

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

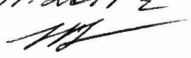
РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ

СМК РК

Утверждено решением Ученого совета
от 28.11.2017 г., протокол № 12

Номер копии:	
--------------	--

Иваново 2017

Исполнитель: помощник ректора по качеству Корягина И.И.	Утвердил: ректор Минздрава России Борзов Е.В.
Дата 28.11.2017 г. Подпись 	Дата Подпись 





Содержание

	стр.
1 Область применения	5
2 Нормативные ссылки	7
3 Термины и определения	8
4 Среда организации	13
4.1 Понимание организации и ее среды.	13
4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон	15
4.3 Определение области применения системы менеджмента качества ...	16
4.4 Система менеджмента качества и ее процессы	17
5 Лидерство	19
5.1 Лидерство и приверженность	19
5.1.1 Общие положения	19
5.1.2 Ориентация на потребителей	20
5.2 Политика	20
5.2.1 Разработка политики в области качества	20
5.2.2 Доведение политики в области качества	23
5.3 Функции, ответственность и полномочия в организации	23
6 Планирование	26
6.1 Действия в отношении рисков и возможностей	26
6.2 Цели в области качества и планирование их достижения	28
6.3 Планирование изменений	30
7 Средства обеспечения	31
7.1 Ресурсы	31
7.1.1 Общие положения	31
7.1.2 Человеческие ресурсы	33
7.1.3 Инфраструктура	33
7.1.4 Среда для функционирования процессов	34
7.1.5 Ресурсы для мониторинга и измерений	35
7.1.6 Знания организации	36
7.2 Компетентность	37
7.3 Осведомленность	48
7.4 Обмен информацией	39
7.5 Документированная информация	40
7.5.1 Общие положения	40



7.5.2 Создание и актуализация	43
7.5.3 Управление документированной информацией	43
8 Деятельность на стадиях жизненного цикла продукции и услуг	45
8.1 Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла продукции и услуг	45
8.2 Требования к продукции и услугам	47
8.2.1 Связь с потребителями	47
8.2.2 Определение требований, относящихся к продукции и услугам	48
8.2.3 Анализ требований к продукции и услугам	49
8.2.4 Изменение требований к продукции и услугам	52
8.3 Проектирование и разработка продукции и услуг	52
8.3.1 Общие положения	52
8.3.2 Планирование проектирования и разработки	53
8.3.3 Входные данные для проектирования и разработки	55
8.3.4 Средства управления проектированием и разработкой	56
8.3.5 Выходные данные проектирования и разработки	58
8.3.6 Изменения проектирования и разработки	60
8.4 Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками	61
8.4.1 Общие положения	61
8.4.2 Тип и степень управления	62
8.4.3 Информация, предоставляемая внешними поставщиками	63
8.5 Производство продукции и предоставление услуг	64
8.5.1 Управление производством продукции и предоставлением услуг ...	64
8.5.2 Идентификация и прослеживаемость	65
8.5.3 Собственность потребителей или внешних поставщиков.....	65
8.5.4 Сохранение	66
8.5.5 Деятельность после поставки	67
8.5.6 Управление изменениями	67
8.6 Выпуск продукции и предоставление услуг	68
8.7 Управление несоответствующими результатами процессов	69
9 Оценка результатов деятельности	71
9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценка	71
9.1.1 Общие положения	71
9.1.2 Удовлетворенность потребителей	71
9.1.3 Анализ и оценка	72



9.2 Внутренний аудит	74
9.3 Анализ со стороны руководства	75
9.3.1 Общие положения	75
9.3.2 Входные данные анализа со стороны руководства	75
9.3.3 Выходные данные анализа со стороны руководства	76
10 Улучшение	77
10.1 Общие положения	77
10.2 Несоответствия и корректирующие действия	77
10.3 Постоянное улучшение	78
Приложение 1 Организационная структура ФГБОУ ВО ИВГМА Минздрава России	80
Лист согласования	86
Лист регистрации изменений	88
Лист ознакомления	89



1 Область применения

Стандарт ISO 9001:2015 и его российский аналог ГОСТ Р ИСО 9001-2015 предлагают универсальный подход для построения эффективной системы менеджмента качества, ориентированный на удовлетворение запросов потребителей и всех заинтересованных сторон на основе процессного подхода.

В соответствии с требованиями стандарта ISO 9001:2015 и его российского аналога ГОСТ Р ИСО 9001-2015, в ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России разработана система менеджмента качества (СМК), основанная на процессном подходе. Вся деятельность организации разбита на процессы, которые представляют собой последовательность взаимосвязанных действий.

Документы СМК ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, в соответствии с требованиями стандарта, подготовлены с учетом управленческого цикла Э. Деминга – PDCA (Планируй / Plan – Внедряй / Do – Проверяй / Check – Корректируй / Act).

Руководство и сотрудники ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России убеждены, что создание СМК на основе требований стандарта ISO 9001:2015 и ее сертификация дадут организации следующие преимущества:

- a) способность стабильно осуществлять образовательный процесс, который удовлетворяет требованиям потребителей и законодательным, нормативным правовым требованиям;
- b) создать возможности для повышения удовлетворенности потребителей;
- c) направить усилия на риски и возможности, связанные со средой и целями ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России;
- d) возможность продемонстрировать соответствие установленным требованиям системы менеджмента качества.



СМК ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России включает современные методы управления процессами, подобранные с учетом сложившейся практики работы образовательного учреждения и актуальных направлений развития. Система менеджмента качества академии учитывает требования регулирующих органов, которые включены в соответствующую документацию по управлению процессами, и, таким образом, являются составной частью системы менеджмента качества.

Руководство по качеству (РК) является основным документом, регламентирующим СМК. Руководство является документом первого уровня по отношению к другим документам, входящим в документацию СМК.

Руководство по качеству определяет область распространения, принципы построения, функционирования, структуру, процессы СМК академии, реализует политику в области качества, ответственность руководства.

В Руководстве по качеству учитываются все изменения и дополнения в СМК академии, которые были признаны необходимыми по результатам разработки, согласования и утверждения документированных процедур СМК и итогам проведения внутренних аудиторских проверок СМК.

Настоящее Руководство по качеству является основополагающим документом системы менеджмента качества ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, описывает СМК в целом и выполнено с учетом содержания стандарта ISO 9001:2015 и его российского аналога ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Руководство по качеству предназначено для внутреннего использования в качестве справочника по системе менеджмента качества, а также для представления системы менеджмента качества сторонним полномочным организациям.

Контрольный экземпляр РК хранится в Центре менеджмента качества (ЦМК) в комплекте подлинников документов СМК. За тиражирование копий,



выдачу пользователям и внесение изменений отвечает помощник ректора по качеству. Порядок управления РК определен и документально оформлен в процедуре СМК ДП СП 01/РК 07 «Управление документированной информацией» и рабочей инструкции СМК РИ 00/РК 07 «Инструкция по оформлению документов СМК».

2 Нормативные ссылки

В РК использованы ссылки на следующие документы:

- ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества»;
- ГОСТ Р ИСО 31000-2010 «Менеджмент риска. Принципы и руководство»;
- ГОСТ Р ИСО/МЭК 31010-2011 «Менеджмент риска. Методы оценки риска»;
- ГОСТ Р 51897-2011/ Руководство ИСО 73:2009 «Менеджмент риска. Термины и определения»;
- ГОСТ Р 56275-2014 «Менеджмент рисков. Руководство по надлежащей практике менеджмента рисков проектов»;
- Федеральный закон РФ от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008г. №1662-р;



- Концепция Федеральной целевой программы развития образования на 2016-2020 годы, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.12.2014г. №2765-р;
- Устав ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России;
- Программа развития ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России на 2013-2018 гг..
- Документированные процедуры СМК ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.

