



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕНО

Приказом ректора № 779 от «12» 02. 2020 г.

## ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА ПРОЦЕССА

ОбП СМК 3.12 – 2020 Управление рисками/возможностями

Рязань, 2020

	Должность	Фамилия/ Подпись	Дата
Разработал	Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования	Е.С. Наянова	07.02.2020
Проверил	Начальник учебно-методического управления	С.А. Камаева	07.02.2020
Согласовано	ОПРК, проректор по учебной работе	О.М. Урясьев	07.02.2020
Версия 03			Стр. 1 из 21

## Содержание

1	ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ .....	3
1.1	Нормативное обеспечение.....	3
1.2	Цель процесса:.....	3
1.3	Схема процесса:.....	4
2	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЦЕССА (ВЫХОДЫ) И ЕГО ПОТРЕБИТЕЛИ.....	5
3	ВНЕШНИЕ ПОСТАВЩИКИ И ВХОДЫ ПРОЦЕССА.....	5
4	СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕССА.....	6
5	МАТРИЦА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ПОЛНОМОЧИЙ.....	10
6	УПРАВЛЕНИЕ ЗАПИСЯМИ ПРОЦЕССА .....	11
7	УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ ПРОЦЕССА .....	11
8	МОНИТОРИНГ РИСКОВ .....	11
9	ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА .....	11
	Приложение №1 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями» .....	12
	Приложение №2 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями» .....	14
	Приложение №3 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями» .....	15
	Приложение №4 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями» .....	16
	Приложение №5 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями» .....	17
	Приложение №6 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями» .....	18
10	ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	21

## 1 ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Настоящая информационная карта процесса «Управление рисками/возможностями» является основным документом, определяющим требования системы менеджмента качества (СМК) к осуществлению планирования, организации, управления рисками/возможностями и проведения мероприятий по устранению рисков в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Университет).

Информационная карта процесса «Управления рисками/возможностями» определяет порядок и условия разработки и внедрения деятельности по процессу в соответствии со стратегией Университета.

Владельцем процесса «Управления рисками/возможностями» - является ответственный представитель руководства в области качества, проректор по учебной работе.

Процесс направлен на получение информации о возможных рисках/возможностях, используемой для улучшения процессов СМК, повышения удовлетворенности потребителей и внедрения инноваций.

### 1.1 Нормативное обеспечение

- ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.
- ГОСТ Р ИСО 31000-2010 Менеджмент риска - Принципы и руководство.
- Положение об ответственном представителе руководства в области качества.
- Положение об уполномоченного по качеству структурного подразделения.
- Положение о внутренних аудиторах.
- Информационная карта процесса «Внутренние аудиты».

