



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора 534-г от 04.10.2021 г.


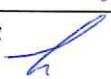

МЕТОДИЧЕСКАЯ ИНСТРУКЦИЯ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
Анализ системы менеджмента качества
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России со стороны руководства

МИ СМК 9.3-01-21

Выпуск 07

Дата введения: 2021

Рязань, 2021

| | Должность | Фамилия/ Подпись | Дата |
|-------------|---|--|-------------|
| Разработал | Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования | Е.С. Наянова  | 21.09.2021 |
| Проверил | Начальник учебно-методического управления | С.А. Камаева  | 21.09.2021 |
| Согласовано | Ответственный представитель руководства в области качества, проректор по учебной работе | О.М. Урясьев  | 21.09.2021 |
| Версия 07 | | | Стр. 1 из 9 |

Содержание

| | | |
|-----|--|---|
| 1 | Назначение и область применения процедуры | 3 |
| 2 | Определения, термины, обозначения и сокращения | 3 |
| 3 | Описание процедуры..... | 4 |
| 3.1 | Общие положения | 4 |
| 3.2 | Цели и задачи процесса | 4 |
| 3.3 | Этапы реализации процедуры..... | 4 |
| 4 | Информационное обеспечение процесса | 6 |
| 5 | Оценка качества и эффективности процесса..... | 6 |
| 6 | Оценка результативности СМК | 6 |
| 7 | Требования к документированию процесса и регистрации данных о качестве | 7 |
| 8 | Ответственность и полномочия | 7 |
| 9 | Нормативные ссылки | 8 |
| 10 | Лист регистрации изменений | 9 |

1 Назначение и область применения процедуры

1.1 Настоящая процедура устанавливает единый порядок анализа системы менеджмента качества ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (далее – Университет) со стороны руководства, необходимого для обеспечения ее результативности.

1.2 Процедура является обязательным руководством для должностных лиц университета, участвующих в процессе анализа системы менеджмента качества. Настоящая процедура входит в состав документов системы менеджмента качества, обеспечивающих функционирование процесса «Анализ системы менеджмента качества ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России со стороны руководства».

2 Определения, термины, обозначения и сокращения

В настоящей методической инструкции используются следующие термины с соответствующими определениями:

Анализ – определение пригодности, адекватности или результативности объекта для достижения установленных целей.

Качество – степень соответствия присущих характеристик требованиям.

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причин существующего несоответствия и предупреждение его повторного возникновения.

Образовательный процесс — целенаправленный целостный процесс воспитания и обучения, педагогически спланированное и реализуемое единство целей, ценностей, содержания, технологий, организационных форм, диагностических процедур и др.

Услуга - выход организации с, по крайней мере, одним действием, обязательно осуществленным при взаимодействии организации и потребителя.

Потребитель – лицо или организация, которая может получать или получает продукцию или услугу, предназначенную или требуемую этим лицом или организацией.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и (или) взаимодействующих видов деятельности, использующие входы для получения намеченного результата.

Требование – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

Риск – влияние неопределенности.

В настоящей методической инструкции применены следующие сокращения:

ФГБОУ ВО – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования;

СМК – система менеджмента качества;

3 Описание процедуры

3.1 Общие положения

3.1.1 Анализ системы менеджмента качества со стороны руководства регламентирует последовательность сбора и обработки информации, выработку на основе данных анализа управленческого решения, обеспечивающего улучшение деятельности вуза, совершенствование качества образовательных и медицинских услуг в соответствии с требованиями потребителей и требованиями, определенными нормативной базой, а также доведение результатов анализа и принятого управленческого решения до исполнителей.

3.1.2 Политика в области качества и стратегия развития Университета реализуется по всем направлениям деятельности и регулярно анализируется и корректируется с учетом сегодняшних и будущих потребностей и ожиданий всех заинтересованных сторон. На основе анализа результатов реализации Политики в области качества и стратегии развития Университета предпринимаются корректирующие действия.

3.1.3 В Университете создана система обратной связи, включая анкетирование, со всеми группами потребителей услуг и другими заинтересованными сторонами. Руководство систематически получает информацию о качестве своей работы и работы Университета в целом, анализирует эту информацию, регулирует и корректирует деятельность.

3.1.4 Общее руководство организацией анализа осуществляет ректор университета. Руководство сбором информации для анализа, обработкой информации, выработкой рекомендаций по улучшению деятельности Университета осуществляет ответственный представитель руководства Университета в области качества. Осуществление анализа и представление результатов анализа обеспечивает отдел мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования.

3.2 Цели и задачи процесса

Целью процесса анализа системы менеджмента качества со стороны руководства является определение возможностей улучшения деятельности Университета.

Задачи:

- оценка результативности и эффективности системы менеджмента качества Университета, обмен новыми идеями;
- оценка возможных рисков и разработка мероприятий по их устранению.
- доведение до сведения работников новых целей Университета в области качества и корректирующих действий для улучшения деятельности образовательного учреждения.

3.3 Этапы реализации процедуры

Процесс анализа системы менеджмента качества со стороны руководства в Университете осуществляется в несколько этапов:

1 этап – определение входных данных для анализа. Этот этап предполагает постановку цели и задач анализа, выбор объектов измерения и оценки, а так же методов измерения показателей деятельности вуза.

В университете проводится постоянный сбор и анализ применяемых данных для установления пригодности и эффективности системы менеджмента качества и возможности осуществления улучшений. Анализуются данные, полученные по результатам:

- измерений и мониторинга процессов;
- контроля по всем видам деятельности;
- внутренних и внешних проверок;
- корректирующих действий;
- возможных рисков и возможностей процессов;
- рекламаций/жалоб потребителей.