3 Термины и определения

3.1. Применяемые в Руководстве по качеству термины и определения, относящиеся к понятиям системы менеджмента качества, соответствуют требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015. В настоящем Руководстве по качеству применяются следующие термины с соответствующими определениями:

3.1.1. *Документированная процедура* – документ, описывающий последовательность осуществления деятельности или процесса с указанием ответственности на каждом этапе, цели и области применения, сопутствующей документации.

3.1.2. *Заинтересованная сторона* – лицо, структура или организация, заинтересованные в качестве результатов деятельности ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, а также в качестве условий, созданных для реализации деятельности.

3.1.3. *Корректирующее действие* – действие, предпринятое для устранения причин существующего несоответствия, дефекта или другой обнаруженной



нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить их повторное возникновение.

3.1.4. *Менеджмент риска* – скоординированные действия по руководству и управлению организацией в области риска.

3.1.5. *Несоответствие* – невыполнение требований.

3.1.6. *Образовательный процесс* – целенаправленный процесс воспитания и обучения в интересах человека, общества, государства, сопровождающийся констатацией достижения гражданином (обучающимся) установленных государством образовательных уровней (образовательных цензов).

3.1.7. *Политика в области качества* – общие намерения и намерение деятельности организации в области качества, официально сформулированные высшим руководством.

3.1.8. *Потребитель* – организация, структура или лицо, получающие результаты деятельности по процессу.

3.1.9. *Предупреждающее действие* – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия с тем, чтобы предотвратить его возникновение.

3.1.10. *Процедура* – установленный способ осуществления деятельности или процесса.

3.1.11. *Процесс* – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, использующих ресурсы и управляемых с целью преобразования входов в выходы.

3.1.12. *Процессная модель* – совокупность процессов (подпроцессов) СМК и взаимодействия между ними.



3.1.13. *Процессный подход* – применение системы процессов наряду с их идентификацией, взаимодействием и менеджментом.

3.1.14. *Результативность* – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

3.1.15. *Риск* – влияние неопределенности на достижение поставленных целей, выражающееся в отклонении от ожидаемого результата.

3.1.16. *Результативность* – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

3.1.17. *Руководитель процесса* – лицо, ответственное за организацию деятельности по процессу.

3.1.18. *Руководство по качеству* – документ, определяющий СМК организации.

3.1.19. *Система менеджмента качества* – система менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству.

3.1.20. *Структурное подразделение* – самостоятельная структурная единица академии, которая находится в непосредственном подчинении ее руководителя (ректора) или его заместителей на всех структурных уровнях управления (проректоров, деканов, заведующих кафедрами, начальников управлений, отделов, центров, лабораторий).

3.1.21. *Требования заинтересованных сторон* – требования, предъявляемые внутренними и внешними потребителями к деятельности ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.

3.1.22. *Удовлетворенность потребителей* – восприятие внешними и внутренними потребителями степени выполнения их требований.



3.1.23. *Уполномоченный по качеству* – ответственный за систему менеджмента качества в структурном подразделении.

3.1.24. *Управление рисками* – меры, направленные на изменение риска с целью достижения поставленных целей.

3.1.25. *Цели в области качества* – цели, базирующиеся на политике в области качества, установленные для соответствующих подразделений и уровней ВУЗа.

3.1.26. *Эффективность* – соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

3.2. В Руководстве по качеству применяются следующие сокращения:

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ИвГМА);

АХР – административно-хозяйственная работа;

ВР – воспитательная работа;

ГЭК – государственная экзаменационная комиссия;

ДЗО – департамент здравоохранения;

ДПО – дополнительное профессиональное образование;

КР – клиническая работа;

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации;

МОИН РФ – Министерство образования и науки Российской Федерации;

МТБ – материально-техническая база;

НИР – научно-исследовательская работа;



НОСМУ – научное общество студентов и молодых ученых;

ОПОП – основная профессиональная образовательная программа;

ОП – образовательный процесс;

ПМУ – платные медицинские услуги;

ППС – профессорско-преподавательский состав;

Проректор по НР и МС – проректор по научной работе и международному сотрудничеству;

Проректор по ПО и КР – проректор по последипломному образованию и клинической работе;

ПФУ – планово-финансовое управление;

РИО – редакционно-издательский отдел;

РК – Руководство по качеству;

РПД – рабочая программа дисциплины;

РФ – Российская Федерация;

СМП – специализированная медицинская помощь;

СП – структурное подразделение;

ТРУ – товары, работы, услуги;

ТУП – типовый учебный план;

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

УМКД – учебно-методический комплекс дисциплины;

УМУ – учебно-методическое управление;

ЦДПО и СТВ – центр довузовской профессиональной ориентации и содействия трудоустройству выпускников ИвГМА.



ЦМК – Центр менеджмента качества;

ЦНППО – центр непрерывной практической подготовки обучающихся;

ЦИ – Центр информатизации;

ФГОС ВО – федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования;

ФДО – факультет довузовского образования;

ФДПО – факультет дополнительного профессионального образования;

ФПМКВК – факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации.

4 Среда организации.

4.1 Понимание организации и ее среды.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России определяет внешние и внутренние факторы, относящиеся к ее намерениям и стратегическому планированию, влияющие на ее способность достигать намеченных результатов системы менеджмента качества.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России осуществляет мониторинг и анализ информации о внешних и внутренних факторах.

Это единственное высшее учебное заведение в Ивановской области, осуществляющее подготовку врачей, что предопределяет его уникальность и высокий имидж.

История ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России берет начало с 16 июня 1930 года, когда после принятия постановления Совнаркома РСФСР «О реорганизации системы подготовки врачебных кадров» был учрежден Ивановский государственный медицинский институт (ИГМИ). В 1994 г. на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 127 от 23.06.1994 г. Ивановский государственный медицинский институт переимено-



ван в Ивановскую государственную медицинскую академию. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №343 от 06.06.2016 г. Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России) переименовано в Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России).

В составе академии имеется четыре факультета: додипломной подготовки (лечебный, педиатрический, стоматологический и факультет довузовского образования), институт последипломного образования (факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации и факультет дополнительного профессионального образования), 57 кафедр по отраслям знаний и по направлениям подготовки специалистов, аспирантура, объекты производственной, спортивной и социально-культурной инфраструктуры, общежития и другие подразделения (схема организационной структуры ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России представлена в Приложении 1).

Очередную государственную аккредитацию по программам специалитета академия прошла в 2014 году.

В 2012 году в ИвГМА внедрена система менеджмента качества, соответствующая требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001–2008. В 2015 году была успешно пройден ресертификационный аудит по стандарту ГОСТ Р ИСО 9001–2008.

Адрес ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России: 153012, Ивановская область, г. Иваново, Шереметевский проспект, 8.

тел.: (4932) 301766



факс: (4932) 326604

Логотип:



4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России определяет:

а) заинтересованные стороны, имеющие отношение к системе менеджмента качества:

- абитуриенты и их родители;
- обучающиеся по программам ВО и ДПО;
- работодатели (предприятия и организации различных форм собственности, органы здравоохранения);
- заказчики НИР и НИОКР, грантодержатели, организации (предприятия) - заказчики и партнеры, в том числе зарубежные;
- персонал академии (административно-управленческий персонал, профессорско-преподавательский состав, научные работники и вспомогательный персонал);
- учредитель (Министерство здравоохранения Российской Федерации); Министерство образования и науки Российской Федерации.

