:

- по результатам текущих проверок и аудитов;
- на основании информации, полученной от организаций, на которых работают выпускники;
- по результатам анализа рекламаций;
- по результатам контроля обучающихся.

При признании учебного плана несоответствующим он идентифицируется как таковой и осуществляется документирование несоответствий.

Студенты, прошедшие обучение по несоответствующим учебным планам и учебным программам, признаются неуспевающими по вине Университета. В этом случае проводится их дополнительное обучение.

Заведующие кафедрами отвечают за идентификацию и регистрацию профессорско-преподавательского состава, имеющего недостаточную квалификацию.

Преподаватели могут быть признаны несоответствующими занимаемой должности в случае:

- невыполнения индивидуального плана;
- нарушения трудовой дисциплины, правил охраны труда и внутреннего распорядка;
- по результатам текущих проверок и аудитов;
- при рассмотрении рекламаций.

В случае обнаружения несоответствий в работе преподавателей данные несоответствия идентифицируются и документируются,

При признании преподавателей несоответствующими занимаемой должности происходит их переобучение (повышение квалификации) либо расторжение контракта.

Студенты, прошедшие обучение у преподавателей, имеющих недостаточную квалификацию, признаются неуспевающими по вине Университета. В этом случае проводится их дополнительное обучение.

Деканы отвечают за идентификацию и регистрацию неуспевающих студентов.

Заведующий докторантурой, аспирантурой и магистратурой отвечает за идентификацию и регистрацию неуспевающих аспирантов, докторантов и магистров.

Заведующий интернатурой и клинической ординатурой отвечает за идентификацию и регистрацию неуспевающих клинических ординаторов.

Обучающиеся могут быть признаны неуспевающими:

- по результатам экзаменационной сессии;
- по результатам итоговой аттестации;
- по результатам выполнения индивидуальных планов работы;
- по результатам текущих аудитов.

Если обучающийся признается неуспевающим по вине Университета, то проводится дополнительное обучение.

В случае признания обучающегося неуспевающим по его вине ему может быть предоставлено право на повторное обучение либо происходит отчисление обучающегося из Университета.

Управление составными частями продукта (материалы, комплектующие), необходимые для обеспечения учебного процесса осуществляется в соответствии с требованиями настоящего Руководства (п.п.7.1.3 - 7.1.4).

Несоответствия в обучении аспирантов, докторантов и магистрантов могут быть выявлены при проведении экзаменов, аттестаций, а также при проведении итоговой аттестации.

После возникновения несоответствий проводится анализ причин их возникновения, а также их исправление.

Анализом причин появления несоответствий в работе аспирантов, докторантов и магистрантов занимается научный руководитель. Заведующий докторантурой, аспирантурой и магистратурой отвечает за исправление несоответствий в работе докторантов, аспирантов и магистрантов.

Несоответствия в обучении интернов, клинических ординаторов могут быть выявлены при проведении экзаменов, аттестаций, а также при проведении итоговой государственной аттестации.

После возникновения несоответствий проводится анализ причин их возникновения, а также их исправление.

Анализом причин появления несоответствий в работе врачей-интернов, клинических ординаторов занимается его руководитель. Заведующий интернатурой и клинической ординатурой отвечает за исправление несоответствий в работе врачей-интернов, клинических ординаторов.

10.2.2 Корректирующие действия разрабатываются и проводятся с целью устранения причин выявленных несоответствий, а также предупреждения их повторных возникновений.

В Университете определены требования к:

- анализу несоответствий (включая использование жалоб Потребителей, отчетов о несоответствиях, отчетов о внутренних и внешних проверках качества, выходных данных анализа со стороны руководства, записей по качеству, результатов мониторинга и измерения процессов и услуг и др.);

- определению причин несоответствий;
- оценке потребности в действиях, гарантирующих, что

несоответствия не повторяются;

- определению и внедрению необходимых действий;
- записям результатов предпринятых действий;
- анализу предпринятых корректирующих действий.

Порядок и ответственность за планирование, проведение и контроль результативности реализации корректирующих действий, а также их регистрацию определен в СТУ-10.2.