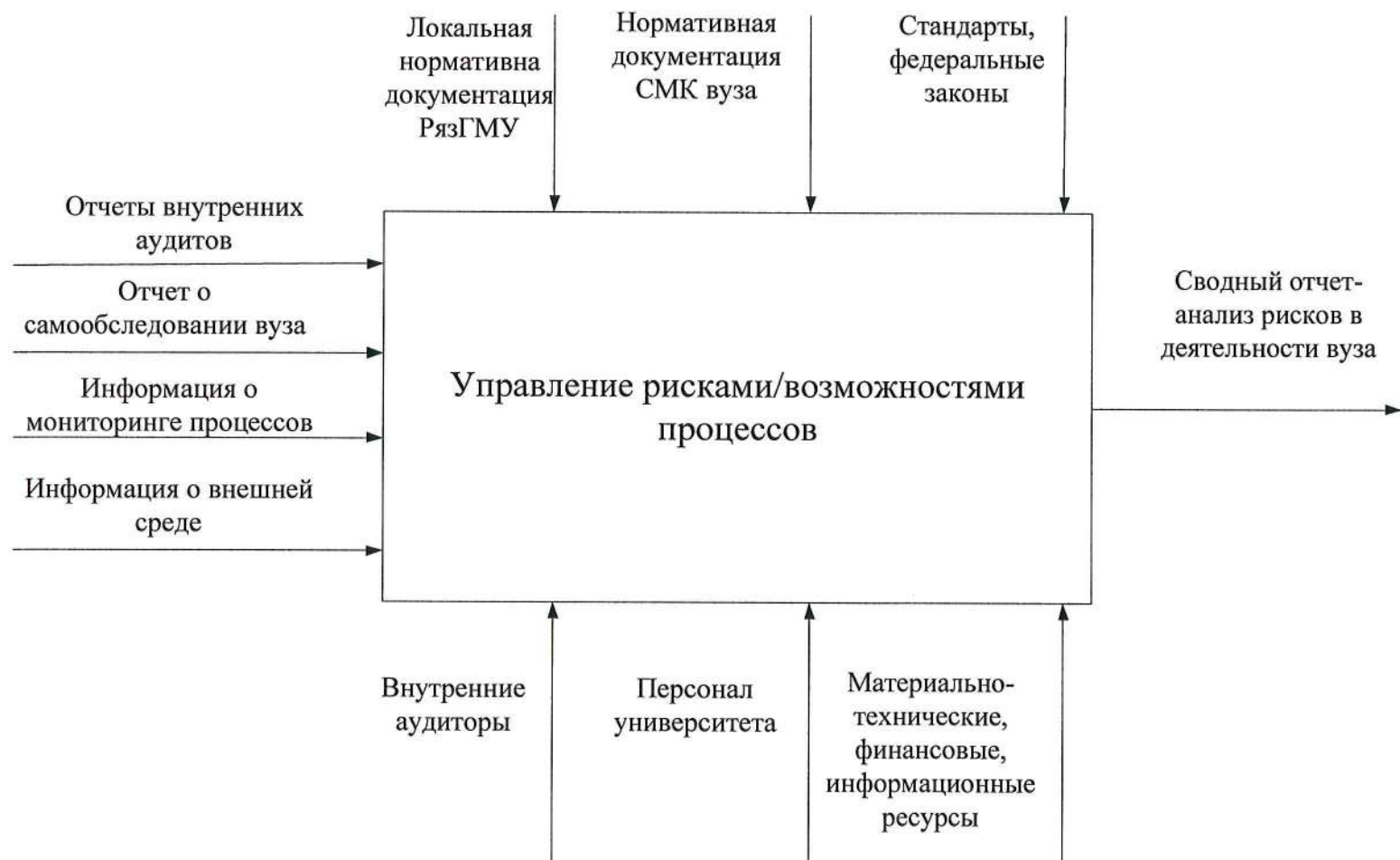
### 1.2 Цель процесса:

Цель	Задачи
Обеспечение разумной гарантии достижения стратегических целей университета	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Идентификация и оценка рисков, влияющих на достижение стратегических целей Университета;</li> <li>– Обеспечение мероприятий по минимизации вероятности и негативного влияния рисков на цели в области качества вуза;</li> <li>– Стратегическое планирование деятельности Университета с учетом рисков;</li> <li>– Своевременное информирование ответственного представителя руководства в области качества и заинтересованных сторон о наличии возможных рисков;</li> <li>– Мониторинг мероприятий по контролю над рисками.</li> <li>– Идентификация и оценка возможностей</li> </ul>
Сохранение и поддержание	– Выявление, оценка и управление рисками/возможностями процессов университета;

эффективности работы СМК  
Университета

- Обеспечение информацией о рисках при принятии управленческих решений;
- Формирование плана мероприятий по устранению рисков;
- Координация, обеспечение и оценка эффективности своевременного реагирования на риски.