б) требования заинтересованных сторон, имеющих отношение к системе менеджмента качества

- требования к структуре и содержанию образовательных программ,



- к стоимости обучения,
- к имиджу и инфраструктуре ИвГМА,
- к сайту ИвГМА,
- к кадровому обеспечению,
- к материально-техническому обеспечению образовательного процесса,
- к обеспеченности базами практик,
- к компетенциям выпускника.

Определены и внедрены результативные и эффективные методы мониторинга и анализа информации о заинтересованных сторонах и их соответствие требованиям. Для обеспечения соответствия образования требованиям заинтересованных сторон в академии регулярно осуществляется мониторинг изменений нормативно-правовых документов; внутренние аудиты структурных подразделений.

Результаты проведенных мероприятий требований заинтересованных сторон используются для анализа и внесения корректив в соответствующие положения и регламенты осуществления деятельности по процессам. Деятельность по обеспечению обратной связи с заинтересованными сторонами осуществляется в рамках процессов: «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон», а также в рамках реализуемых процессов системы менеджмента качества».

4.3 Определение области применения системы менеджмента качества.

Система менеджмента качества академии определяет порядок управления процессами жизненного цикла, включающими в себя:



- образовательную деятельность, распространяющуюся на:
 - учебный процесс;
 - воспитательный процесс;
 - довузовскую подготовку;
 - дополнительное профессиональное образование;
 - подготовку медицинских кадров высшей квалификации;
- научно-исследовательскую деятельность;
- клиническую работу.

4.4 Система менеджмента качества и ее процессы.

4.4.1 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России разработала, внедрила, поддерживает и постоянно улучшает систему менеджмента качества, включая необходимые процессы и их взаимодействия, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015. СМК ИвГМА включает:

- процессы жизненного цикла: анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон, образовательная деятельность, научно-исследовательская деятельность, клиническая работа;
- процессы менеджмента: стратегическое управление и управление системой менеджмента качества;
- поддерживающие процессы: закупки, управление персоналом, информационно-библиотечное обеспечение, управление инфраструктурой, безопасностью и рабочей средой, управление информатизацией, редакционно-издательская деятельность, информационный менеджмент, управление финансами;



- системные процессы: управление документированной информацией, внутренний аудит, управление несоответствиями, корректирующие действия.

А также:

- a) определены требуемые входы и ожидаемые выходы вышеназванных процессов;
- b) определены последовательность и взаимодействие этих процессов;
- c) определены и применяются критерии и методы (включая мониторинг, измерения и соответствующие показатели результатов деятельности, необходимые для обеспечения результативности функционирования этих процессов и управления ими;
- d) определены ресурсы, необходимые для этих процессов, и обеспечена их доступность;
- e) распределены обязанности, ответственность и полномочия в отношении этих процессов;
- f) определены риски и учитываются при реализации процессов, разработаны планы мероприятий, позволяющих снизить риски;
- g) разработан механизм оценки процессов и внесения необходимых изменений для достижения запланированных результатов;
- h) разработана система постоянного улучшения системы менеджмента качества.

4.4.2. ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в необходимом объеме:

- a) разработала, актуализирует, применяет документированную информацию для обеспечения функционирования процессов;



- b) регистрирует и сохраняет документированную информацию для обеспечения уверенности в том, что процессы осуществляются в соответствии с запланированными мероприятиями.

5 Лидерство

5.1 Лидерство и приверженность

5.1.1 Общие положения

Высшее руководство ИвГМА демонстрирует свое лидерство и приверженность в отношении системы менеджмента качества посредством:

- a) принимает ответственность за результативность системы менеджмента качества;
- b) обеспечивает разработку политики и целей в области качества, которые согласованы с условиями среды академии и ее стратегическими направлениями;
- c) обеспечения требований системы менеджмента качества в процессах;
- d) содействия применения процессного подхода и риск-ориентированного мышления;
- e) обеспечения доступности ресурсов, необходимых для системы менеджмента качества;
- f) распространения в академии понимания важности результативного менеджмента качества и содействия требованиям системы менеджмента качества;
- g) обеспечения достижения системой менеджмента качества намеченных результатов;
- h) вовлечения, руководства и оказания поддержки участия сотрудников, преподавателей в обеспечении результативности системы менеджмента качества;



- i) поддержки улучшения;
- j) поддержки руководителей структурных подразделений в демонстрации ими лидерства в сфере их ответственности.

5.1.2 Ориентация на потребителей

Высшее руководство демонстрирует лидерство и приверженность в отношении ориентации на потребителей посредством обеспечения того, что:

- a) требования потребителей, а также законодательные и нормативные правовые требования определены, поняты и неизменно выполняются;
- b) риски и возможности, которые могут оказывать влияние на качество образования и клиническую работу и на способность повышать удовлетворенность потребителей, определены и рассмотрены.
- c) в центре внимания находится повышение удовлетворенности потребителей.

Требования потребителей и заинтересованных сторон определяются и описаны в процедуре СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон».

5.2 Политика

5.2.1 Разработка политики в области качества

Высшее руководство ИвГМА разработало, реализует и поддерживает в актуальном состоянии политику в области качества, которая:

- a) соответствует намерениям и среде организации, а также поддерживает ее стратегическое направление;
- b) создает основу для установления целей в области качества;
- c) включает в себя обязательство соответствовать применимым требованиям;



d) включает в себя обязательство постоянно улучшать систему менеджмента качества.

и сформулирована на основе: Миссии и Видения, текущих результатов анализа ожиданий и удовлетворенности потребителей, информации о состоянии внешней среды, анализа внутренних сильных и слабых сторон учреждения.

Миссия, Видение и Политика академии в области качества, как документ, формируется с привлечением всех сотрудников учреждения и перед утверждением размещается в локальной компьютерной сети с целью обеспечения возможности обсуждения, далее проходит обсуждение на заседании Ученого совета ИвГМА.

Действующие версии Миссии, Видения и Политики в области качества академии были приняты и утверждены на заседании Ученого совета от 27.12.2011 (протокол №11).

Миссия

Подготовка высокообразованных, конкурентоспособных, ориентированных на саморазвитие и непрерывное профессиональное образование специалистов в сфере медицины, основанное на современных достижениях мировой науки и медицинской практики, традициях отечественной медицинской школы и инновационных подходах, с учетом изменяющихся потребностей системы здравоохранения, общества и государства, проведение фундаментальных и клинических научных исследований, актуальных для развития практической медицины.

Видение

ИвГМА – современное, динамично развивающееся образовательное учреждение, постоянно совершенствующее и расширяющее спектр образовательных и медицинских услуг, осуществляющее подготовку специалистов, спо-



собных к реализации профессионального и личностного потенциала, востребованных на внутреннем и внешнем рынках труда; ориентирующееся в научной деятельности на инновационные подходы, интеграцию в межвузовские и международные сообщества и высокую прикладную ценность исследований.

Политика в области качества

Мы убеждены в необходимости и намерены:

- рассматривать качество как единую и неизменную цель нашей деятельности;
- помнить, что улучшение качества непрерывно и не знает границ;
- обеспечивать участие всех сотрудников в процессах, направленных на повышение качества.

Нами определены следующие направления деятельности в области качества:

1. Подготовка выпускника как гармонично развитой личности, обладающей знаниями, умениями, навыками, нацеленной на саморазвитие, социально адаптированной, конкурентоспособной на рынке труда.
2. Непрерывное совершенствование деятельности академии в соответствии с изменяющимися потребностями всех заинтересованных сторон (государства, общества, учреждений практического здравоохранения, абитуриентов, студентов, сотрудников ВУЗа).
3. Приверженность ценностям и традициям академии, развитие корпоративной культуры, основанной на самоконтроле и высокой ответственности каждого сотрудника, создание условий для продуктивной творческой деятельности и самореализации.