10.3 Постоянное улучшение

Ректором Университета проводится деятельность по постоянному совершенствованию СМК с учетом изменения политики и целей в области качества, результатов аудитов, анализа данных, корректирующих и предупреждающих действий, а также анализа со стороны руководства.

При этом проводятся работы по сбору и анализу информации о возможностях совершенствования СМК, устанавливаются и планируются цели и задачи совершенствования, проводятся работы и оценка результативности проведенного совершенствования СМК.

Результатом деятельности по совершенствованию являются внедренные мероприятия.

Ректор привлекает персонал к деятельности по постоянному улучшению СМК путем создания моральной и материальной мотивации.

Контрольный экземпляр руководства по качеству и СТУ находятся у представителя руководства по качеству.

РАЗРАБОТАЛ
Представитель руководства
по качеству

В.А.Мельник

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СМК

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

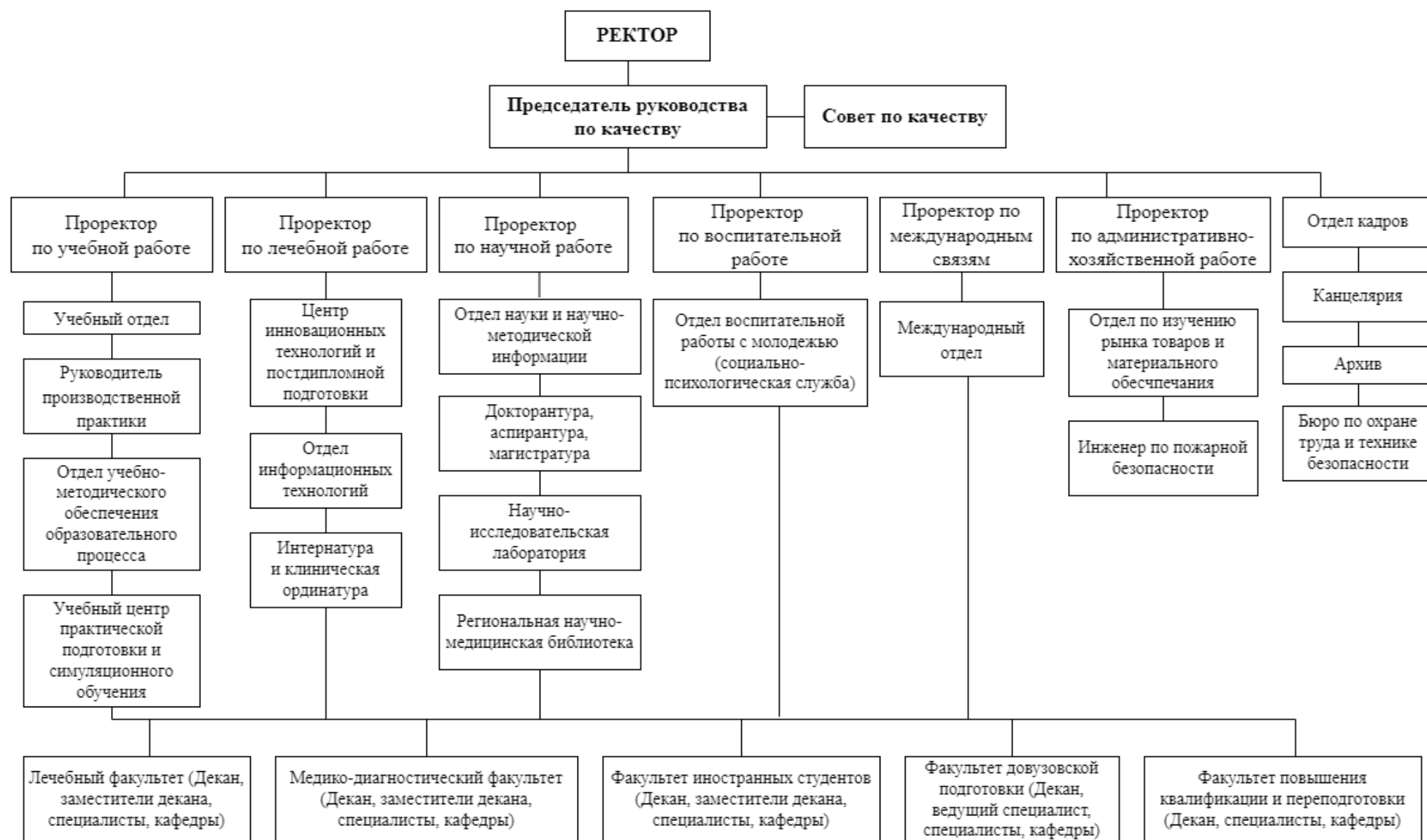
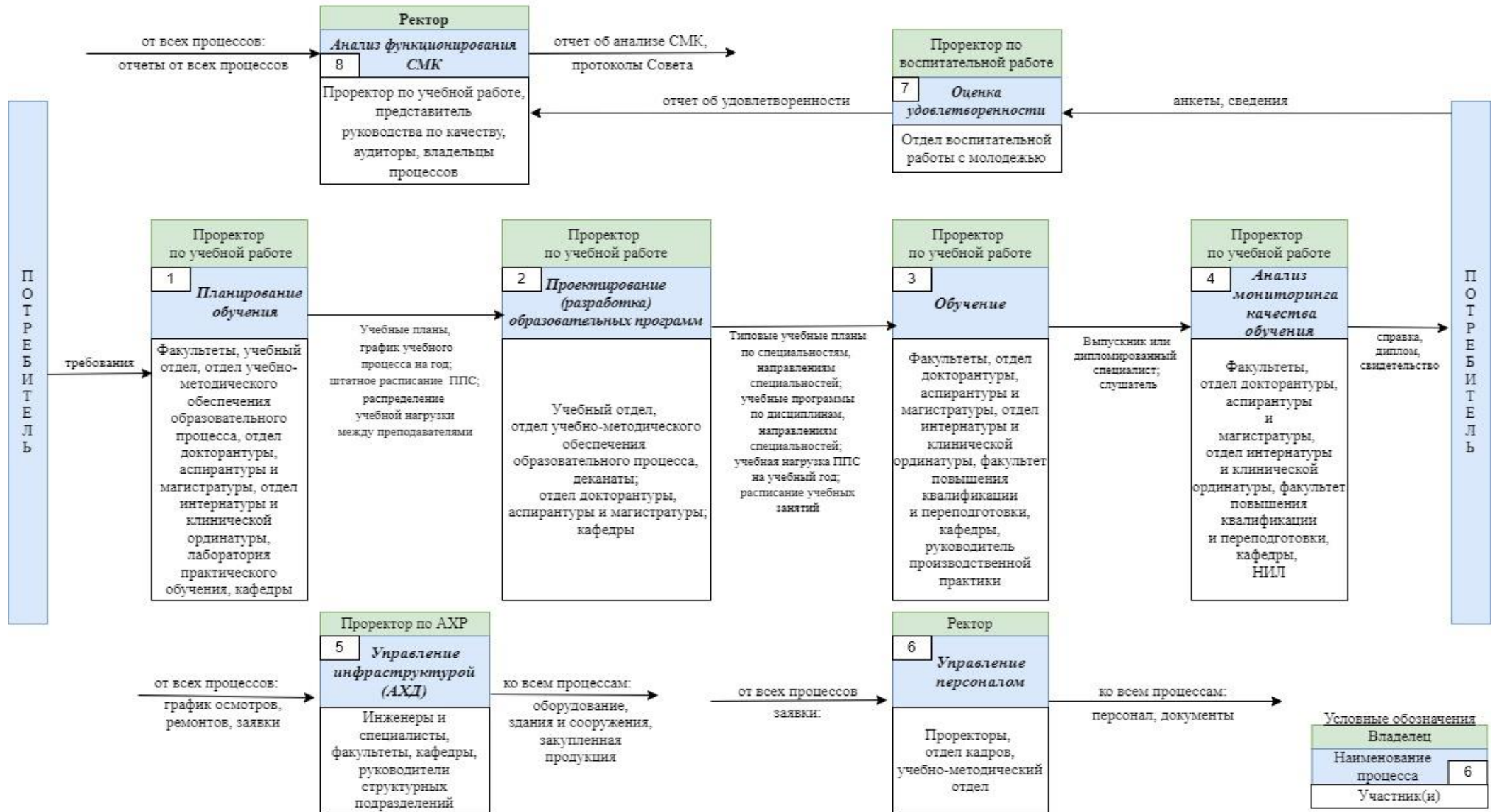


СХЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРОЦЕССОВ СМК

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»



ТЕКСТ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет» стремится быть одним из лучших в стране и мире по предоставлению образовательных услуг и профессиональной подготовке специалистов высшей квалификации с медицинским образованием для системы здравоохранения.

Политика университета соответствует контексту организации и поддерживает ее стратегическое развитие.

Нашими приоритетами являются:

- обеспечение высокого качества подготовки выпускаемых университетом специалистов, определяемого их академическими и профессиональными компетенциями в области медицины, социально-активной жизненной позицией;
- определение рисков и возможностей, которые могут влиять на соответствие продукции и услуг и на способность повышать удовлетворение потребителя;
- непрерывное повышение квалификации профессорско-преподавательского состава, сотрудников всех служб и отделов университета;
- улучшение финансового и материально-технического обеспечения деятельности университета, социальной защищенности сотрудников и обучающихся;
- развитие фундаментальной и прикладной науки и инновационной деятельности, результативной подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации;
- выполнение научно-технических проектов, высокотехнологичной наукоемкой медицинской помощи, разработку новых диагностических и лечебных технологий;
- развитие международного сотрудничества для интеграции университета в мировое образовательное, медицинское и научное сообщество, повышение уровня экспорта образовательных услуг;
- создание наиболее благоприятных условий для последовательного улучшения качества образовательного процесса посредством совершенствования методического и материально-технического обеспечения, внедрения инновационных технологий в учебный процесс.
- вовлечение всех сотрудников в непрерывное совершенствование и повышение результативности системы менеджмента качества.

Руководство университета выступает лидером в реализации настоящей Политики в области качества, берет на себя обязательства по обеспечению понимания Политики персоналом университета, обеспечению необходимыми ресурсами для реализации Политики и целей в области качества, выполнению требований потребителей, законодательных и других обязательных требований, постоянному повышению результативности системы менеджмента качества.

Приложение Г

Отчет по результативности процесса № _____ за период с _____
по _____

(структурное подразделение)

Оценка достаточности и своевременности входящих данных и оценка достаточности ресурсов

Владелец процесса		<i>Должность</i>	Периодичность оценки	<i>Выписывается из карты процесса соответствующей документированной процедуры</i>
		<i>Ф.И.О.</i>		
Цель процесса		<i>Выписывается из карты процесса соответствующей документированной процедуры</i>		
№ п/п	Показатель оценки процесса	Установленный критерий	Фактическое значение показателя	Коэффициент результативности
Результативность процесса:		Предыдущий год	Отчетный год	

Вывод:

Предложения по улучшению показателя результативности процессов:

Участник
процесса

(Ф.И.О.)

(Дата)

(Подпись)

Журнал регистрации зачетно-экзаменационных ведомостей

№ п/ п	Дисциплина	Курс	Форма контроля	№ ведомости	Дата выдачи	Подпись	Дата получения	Подпись

Журнал регистрации индивидуальных зачетно-экзаменационных ведомостей

№ ведомости	Ф.И.О.	Курс	№ группы	Дисциплина	Дата выдачи	Подпись	Дата получения	Подпись

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Наименование документа: Руководство по качеству, 1-я редакция		
Обозначение: РК ГомГМУ		
	<i>Подпись</i>	<i>Дата</i>
Разработал представитель руководства по качеству Проректор по учебной работе В.А.Мельник		
СОГЛАСОВАНО:		
Проректор по лечебной работе Д.Д.Редько		
Проректор по международным отношениям С.А.Анашкина		
Проректор по воспитательной и идеологической работе А.В.Толкунов		
Проректор по административно-хозяйственной работе Н.В.Прутик		
Проректор по научной работе Е.В.Воропаев		
Начальник юридического отдела В.М.Уманец		