### 1.3 Схема процесса:



## 2 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЦЕССА (ВЫХОДЫ) И ЕГО ПОТРЕБИТЕЛИ

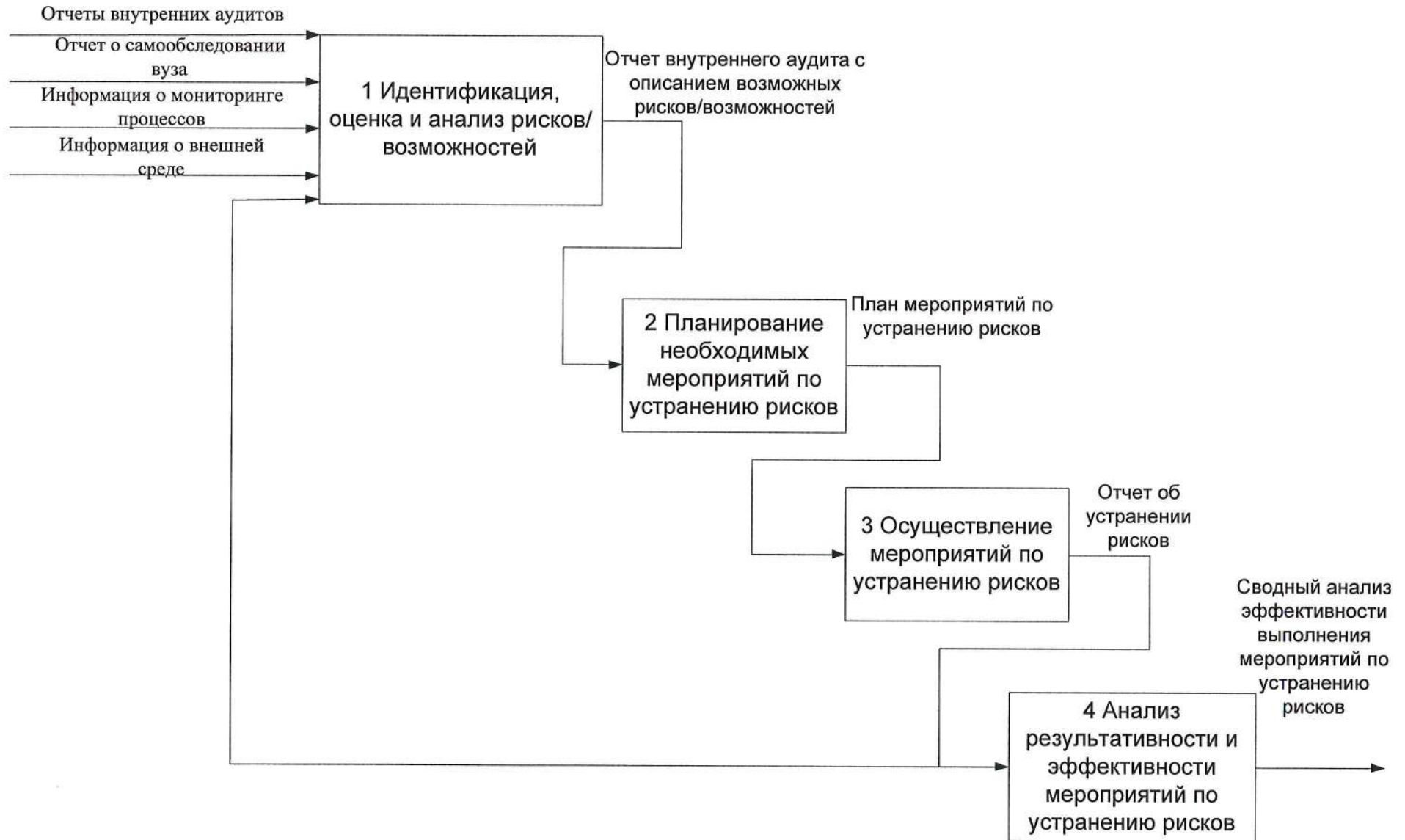
<b>Данные или материальные объекты</b>	Отчеты внутренних аудитов, план-отчет мероприятий по устранению рисков, сводный отчет-анализ рисков университета, анализ СМК со стороны руководства.
<b>Потребители (процессы, подразделения)</b>	Руководство университета, сотрудники структурных подразделений университета, внутренние аудиторы, ответственный представитель руководства в области качества, начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования, сотрудники отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования.
<b>Требования</b>	Стандарта, федеральные и региональные законы по направления деятельности университета