4. Активное внедрение инновационных технологий в образовательный процесс, научно-исследовательскую деятельность и клиническую практику.

5. Повышение эффективности финансово-экономической деятельности академии.

6. Руководство ИвГМА берет на себя ответственность за проведение и внедрение настоящей Политики.

5.2.2 Доведение политики в области качества

Политика в области качества:

- a) доступна и применяется как документированная информация;
- b) создает основу для установления целей в области качества;
- c) доведена до сведения работников, понятна и применяется в ИвГМА. Доступна на сайте академии в разделе ЦМК для заинтересованных сторон.

5.3 Функции, ответственность и полномочия в организации

Высшее руководство обеспечивает определение, доведение до работников и понимание в организации обязанностей, ответственности и полномочий для выполнения соответствующих функций.

Высшее руководство распределяет обязанности, ответственность и полномочий для:

- a) обеспечения соответствия системы менеджмента качества требованиям стандарта ISO 9001:2015;
- b) обеспечения получения намеченных результатов процесса;
- c) отчетности высшему руководству о результатах функционирования системы менеджмента качества и возможностях ее улучшения;
- d) поддержки ориентации на потребителя во всей организации;



е) сохранения целостности системы менеджмента качества при планировании и внедрении изменений в систему менеджмента качества.

В Приложении 1 настоящего руководства представлена схема организационной структуры академии, отражающая уровни управления организацией, позволяющая визуально определить отношения подчинения.

Для каждого структурного подразделения академии разработаны, утверждены и доведены до сведения соответствующих сотрудников Положения о подразделениях и должностные инструкции, определяющие их ответственность за решение определенных задач и границы полномочий.

Каждый сотрудник академии действует на основе должностной инструкции, которая обеспечивает им понимание своей роли в достижении целей своих структурных подразделений и организации в целом, определяет и доводит до сведения сферу ответственности и полномочий.

Должностные инструкции разрабатываются в соответствии с законодательной и локальной нормативной документацией с учётом процессного подхода, профессиональных стандартов и распределения ответственности в рамках процессов СМК.

Ответственность в рамках системы менеджмента качества распределена с учетом организационной структуры академии, представленной на рисунке 1.



Рисунок 1. Организационная структура системы менеджмента качества



Представитель высшего руководства назначается решением Ученого совета академии из числа проректоров.

В дополнение к другим обязанностям на него возлагается ответственность и соответствующие полномочия, распространяющиеся на:

- обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии документов СМК;
- представление отчетов высшему руководству о функционировании СМК ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России и о необходимости ее улучшения;
- содействие распространению философии менеджмента качества и необходимости понимания требований потребителей к результатам деятельности академии по всем структурным подразделениям учреждения;
- поддержание связи с внешними сторонами по вопросам, касающимся системы менеджмента качества.

Функции Центра менеджмента качества определены в положении о подразделении и соответствующих должностных инструкциях.

В функции уполномоченных по качеству структурных подразделений входит:

- ознакомление членов коллектива СП с документами СМК и изменениями в них с фиксированием факта ознакомления в протоколе заседания кафедры или СП;
- размещение в СП актуальных версий документов СМК (Миссия, Видение, Политика, Цели академии в области качества на год и цели СП в области качества на год);



- представление в ЦМК разработанных СП целей в области качества и отчетов по их выполнению; ознакомление членов коллектива СП с программой аудитов и отчетом по программе аудитов;

- помощь в организации и проведении внутренних и внешних аудитов в своем СП;

- участие в исследованиях, связанных с развитием и функционированием СМК (анкетирование персонала СП, обучающихся и др. с целью мониторинга требований и удовлетворенности внутренних и внешних потребителей);

- помощь руководителю СП в предоставлении информации для рейтинговой оценки деятельности профессорско-преподавательского состава.

6 Планирование

6.1 Действия в отношении рисков и возможностей

6.1.1 При планировании в системе менеджмента качества ИвГМА учитывает факторы и требования, определяет риски и возможности, подлежащие рассмотрению для:

- а) обеспечения уверенности в том, что система менеджмента качества может достичь своих намеченных результатов;
- б) увеличения их желаемого влияния;
- с) предотвращения или уменьшения их нежелаемого влияния;
- д) достижения улучшения.

6.1.2. ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России планирует:

- а) действия по рассмотрению рисков и возможностей;
- б) то, каким образом:



- 1) интегрировать и внедрить эти действия в процессы системы менеджмента качества;
- 2) оценивать результативность этих действий.

Действия в отношении рисков предусмотрены ДП «Управление рисками». Действия в отношении рисков связаны с анализом имеющейся информации для выявления причин возможных рисков и направлены на их устранение.

Инфраструктура управления рисками включает в себя: оценка внешней ситуации организации и оценка внутренней ситуации организации (SWOT-анализ).

Анализ внешней и внутренней среды с потенциальными угрозами достижения целей служит входящими данными для идентификации опасных ситуаций. Риски выявляются в соответствии со структурой каждого процесса в свете достижения целей ИвГМА в целом. Риски выявляются руководителем процесса, потребителями процесса, высшим руководством.

По каждому процессу руководителем процесса составляется таблица качественного и количественного анализа риска, в которой виды работ соотносятся с потенциальными событиями и опасностями с указанием причин возникновения и возможными последствиями, а также мероприятий, позволяющих снизить риски или предотвратить возникновение события / опасности. Анализ рисков по процессам входит как приложение в документированные процедуры соответствующих процессов, рассматривается на Ученом совете и утверждается ректором.

Меры, применяемые в отношении рисков и возможностей пропорциональны их возможному влиянию на соответствие образовательных услуг.

Мероприятия, позволяющие снизить риски, в первую очередь направлены на устранение события / опасности. При невозможности снижения тяжести со-



бытия необходимо добиваться снижения частоты возникновения. Анализ результатов и эффективности мероприятий по снижению рисков осуществляется руководителями структурных подразделений и уполномоченным по качеству.

Документированная информация (записи), которые содержат свидетельства проведения мероприятий, указываются ученым секретарем или секретарем Ученого совета факультета в отчетах о выполнении решений Ученого Совета

Анализ результатов и эффективности мероприятий по снижению рисков осуществляется руководителями процессов и высшим руководством. Сводный отчет-анализ по выполнению мероприятий по снижению рисков анализируется высшим руководством и рассматривается на заседании Учёного совета 1 раз в год (при анализе СМК).

6.2 Цели в области качества и планирование их достижения

6.2.1. В ИвГМА установлены цели в области качества для соответствующих функций, уровней и процессов, необходимых для системы менеджмента качества.

Цели в области качества:

- a) согласованы с политикой в области качества;
- b) измеримы;
- c) учитывают применимые требования;
- d) связаны с обеспечением соответствия продукции и услуг и повышением удовлетворенности потребителя;
- e) подлежат мониторингу;
- f) доведены до работников;
- g) ежегодно актуализируются.



Для успешного осуществления процессов планирования в академии определен процесс менеджмента ПМ 01 «Стратегическое управление», который направлен на формирование стратегии развития академии. Программа стратегического развития как документ представляет собой обобщающую модель действий, необходимых для достижения поставленных целей путем координации распределения ресурсов учреждения, а также набор правил для принятия решений, которыми учреждение руководствуется в своей деятельности. Процесс «Стратегическое управление» также определяет порядок постановки целей в области качества, которые формируются на основании стратегии и политики в области качества и актуализируются по мере их достижения или пересмотра политики.