Анализ данных проводится с целью получения информации относительно:

- эффективности функционирования системы менеджмента качества;
- контроля и оценки эффективности процессов;
- удовлетворенности и (или) неудовлетворенности потребителей образовательных и медицинских услуг;
- соответствия требованиям потребителей;
- выработки управленческих решений и их эффективности;
- эффективности использования потенциала, в том числе научного, педагогического, методического, клинического;
- актуальности разработок;
- финансовых показателей.

2 этап – оценка результативности и эффективности деятельности образовательного учреждения на основе принципов менеджмента. Анализ системы менеджмента качества со стороны руководства проводится на 3 уровнях:

- уровень высшего руководства;
- уровень отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования;
- уровень факультета/подразделения.

Уровень высшего руководства составляют проректоры: проректор по научной работе и инновационному развитию; проректор по учебной работе, проректор по лечебной работе и развитию регионального здравоохранения, проректор по воспитательной работе и международной деятельности, проректор по информатизации и цифровой трансформации.

В Университете установлено 3 основных вида деятельности, реализующих добавленную стоимость: образовательная деятельность, научно-исследовательская деятельность, медицинская деятельность. В связи с этим, проректоры готовят обычный (ежегодный) отчет, в котором отдельным пунктом указывается реализация запланированной деятельности в области системы менеджмента качества.

Отчеты по функционированию СМК передаются в отдел мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования, который анализирует, обобщает данные и готовит доклад ответственному представителю руководства в области качества для представления на совете по качеству.

3 этап – визуализация анализа системы менеджмента качества со стороны руководства с открытой дискуссией по обмену новыми идеями и оценкой входных данных.

4 этап – планирование улучшения деятельности Университета (выходные данные анализа).

5 этап – информирование работников о новых целях и процессах по улучшению деятельности Университета. По результатам доклада ответственного представителя руководства в области качества о состоянии СМК в Университете, разрабатывается соответствующее решение, которое оформляется в виде протокола совета по качеству. В соответствии с решением при необходимости готовится приказ о мерах по совершенствованию СМК в Университете с указанием соответствующих мероприятий, ответственных исполнителей и сроков, который рассылается по всем структурным подразделениям. Результаты предпринятых мероприятий по улучшению СМК обсуждаются на заседании совета по качеству (через год).

4 Информационное обеспечение процесса

Информационное обеспечение процесса анализа системы менеджмента качества со стороны руководства гарантирует при необходимости информирование внутренних и внешних потребителей (абитуриентов, обучающихся, сотрудников Университета) о результативности и эффективности системы менеджмента качества, ее оценки со стороны руководства и мероприятиях по ее улучшению.

5 Оценка качества и эффективности процесса

5.1 Оценкой качества и эффективности процесса является его соответствие требованиям федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального и высшего образования, нормативным документам Университета.

5.2 Полученные выходные данные используются в качестве исходных данных для определения корректирующих мероприятий согласно Информационной карте «Корректирующие действия».

6 Оценка результативности СМК

Оценка результативности СМК в целом осуществляется по среднему арифметическому значению результативности процессов:

$$R_{\text{СМК}} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n R_i$$

где $R_{\text{СМК}}$ – результативность СМК,

R_i – результативность процессов.

- Если $R_{\text{СМК}} = 100\%$, то СМК функционирует результативно и не требует разработки каких-либо действий;

- Если $90\% \leq R_{\text{СМК}} < 100\%$, то СМК функционирует результативно, но требует разработки действий по устранению рисков;
- Если $60\% \leq R_{\text{СМК}} < 90\%$, то СМК функционирует результативно, но требует разработки незначительных корректирующих действий;
- Если $30\% \leq R_{\text{СМК}} < 60\%$, то СМК функционирует не результативно и требует разработки значительных корректирующих действий;
- Если $R_{\text{СМК}} < 30\%$, то СМК функционирует не результативно и требует вмешательства высшего руководства.

7 Требования к документированию процесса и регистрации данных о качестве

Требования к документированию процесса и регистрации данных о качестве определяются федеральными государственными образовательными стандартами высшего и среднего профессионального образования, инструктивными письмами, положениями, приказами Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, внутренними нормативными документами Университета, Информационной картой «Управление документацией».

8 Ответственность и полномочия

Ответственным за организацию разработки и введение процедуры в действие является ответственный представитель руководства в области качества.

Распределение ответственности и полномочий подразделений и должностных лиц университета при выполнении работ и мероприятий приведено в форме матрицы распределения ответственности и полномочий (таблица 1).

Таблица 1 - Матрица распределения ответственности и полномочий

| Должностное лицо | Ректор | Проректоры | Ответственный представитель руководства в области качества | Отдел мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования | Подразделения университета | Деканы факультетов, заведующие кафедрами | Уполномоченные по качеству в деканатах факультетов | Преподаватели, студенты |
|---|--------|------------|--|--|----------------------------|--|--|-------------------------|
| Вид деятельности | | | | | | | | |
| 1 Определение входных данных для анализа | С | | О | И | И | | И | У |
| 2 Оценка результативности и эффективности деятельности системы менеджмента качества | С | | О | И | У | И | И | |
| 3 Визуализация анализа системы, открытая дискуссия, оценка входных данных | С | И | О | И | У | И | И | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 Планирование улучшения деятельности системы менеджмента качества | С | И | О | И | У | И | И | |
| 5 Информирование работников о процессах по улучшению деятельности системы менеджмента качества | С | | О | И | У | У | | У |

Условные обозначения:

О – несет ответственность за исполнение, организует исполнение

И – исполняет

С – согласует

У – принимает участие.

9 Нормативные ссылки

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

1. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.
2. Устав Университета.
3. Локальные нормативные акты Университета.