## 3 ВНЕШНИЕ ПОСТАВЩИКИ И ВХОДЫ ПРОЦЕССА

<b>Данные или материальные объекты</b>	Законодательство РФ и иные нормативно-правовые акты, касающиеся вопросов здравоохранения
<b>Поставщики (процессы, подразделения)</b>	Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство образования и науки Российской Федерации, органы государственной власти Рязанской области, руководство университета, пациенты, студенты и сотрудники ВУЗа
<b>Требования</b>	Соблюдение требований действующего законодательства в соответствии с направлениями деятельности

## 4 СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕССА

Процесс «Управления рисками» включает в себя:



Название подпроцесса	Назначение подпроцесса	Владелец подпроцесса	Участники подпроцесса	Входные документы подпроцесса	Выходные документы подпроцесса
Идентификация, оценка и анализ рисков/возможностей	Анализ информации о рисках, результатах процессов, об удовлетворенности потребителей; выявление рисков/возможностей и их причин, оформление отчета о внутреннем аудите	Руководитель аудиторской группы	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Руководитель структурного подразделения;</li> <li>- Сотрудники структурного подразделения;</li> <li>- Ответственный представитель руководства в области качества университета;</li> <li>- Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования;</li> <li>- Сотрудники отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Отчеты внутренних аудитов;</li> <li>- Отчет о самообследовании вуза;</li> <li>- Информация об удовлетворенности потребителей;</li> <li>- Информация о результативности процессов;</li> <li>- Информация о внешней среде;</li> <li>- Рекламации и жалобы.</li> </ul>	- Отчет внутреннего аудита с описанием возможных рисков/возможностей.
Планирование необходимых	Анализ информации о возможности	Руководитель структурного	- Сотрудники структурного	- Отчет внутреннего аудита с описанием	- План мероприятий по устранению

<p>мероприятий по устранению рисков</p>	<p>устранения рисков, о возможных сроках устранения и необходимых ресурсах.</p>	<p>подразделения</p>	<p>подразделения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ответственный представитель руководства в области качества университета;</li> <li>- Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования;</li> <li>- Сотрудники отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования.</li> </ul>	<p>возможных рисков/возможностей.</p>	<p>рисков</p>
<p>Осуществление мероприятий по устранению рисков</p>	<p>Проведение запланированных мероприятий по устранению рисков</p>	<p>Руководитель структурного подразделения</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Сотрудники структурного подразделения;</li> <li>- Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования;</li> </ul>	<p>- План мероприятий по устранению рисков</p>	<p>- Отчет об устранении рисков в структурном подразделении</p>



			<p>- Сотрудники отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования.</p>		
<p>Анализ результативности и эффективности мероприятий по устранению рисков</p>	<p>Анализ результативности и эффективности предпринятых мероприятий по устранению рисков</p>	<p>Ответственный представитель руководства в области качества университета;</p>	<p>- Ответственный представитель руководства в области качества университета;</p> <p>- Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования;</p> <p>- Сотрудники отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования;</p> <p>-Руководитель аудиторской группы.</p>	<p>- Отчет об устранении рисков в структурном подразделении</p>	<p>- Сводный анализ эффективности выполнения мероприятий по устранению рисков</p>

## 5 МАТРИЦА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ПОЛНОМОЧИЙ

	Ответственный представитель руководства в области качества	Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования	Сотрудники отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования	Руководитель структурного подразделения	Сотрудники структурного подразделения	Руководитель аудиторской группы	Внутренние аудиторы
Идентификация, оценка и анализ рисков/возможностей	С	У	У	У		О	И
Планирование необходимых мероприятий по устранению рисков	С	С	У	О	И		
Осуществление мероприятий по устранению рисков		У	У	О	И		
Анализ результативности и эффективности мероприятий по устранению рисков	О	У	И	У		У	У

### Условные обозначения:

О – несет ответственность за исполнение, организует исполнение

И – исполняет

С – согласует

У – принимает участие

## **6 УПРАВЛЕНИЕ ЗАПИСЯМИ ПРОЦЕССА**

Управление записями процесса осуществляется на всех подпроцессах его реализации. Ответственный за ведение записей в документах назначается ответственным за этап (составляющую) процесса.