Цели академии разрабатываются на календарный год и утверждаются не позднее 30 января каждого года ректором ИвГМА. При выработке целей учитываются предложения руководителей процессов всех структурных подразделений, сотрудников, обучающихся. Цели охватывают ключевые направления деятельности академии: образовательную, научно-исследовательскую деятельность и клиническую работу. Цели подразделений, отвечающих за реализацию поддерживающих, процессов формулируются с учётом специфики деятельности по процессу. Цели измеримы и имеют количественное выражение. Установлены критерии и показатели, создающие базу отсчета для анализа степени достижения целей и возможных отклонений. Цели академии в области качества отражаются в соответствующем документе – «Цели ИвГМА в области качества», утверждаемом Ученым советом ИвГМА. Документ размещается на сайте академии, в разделе ЦМК.

Цели подразделений также оформляются отдельным документом – «Цели в области качества (наименование структурного подразделения)». Руководители подразделений обеспечивают процесс достижения целей в области качества



в рамках текущего планирования работы подразделений. Содержание планируемых мероприятий направлено на достижение целей в области качества.

При планировании действий по достижению целей в области качества ИвГМА определяет:

- а) что должно быть сделано;
- б) какие потребуются ресурсы;
- с) кто будет нести ответственность;
- д) когда эти действия будут завершены;
- е) каким образом будут оцениваться результаты.

Для анализа результативности СМК ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, своевременного планирования и пересмотра целей в области качества академии и подразделений, ректор и проректоры, регулярно, с установленной периодичностью анализируют информацию о состоянии и развитии СМК академии, представляемую руководителями структурных подразделений и внутренними аудиторами в рамках оперативного управления и управления СМК. На 30 декабря каждого года назначена дата составления годового отчета о достижении запланированных целей СМК ИвГМА. Сводный отчет носит название «Анализ СМК со стороны высшего руководства», составляется помощником ректора по качеству, анализируется представителем высшего руководства и утверждается ректором. Отчёт хранится в Центре менеджмента качества.

6.3 Планирование изменений

Высшее руководство ИвГМА обеспечивает планирование создания, поддержания и улучшения системы менеджмента качества для выполнения требований к СМК, а также для достижения целей в области качества. ИвГМА рассматривает:



- а) цель вносимых изменений и возможные последствия их внесения;
- б) целостность системы менеджмента качества;
- с) доступность ресурсов;
- д) распределение или перераспределение обязанностей, ответственности и полномочий.

Порядок поддержания и улучшения системы менеджмента качества определён в процессе менеджмента ПМ 02 «Управление СМК», представленном в настоящем РК в разделах 5.1, 5.2, 6.1 и 6.2, и системных процессах: СП 02 «Внутренний аудит» и СП 03 «Управление несоответствиями. Корректирующие действия», представленных в соответствующих документированных процедурах: СМК ДП СП 02/РК 09 «Внутренний аудит», СМК ДП СП 03/РК 10 «Управление несоответствиями. Корректирующие действия».

Результатами планирования изменений на уровне академии является внесение изменений в Программу развития ИвГМА и планы академии по видам деятельности. На уровне факультетов и кафедр разрабатываются планы работы на год, которые обсуждаются и утверждаются на Совете факультета или заседании кафедры.

Установленный порядок обеспечивает сохранение целостности системы менеджмента качества при планировании и внесении в неё изменений.

7 Средства обеспечения

7.1 Ресурсы

7.1.1 Общие положения

ИвГМА определяет и обеспечивает наличие ресурсов, необходимых для разработки, внедрения, поддержания и постоянного улучшения системы менеджмента качества.



ИвГМА рассматривает:

- а) возможности и ограничения, связанные с существующими внутренними ресурсами;
- б) то, что нужно получить от внешних поставщиков.

Для внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК, повышения удовлетворенности потребителей деятельностью академии выделяются следующие ресурсы:

- человеческие ресурсы (административно-управленческий персонал, профессорско-преподавательский персонал, учебно-вспомогательный персонал, младший обслуживающий персонал);
- инфраструктура (содержание зданий, помещений, оборудование рабочих мест; лаборатории; компьютерная техника, средства связи и др.);
- информационные ресурсы (библиотечный фонд; фонд нормативной документации, информационное обеспечение и т.д.);
- финансовые ресурсы.

Управление ресурсами осуществляется при реализации следующих процессов:

- «Закупки»
- «Управление персоналом»
- «Информационно-библиотечное обеспечение»
- «Управление инфраструктурой, безопасностью и рабочей средой»
- «Управление информатизацией»



- «Редакционно-издательская деятельность»
- «Информационный менеджмент»
- «Управление финансами»

7.1.2 Человеческие ресурсы

ИвГМА определяет и обеспечивает наличие должностных лиц, необходимых для результативного внедрения системы менеджмента качества и для функционирования управления ее процессами.

Персонал ИвГМА, выполняющий работу, влияющую на качество, является компетентным, имеет соответствующие образование, подготовку, навыки и опыт. Порядок управления персоналом определен в документированной процедуре СМК ДП ПП 02/РК 07 «Управление персоналом».

В ИвГМА разработаны, утверждены и введены в действие должностные инструкции. В должностных инструкциях прописано, каким требованиям (уровень образования, опыт, навыки, необходимый объем знаний) должен соответствовать претендент на определенную должность. Общую ответственность за подбор персонала в соответствии с требованиями квалификации несет ректор академии.

Законодательная база по процессу определяется требованиями трудового законодательства РФ и локальными нормативными актами академии. Законодательная база в академии обновляется централизованно, через информационно-аналитическую систему «Консультант+»), установленную в соответствии с договорными условиями с консалтинговой фирмой.

7.1.3 Инфраструктура

ИвГМА определяет, создает и поддерживает инфраструктуру, необходимую для функционирования всех процессов с целью достижения соответствия



основных видов деятельности - образовательной, научно-исследовательской и клинической.

Инфраструктура ИвГМА включает: здания, сооружения, помещения, кабинеты для различных функциональных подразделений, учебные аудитории, лаборатории, оборудование, средства связи, транспортные средства.

Описание процесса СМК «Управление инфраструктурой, безопасностью и рабочей средой», а также порядок деятельности в рамках процесса установленные требования к входам и выходам процесса, приведены в соответствующем разделе Книги процессов и в документированной процедуре СМК ДП ПП 04/РК 07 «Управление инфраструктурой, безопасностью и рабочей средой».

7.1.4 Среда для функционирования процессов

В ИвГМА определена, создана и поддерживается в управляемом состоянии рабочая (производственная) среда, необходимая для функционирования всех процессов и для достижения соответствия требованиям к образовательной, научно-исследовательской и клинической деятельности. Порядок управления производственной средой отражен в документированной процедуре СМК ДП ПП 04/РК 07 «Управление инфраструктурой, безопасностью и рабочей средой».

Рабочая среда включает в себя физические, социальные, психологические и экологические факторы, позитивно влияющие на мотивацию, удовлетворенность и работу персонала с целью улучшения деятельности. Рабочая среда также включает в себя технику безопасности и охрану труда, размещение рабочих мест и эргономику, санитарно-бытовые помещения и места отдыха, санитарно-гигиенические условия рабочей среды.

Заявки в административно-хозяйственную часть о поддержании и приведении в соответствие производственной среды требуемым условиям подаются руководителями структурных подразделений и всеми заинтересованными со-



трудниками в устной или письменной форме. Во втором случае делается соответствующая запись в журнале регистрации заявок, который хранится в административно-хозяйственной части.