Записями процесса являются:

- Отчеты внутренних аудитов;
- Отчет о самообследовании вуза;
- Информация об удовлетворенности потребителей;
- Информация о результативности процессов;
- Информация о внешней среде;
- Рекламации и жалобы.
- Отчет внутреннего аудита с описанием возможных рисков.
- План-отчет мероприятий по устранению рисков
- Сводный анализ эффективности выполнения мероприятий по устранению рисков

Срок хранения записей процесса – не менее 5 лет.

## **7 УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ ПРОЦЕССА**

**Записями регистрации несоответствия являются:**

- записи о невыполнении планов по устранению выявленных рисков;

На основании записей регистрации несоответствия на соответствующем уровне принимается решение об управлении.

## **8 МОНИТОРИНГ РИСКОВ**

Мониторинг рисков заключается в контроле над уровнем риска. Это достигается путем актуализации на регулярной основе (ежегодно) информации о рисках, мероприятий по управлению рисками, статуса выполнения мероприятий, а также путем отслеживания значений ключевых индикаторов риска, разработанных ранее на этапе идентификации и оценки риска. Отслеживание ключевых индикаторов риска всех подразделений (процессов) университета выполняется отделом мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования, внутренними аудиторами на регулярной основе в зависимости от значимости рисков и уровня принятия решения о риске.

## **9 ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА**

- количество структурных подразделений, в которых проведен внутренний аудит с анализом возможных рисков/возможностей;
- срок подготовки плана по устранению возможных рисков;
- процент выполненных мероприятий по устранению рисков;
- количество замечаний выявленных в ходе проведения внешнего инспекционного аудита;
- количество жалоб и рекламаций.

**Методы мониторинга и измерения процесса:** Экспертный, расчетный, аналитический.

**Приложение №1 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями»**

**ПРИМЕРЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ РИСКОВ**

Наименование процесса	Наименование риска	Причины риска
<b>УПРАВЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ</b>		
1. ПЛАНИРОВАНИЕ	Финансовый риск	<ul style="list-style-type: none"> <li>- непредвиденная инфляция;</li> <li>- повышение налогов;</li> <li>- неправильное планирование и распределение бюджетных средств (неэффективного расходования финансов);</li> <li>- недостаточная квалификация сотрудников университета и т.д.</li> </ul>
	Юридический риск	- изменения в законодательстве РФ и его несовершенство и т.д.
2. ПЛАНИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА УНИВЕРСИТЕТА	Риск срыва организации системы качества	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие финансовых средств в Университете для обучения сотрудников СМК;</li> <li>- недостаточная квалификация внутренних аудиторов и сотрудников вуза;</li> <li>- недостаточная информированность подразделения соответствующими службами;</li> <li>- низкая исполнительская дисциплина;</li> <li>- отсутствие необходимых ресурсов и т.д.</li> </ul>
3. МОНИТОРИНГ, АНАЛИЗ И УЛУЧШЕНИЕ	Риск ухудшения системы качества	<ul style="list-style-type: none"> <li>- неправильное время планирования и проведения внутреннего аудита;</li> <li>- отсутствие финансирования для обучения внутренних аудиторов и уполномоченных по качеству проверяемых подразделений;</li> <li>- неправильный выбор основных целей и задач при планировании улучшений;</li> <li>- отсутствие у сотрудников квалификации при мониторинге и анализе;</li> <li>- низкая исполнительская дисциплина и т.д.</li> </ul>
<b>ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ (БИЗНЕС-ПРОЦЕССЫ)</b>		
1. ПРИЕМ СТУДЕНТОВ	Риск невыполнения контрольных цифр приёма в РязГМУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- снижением спроса со стороны абитуриентов;</li> <li>- недостаточная реклама обучения в вузе;</li> <li>- недобросовестное отношение в работе членов приёмной комиссии.</li> </ul>

2. ПРОЕКТИРОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ	Риск несвоевременного проектирования и разработки образовательных программ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- недостаточный уровень квалификации сотрудников;</li> <li>- отсутствие необходимого оснащения (программ) для разработки образовательных программ;</li> <li>- недобросовестное отношение сотрудников вуза;</li> <li>- неэффективное использование кадрового потенциала в подразделениях;</li> <li>- низкая исполнительская дисциплина сотрудников и т.д.</li> </ul>
3. РЕАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ	Риск недостаточного (низкого) качества образовательных услуг	<ul style="list-style-type: none"> <li>- недостаточно высокий начальный уровень абитуриентов;</li> <li>- недостатки в рабочих учебных планах;</li> <li>- невозможность обеспечить необходимое финансирование образовательной деятельности;</li> <li>- низкая исполнительская дисциплина сотрудников;</li> <li>- недостаточная материально-техническая база при реализации образовательных программ;</li> <li>- недостаточная гибкость в управлении программой, не позволяющая оперативно реагировать на изменения внешней среды;</li> <li>- невозможность обеспечить студентов современной литературой и доступом к информационным ресурсам;</li> <li>- невыполнение индивидуального плана</li> </ul>

## Приложение №2 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями»

**КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗМОЖНЫХ РИСКОВ**

<b>Балльная оценка</b>	<b>Интерпретация</b>
1 (очень низкая)	Событие скорее всего будет происходить не чаще 1 раза в 5 лет
2 (низкая)	Событие скорее всего будет происходить 1 раз в 4 года лет
3 (средняя)	Событие скорее всего будет происходить 1 раз в 3- года
4 (высокая)	Событие скорее всего произойдет в ближайшие два года
5 (очень высокая)	Событие скорее всего произойдет в ближайшем году

**ФОРМА ОТЧЕТА О ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА**  
УТВЕРЖДАЮ  
*Ответственный представитель*  
*руководства РязГМУ в*  
*области качества*

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ОТЧЕТ № \_\_\_\_\_

о проведении внутреннего аудита

Основание: \_\_\_\_\_

Цель и дата проведения аудита \_\_\_\_\_

Место проведения аудита \_\_\_\_\_

Составлен группой проверки в составе:

Руководитель группы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ должность, Ф.И.О., подразделение

Члены группы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ должность, Ф.И.О., подразделение

Перечень документов, на соответствие которым проводится аудит:

1. Проверкой установлено \_\_\_\_\_
2. Выводы \_\_\_\_\_
3. Риски \_\_\_\_\_
4. Возможности \_\_\_\_\_
5. Рекомендации \_\_\_\_\_

Руководитель аудиторской группы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись, Ф.И.О.

Члены группы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись, Ф.И.О.

Руководитель проверяемого подразделения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись, Ф.И.О.

Отчет составлен на \_\_\_\_\_ листах в \_\_\_\_\_ экз. и направлен в \_\_\_\_\_

(подразделения предприятия)

**Приложение №4 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями»**

**ФОРМА ПЛАН-ОТЧЕТА О ВЫПОЛНЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ ВОЗМОЖНЫХ РИСКОВ**

\_\_\_\_\_ (наименование структурного подразделения)

Наименование процесса	Наименование риска	Причина возникновения риска	Мероприятия, направленные на устранение риска	Срок исполнения	Ответственный за исполнение (Ф.И.О., должность, подпись)	Отметка о выполнении

Руководитель подразделения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

«    »            201\_г.