7.1.5 Ресурсы для мониторинга и измерений

ИвГМА определяет и предоставляет ресурсы, необходимые для обеспечения имеющих законную силу и надежных результатов в тех случаях, когда мониторинг или измерения используются для подтверждения соответствия продукции и услуг требованиям.

ИвГМА обеспечивает, чтобы предоставленные ресурсы:

- a) были пригодными для конкретного типа предпринимаемых действий по мониторингу и измерению;
- b) поддерживались в целях сохранения их пригодности для предусмотренных целей.

ИвГМА обеспечивает мониторинг основных процессов. Мониторинг должен продемонстрировать способность этих процессов достигать запланированных результатов. Для успешного проведения мониторинговых исследований:

- определены критерии для анализа процессов;
- регулярно подтверждается квалификация профессорско- преподавательского состава в соответствии с требованиями законодательства и внутренними критериями ИвГМА;
- применяются методы и процедуры оценки знаний, умений и навыков студентов в рамках промежуточной и итоговой аттестации;



- разработаны и поддерживаются все записи, свидетельствующие о квалификации профессорско-преподавательского состава, оценки хода и результатов образовательной деятельности.

Управление финансовыми потоками ИвГМА осуществляют планово-финансовое управление и бухгалтерия. Общую ответственность за осуществление деятельности по процессу несет ректор академии. Процесс управления финансами определен документированной процедурой СМК ДП ПП 08/РК 07 «Управление финансами». Процесс закупок осуществляется в соответствии с документированной процедурой СМК ДП ПП 01/РК 07 «Закупки».

7.1.6 Знания организации

ИвГМА определяет знания, необходимые для функционирования процессов и для достижения соответствия продукции и услуг, которые основываются на:

– внутренних источниках (Локальные нормативные акты, необходимые для функционирования процессов и для достижения соответствия продукции и услуг: Положения о структурных подразделениях, положения о видах деятельности, должностные инструкции, приказы и распоряжения; записи и др.).

– внешних источниках: ФГОС ВО, ГОСТы, стандарты, методические рекомендации, письма и приказы Министерства образования и науки Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Знания академии поддерживаются на соответствующем уровне, являются доступными в необходимом объеме и хранятся в архиве, библиотеке, структурных подразделениях, деканатах и кафедрах. Знания размещаются на сайте ИвГМА.



При рассмотрении изменяющихся нужд и тенденций ИвГМА оценивает текущий уровень знаний и определяет, каким образом получить или обеспечить доступ к дополнительным знаниям и их необходимым обновлениям.

7.2 Компетентность

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России:

- a) определяет необходимую компетентность лиц, выполняющих работу по ее управлению, которая оказывает влияние на результаты деятельности и результативность системы менеджмента качества;
- b) обеспечивает компетентность этих лиц на основе соответствующего образования, подготовки и опыта;
- c) там, где это применимо, предпринимает действия, направленные на получение требуемой компетентности, и оценивает результативность предпринятых действий;
- d) регистрирует и сохраняет соответствующую документированную информацию как свидетельство компетентности.

Компетентность персонала, выполняющего работу, которая влияет на качество предоставляемых услуг, определяется исходя из потребности соответствующего процесса, а в конечном итоге исходя из соображений возможности удовлетворения требований потребителей и заинтересованных сторон..

Для удовлетворения этих требований на вакантные должности подбираются кадры, владеющие соответствующими знаниями, навыками и опытом. Сотрудники, работающие в академии, для выполнения указанных требований с определенной периодичностью проходят повышение квалификации и подготовку.

Профессорско-преподавательский состав проходит повышение квалификации не реже 1 раза в 3 года. Кроме того, повышение компетентности ППС



достигается за счет обучения в аспирантуре и докторантуре, за счет работы по написанию диссертаций на соискание ученых степеней, а также в результате подготовки учебников, учебных пособий, учебно-методических комплексов и пр.

Для обеспечения соответствующей компетентности, осведомленности и подготовки персонала в академии определены подпроцесс ОП 02.07 «Последипломное образование» и процесс ПП 02 «Управление персоналом». Порядок управления данными процессами определен в соответствующих документированных процедурах по процессам и Книге процессов.

Для обеспечения компетентности персонала в области качества, в академии осуществляется как внешняя, так и внутрифирменная подготовка сотрудников по менеджменту качества и аудиту СМК.

7.3 Осведомленность

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России обеспечивает, чтобы соответствующие лица, выполняющие работу под управлением организации, были осведомлены:

- а) о политике в области качества;
- б) соответствующих целях в области качества;
- с) своем вкладе в результативность системы менеджмента качества, включая пользу от улучшения результатов деятельности;
- д) последствиях несоответствия требованиям системы менеджмента качества.

Миссия, видение, политика, цели в области качества ИвГМА и структурных подразделений размещены на сайте академии в соответствующих разделах. Они доводятся до сведения сотрудников академии на заседаниях и совещаниях различного уровня, при обучении персонала, при приеме на работу новых сотрудников.



В процессе проведения аудита одним из критериев является осведомленность персонала о целях ИвГМА в области качества; о значении его деятельности или должности для академии в целом, для подразделения, в котором он работает и для потребителей.

Вклад каждого работника в результативность системы менеджмента качества, включая пользу от улучшения результатов деятельности, и его ответственность определены в планах работы структурных подразделений, а для ППС также в индивидуальных планах работы преподавателя.

7.4 Обмен информацией

ИвГМА определяет порядок внутреннего и внешнего обмена информацией, относящейся к системе менеджмента качества, включая:

- а) какая информация будет передаваться;
- б) когда будет передаваться информация;
- в) кому будет передаваться информация;
- г) каким образом она будет передаваться;
- д) кто будет передавать информацию.

Информация о целях процессов в области качества и о фактических значениях ключевых показателей процессов доступна всем сотрудникам в пределах их полномочий.

Оперативная информация о функционировании системы качества академии выносится на обсуждение в рамках заседаний Ученого совета академии.

Важнейшие вопросы по развитию СМК обсуждаются на заседаниях Ученого совета ИвГМА. Члены Ученого совета и присутствующие информируют персонал своих подразделений о состоянии и развитии системы менеджмента



качества на заседаниях подразделений, которые проводятся с установленной периодичностью.

На научных и научно-практических конференциях обсуждаются вопросы, связанные с концептуальными основами СМК, текущим состоянием и перспективами развития СМК академии. Отдельные тезисы и статьи публикуются в регулярном периодическом издании ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России «Медвузовец».

Информация о развитии и результативности СМК размещается на стендах отдельных структурных подразделений.

В локальной сети размещается информация, требующая обсуждения или уже утвержденная. В первом случае все сотрудники и обучающиеся могут оставить свои замечания и предложения по адресу электронной почты cmkisma@mail.ru

Миссия, Видение, Политика и цели в области качества размещены на сайте академии, на стенде и во всех структурных подразделениях академии.

7.5 Документированная информация

7.5.1 Общие положения

Система менеджмента качества ИвГМА включает следующие документы:

- Миссия;
- Видение;
- Политика в области качества;
- Цели академии в области качества на год;
- Цели в области качества структурных подразделений;



-
- СМК РК «Руководство по качеству»;
 - СМК КП «Книга процессов»;
 - СМК РИ 00/РК 07 «Инструкция по оформлению документов СМК»;
 - СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон»;
 - СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ»;
 - СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания»;
 - СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса»;
 - СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов»;
 - СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников»;
 - СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа»;
 - СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование»;
 - СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность»;
 - СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа»;
 - СМК ДП ПП 01/РК 07 «Закупки»;
 - СМК ДП ПП 02/РК 07 «Управление персоналом»;
 - СМК ДП ПП 03/РК 07 «Информационно-библиотечное обеспечение»;



- СМК ДП ПП 04/РК 07 «Управление инфраструктурой, безопасностью и рабочей средой»;
- СМК ДП ПП 05/РК 07 «Управление информатизацией»;
- СМК ДП ПП 06/РК 07 «Редакционно-издательская деятельность»;
- СМК ДП ПП 07/РК 07 «Информационный менеджмент»;
- СМК ДП ПП 08/РК 07 «Управление финансами»;
- СМК ДП СП 01/РК 07 «Управление документированной информацией»;
- СМК ДП СП 02/РК 09 «Внутренний аудит»;
- СМК ДП СП 03/РК 10 «Управление несоответствиями. Корректирующие действия».

В Руководстве по качеству представлено описание следующих процессов СМК:

- ПМ 01 «Стратегическое планирование»;
- ПМ 02 «Управление СМК».

Рабочая инструкция СМК РИ 00/РК 07 «Инструкция по оформлению документов СМК» определяет порядок оформления документов системы менеджмента качества ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.

К документированной информации СМК относятся положения о подразделениях и другие положения, должностные инструкции, записи, законодательные и локальные нормативные акты, определяющие работу академии.

Законодательная база в академии обновляется централизованно, через информационно-аналитическую систему «Консультант+», установленную в соответствии с договорными условиями с консалтинговой фирмой.



Основное назначение документации СМК руководство ИвГМА видит в том, чтобы передать смысл и последовательность действий, добавляющих ценность для потребителя.

7.5.2 Создание и актуализация

При создании и актуализации документированной информации ИвГМА соответствующим образом обеспечивает:

- а) идентификацию и описание;
- б) формат и носитель документированной информации (бумажный или электронный);
- с) анализ и одобрение документов с точки зрения пригодности и адекватности.

Создание, оформление, согласование, введение в действие, регистрация и актуализация документированной информации СМК ИвГМА, а также порядок учета и хранения внешней и внутренней документированной информацией установлены в следующих документах:

- процедура СМК ДП СП 01/РК 07 «Управление документированной информацией»,
- «Инструкция по делопроизводству в ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

7.5.3 Управление документированной информацией

Документированная информация, требуемая системой менеджмента качества, находится под управлением в целях обеспечения:

- а) ее доступности и пригодности, где и когда она необходима;



- б) ее достаточной защиты от несоблюдения конфиденциальности, ненадлежащего использования или потери целостности.

Для определения порядка управления документами СМК академии разработана документированная процедура СМК ДП СП 01/РК 07 «Управление документированной информацией» и рабочая инструкция СМК РИ 00/РК 07 «Инструкция по оформлению документов СМК». Данные документы устанавливают единые формы, правила обозначения, оформления, разработки, проверки, актуализации, утверждения, учета, хранения и рассылки документов системы менеджмента качества, порядок управления ими.

Для управления документированной информацией в ИвГМА предусмотрены:

- а) распределение, обеспечение ее доступности и поиска, а также использование;
- б) хранение и защиту, включая сохранение разборчивости;
- с) управление изменениями (версиями документов);
- д) соблюдение сроков хранения и порядка уничтожения.

Документированная информация внешнего происхождения, определенная организацией как необходимая для планирования и функционирования системы менеджмента качества, должна быть соответствующим образом идентифицирована и находиться под управлением.

Документированная информация, регистрируемая и сохраняемая в качестве свидетельства соответствия, защищена от непредумышленных изменений.

Доступ к документам СМК имеют все сотрудники академии. Актуальный комплект документов системы менеджмента качества хранится в Центре менеджмента качества. Структурные подразделения академии обеспечиваются документами системы менеджмента качества на электронных носителях и/или



печатными версиями необходимых документов СМК с записью «Копия верна», подписью представителя высшего руководства по качеству и печатью.

8 Деятельность на стадиях жизненного цикла продукции и услуг

8.1 Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла продукции и услуг

В ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России планирует, внедряет процессы системы менеджмента качества, необходимые для выполнения требований к образовательному процессу, клинической работе и осуществляет управление процессами посредством:

- а) определения требований к образовательному процессу и клинической работе;
- б) установления критериев для:
 - 1) процессов СМК;
 - 2) результатов государственной итоговой аттестации обучающихся; результатов деятельности по процессам;
- с) определения ресурсов, необходимых для достижения соответствия требованиям к образовательному процессу, клинической работе и др. видам деятельности;
- д) управления процессами в соответствии с установленными критериями;
- е) определения, разработки, актуализации и применения, а также регистрирования и сохранения документированной информации в объёме, необходимом для:
 - 1) обеспечения уверенности в том, что процессы системы менеджмента качества выполнялись так, как это было запланировано;



2) демонстрации соответствия качества образовательной деятельности требованиям ФГОС (ВО), потребителей и заинтересованных сторон.

Академия управляет запланированными изменениями и анализирует последствия непредусмотренных изменений, предпринимая, при необходимости, меры по смягчению негативных воздействий.

ИвГМА обеспечивает, чтобы процессы (уборка помещений, охрана зданий и сооружений), переданные внешним организациям, находились под управлением.

Периодичность, требования к содержанию и форме предоставления планов и отчетности представлены в законодательных и локальных актах академии. Алгоритмы проведения работ по планированию и подготовке отчетности по образовательной, научно-исследовательской деятельности и клинической работе представлены в соответствующих документированных процедурах: СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон», СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование», СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность», СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа».



8.2 Требования к продукции и услугам

8.2.1 Связь с потребителями

В ИвГМА на всём протяжении жизненного цикла услуг осуществляется взаимодействие с потребителями. Порядок взаимодействия, его цели и формы определены в настоящем Руководстве по качеству и процедурах СМК жизненного цикла услуг: СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон», СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование», СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность», СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа».

Связь с потребителями реализуется руководством ИвГМА, деканами, заведующими кафедрами и преподавателями, главным врачом и сотрудниками клиники, а также всеми сотрудниками в рамках установленных должностных функций и включает:

- а) обеспечение информацией о качестве образовательной деятельности, клинической работе и др. видах деятельности;
- б) обработку запросов, контрактов, заявок, включая их изменения;
- в) получение отзывов о качестве образования от обучающихся, работодателей, об условиях работы от сотрудников, о качестве клинической работы от пациентов и др.;
- г) обращение собственностью обучающихся (документы об образовании);



- е) установление специальных требований к действиям, предпринимаемым в непредвиденных обстоятельствах, где это уместно.

8.2.2 Определение требований, относящихся к продукции и услугам

При определении требований к образованию, клинической работе и др. видам деятельности ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России убеждена в том, что:

- а) требования к образованию, клинической работе и др. видам работ определены, включая:
- 1) законодательные и нормативные правовые требования;
 - 2) требования, рассматриваемые академией как необходимые;
- б) выполняются требования в рамках образования и клинической работы, которые предлагаются.

Планирование, организация и реализация образовательной, научно-исследовательской деятельности и клинической работы в ИвГМА осуществляется исходя из анализа требований потребителей.

Порядок выполнения деятельности по определению требований к образовательной, научно-исследовательской деятельности и клинической работе установлен в документированной процедуре СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон».

Для более полного анализа требований к качеству образовательных услуг в академии определены соответствующие процессы и введены ДП по процессам и подпроцессам: СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускни-



ков», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование». В рамках данных процессов показан порядок взаимодействия с потребителями, уточнение и выполнение их требований к качеству на всём протяжении жизненного цикла услуги.