**Приложение №6 к Информационной карте процесса «Управление рисками/возможностями»**

**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАН-ОТЧЕТА О ВЫПОЛНЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ ВОЗМОЖНЫХ РИСКОВ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
(наименование структурного подразделения)

Наименование процесса	Наименование риска	Причина возникновения риска	Мероприятия, направленные на устранение риска	Срок исполнения	Ответственный за исполнение (Ф.И.О., должность, подпись)	Отметка о выполнении
Проектирование и реализация программ третьего уровня высшего образования – программ ординатура, аспирантура	Несвоевременное создание образовательной программы по подготовке кадров высшей квалификации (ординатура, аспирантура)	-низкая исполнительная дисциплина ППС - неправильное планирование работы ППС заведующим кафедрой	Создание плана разработки образовательной программы по подготовке кадров высшей квалификации (ординатура, аспирантура)	2 дня	Доцент кафедры Иванов И.И.	Выполнено
Реализация основных образовательных программ	Несоответствие квалификации преподавателя занимаемой должности	- неправильная кадровая политика - отсутствие кадрового резерва	Подготовка план повышения квалификации с учетом подготовки кадрового резерва	2 дня	Зав. кафедры Петров П.П.	Выполнено
	Невыполнение индивидуального плана преподавателя	- низкая исполнительная дисциплина ППС - неправильное планирование работы ППС заведующим	Проведение заседания кафедры с обсуждением планирование работы ППС	1 неделя	Зав. кафедры Петров П.П.	Выполнено

		кафедрой				
Воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми	Снижение активности участия обучающихся во внеучебных мероприятиях	<ul style="list-style-type: none"> <li>- низкий уровень мотивации студентов к участию во внеучебной работе.</li> <li>- недостаточное и несвоевременное информирование обучающихся о проведении мероприятий</li> <li>- низкая исполнительная дисциплина ППС</li> <li>- неправильное планирование работы ППС заведующим кафедрой</li> </ul>	Подготовка плана мероприятий (с указанием конкретных дат), проводимых на кафедре, с последующем размещением плана на официальном сайте в разделе кафедры, в соц.сетях и вывешиванием плана на информационном стенде кафедры.	1 неделя	Доцент кафедры Иванов И.И.	Выполнено
Научные исследования и разработки	Снижение эффективности научно-исследовательской деятельности ППС	<ul style="list-style-type: none"> <li>- недостаточное финансирование НИР</li> <li>- отсутствие на кафедре аспирантов и соискателей ученой степени</li> <li>- отсутствие материально-технической базы для выполнения НИР</li> <li>- низкий уровень мотивации ППС</li> <li>- низкая исполнительная дисциплина ППС</li> <li>- неправильное планирование работы ППС заведующим</li> </ul>	Проведение заседания кафедры с объяснением сотрудникам кафедры преимуществ участия с НИР, доведение до сведения ППС о всех грантах, в которых можно принять участие.	1 неделя	Зав. кафедры Петров П.П.	Выполнено

		кафедрой				
Управление документацией и записями	Неправильное оформление документированной информации	- незнание сотрудниками кафедры инструкций по делопроизводству	Проведение обучения ППС по оформлению документированной информации, ознакомление сотрудников кафедры под роспись с методическими инструкциями	1 месяц	Уполномоченный по качеству кафедры старший преподаватель Сидоров И.П.	Выполнено
Мониторинг, анализ и улучшение	Ухудшение системы качества	- неправильный выбор целей и задач зав. кафедрой - неправильное формирование матрицы ответственности сотрудников кафедры - низкая исполнительная дисциплина сотрудников кафедры - незнание содержание нормативной документации и локальных актов вуза сотрудниками кафедры - неправильное планирование работы ППС заведующим кафедрой	Ознакомление сотрудников кафедры под роспись с методическими инструкциями СМК и информационными картами процессов, переработка целей в области качества.	1 месяц	Уполномоченный по качеству кафедры старший преподаватель Сидоров И.П.	Выполнено

Руководитель подразделения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

«    » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