Порядок выполнения деятельности по определению требований к научно-исследовательской и клинической работе показан в документированных процедурах по процессам СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность», СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа». В рамках данных процессов показан порядок взаимодействия с потребителями, уточнение и выполнение их требований к качеству на всём протяжении жизненного цикла соответствующей услуги.

8.2.3 Анализ требований к продукции и услугам

8.2.3.1 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России убеждена, что обладает способностью выполнять требования к образовательной, научно-исследовательской деятельности и клинической работе. В ИвГМА проводится анализ, чтобы учесть:

- а) требования, установленные обучающимися и пациентами клиники;
- б) требования, не заявленные потребителем;
- в) требования, установленные нормативно-правовой документацией ИвГМА;
- г) законодательные и нормативно-правовые требования по организации образования и клинической работе;
- д) требования контракта или заказа, отличающиеся от ранее сформулированных.

ИвГМА обеспечивает принятие решений по требованиям контракта или заказа, отличающимся от ранее установленных.



В рамках анализа требований, относящихся к услугам по всем процессам жизненного цикла, в академии осуществляется:

- взаимодействие со всеми заинтересованными сторонами, включая учредителя, работодателей, органы власти, общественные структуры и организации, СМИ, обучающихся и членов их семей, сотрудников ИвГМА;
- изучение и структурирование требований различных заинтересованных сторон к качеству образовательных, научно-исследовательских и медицинских услуг, а также к возможности участия академии в формировании и развитии благоприятной социально-культурной среды города и региона;
- оценка и анализ удовлетворенности заинтересованных сторон;
- информирование об образовательных, научно-исследовательских и других услугах академии и формирование спроса на них;
- разработка на основе требований потребителей требований к показателям результатов процессов СМК академии.

Анализ требований потребителя является инструментом, помогающим в принятии управленческих решений. Его задача – обеспечить входные данные для руководящих процессов с целью принятия корректирующих и предупреждающих действий.

8.2.3.2. В ИвГМА регистрируется и сохраняется документированная информация в отношении:

- a) результатов анализа;
- b) любых новых требований к продукции и услугам.

Основой анализа требований потребителя, как указывалось выше, являются фактические данные, отражающие требования внешних и внутренних по-



требителей результатов процессов, определенных в СМК (требования к статусу академии, стоимости обучении, имиджу, инфраструктуре, ППС, территориальному положению, обеспеченностью базами практики и стажировки, последующему трудоустройству, адаптивности ИвГМА к внешним и внутренним изменениям, к направлениям подготовки, к содержанию учебных программ, научно-исследовательской деятельности, воспитательной работе, к итоговому документу, стоимости медицинских услуг, качеству их оказания и пр.).

По результатам изучения требований и их анализа принимаются решения относительно открытия новых услуг по направлениям работы академии, либо коррекции существующих. Результаты проведенных исследований требований потребителей также используются для анализа и внесения корректив в порядок осуществления деятельности по процессам.

Описание процесса анализа требований, установленные требования к его входам и выходам, а также порядок деятельности в рамках процесса приведены в Книге процессов и в документированных процедурах СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон», СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование», СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность», СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа».

В процессе взаимодействия с потребителями сотрудники академии руководствуются принципом менеджмента «Ориентация на потребителя», который



понимается, как стремление найти взаимопонимание и установить долгосрочные взаимовыгодные отношения со всеми заинтересованными сторонами.

8.2.4 Изменение требований к продукции и услугам

В ИвГМА постоянно рассматриваются и анализируются изменения требований к продукции и услугам со стороны органов законодательной и исполнительной власти, государства и общества, изложенных в ФГОС ВО, профессиональных стандартах, ФГОС (ВО) и др. документах.

Результатом процесса является внесение поправок в документированную информацию ИвГМА и информирование соответствующего персонала об изменившихся требованиях.

Внесение изменений в действующие документы СМК осуществляется на основе данных о несоответствии их содержания целям разработки документа. Изменения могут быть инициированы руководителями структурных подразделений, внутренними аудиторами, а также иными заинтересованными лицами. Порядок внесения изменений и ознакомление персонала с данными изменениями определяется документированной процедурой «Управление документированной информацией».

Информация об изменении требований к продукции и услугам в обязательном порядке используется в стратегическом и оперативном планировании деятельности академии, а так же при совершенствовании образовательных программ, программ проведения НИР, воспитательной и клинической работы.

8.3 Проектирование и разработка продукции и услуг

8.3.1 Общие положения

В ИвГМА разработан, внедряется и поддерживается процесс проектирования и разработки, связанный с формированием, изменением и совершенствованием основных профессиональных и дополнительных образовательных про-



грамм, научных исследований и разработок, клинической и воспитательной работы, проводимых на базе ИвГМА. Процесс проектирования и разработки инициируется необходимостью открытия нового направления подготовки, изменением требований ФГОС ВО, внесением предложений по улучшению и дополнению образовательных программ и услуг.

Назначение процесса проектирования и разработки – координация деятельности структурных подразделений и должностных лиц академии при создании и улучшении образовательной услуги. Результатом данного процесса являются новые образовательные услуги и документы соответствующих органов управления образованием, подтверждающих право ИвГМА оказывать соответствующие образовательные услуги.

Основное руководство процессом осуществляет проректор по учебной работе, участники – ректор ИвГМА, кафедры, учебно-методический совет, Ученый совет, библиотека. Для успешной реализации целей процесса затрачиваются информационные, материальные, финансовые и человеческие ресурсы. Эффективность их использования отражается в значениях основных показателей: затрат ресурсов, доходах академии от реализации платных услуг.

8.3.2 Планирование проектирования и разработки

При определении этапов и средств управления проектированием и разработкой, в ИвГМА рассматривается:

- а) характер, продолжительность и сложность работ по проектированию и разработке;
- б) требуемые стадии процесса, включая проведение применимых анализов проектирования и разработки;
- с) требуемые действия в отношении верификации и валидации проектирования и разработки;



- d) обязанности, ответственность и полномочия области проектирования и разработки;
- e) внутренние и внешние ресурсы, необходимые для проектирования и разработки;
- f) необходимость в управлении взаимодействиями между лицами, участвующими в процессе проектирования и разработки;
- g) необходимость вовлечения потребителей и пользователей в процесс корректирования и разработки;
- h) требования для последующего осуществления образовательной деятельности, научно-исследовательской и клинической работы;
- i) уровень управления процессом проектирования и разработки, ожидаемый потребителями и другими заинтересованными сторонами;
- j) документированную информацию, необходимую для демонстрации выполнения требований к проектированию и разработке.

Решение о проектировании и разработке новых услуг принимается высшим руководством ИвГМА на основе информации о требованиях потребителей, представленной проректору по учебной работе деканами факультетов и Центром менеджмента качества.

Порядок проектирования и разработки образовательных услуг по программам довузовской подготовки, ВО и последипломного образования определён в подпроцессах «Приемная кампания», «Проектирование и разработка ООП», «Последипломное образование». Порядок выполнения и управления деятельностью представлен в соответствующих документированных процедурах: СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП



02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП
ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование»,

Порядок определения требований и проектирования научно-исследовательской работы определён в документированной процедуре СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность».

Порядок определения требований и проектирования медицинских услуг определён в документированной процедуре СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа».

8.3.3 Входные данные для проектирования и разработки

ИвГМА определяет требования, имеющие важное значение для проектирования и разработки конкретного вида деятельности, рассматривая и анализируя:

- а) функциональные и эксплуатационные требования;
- б) информацию, полученную из предыдущей аналогичной деятельности по проектированию и разработке;
- в) законодательные и нормативные правовые требования;
- г) стандарты по основным видам деятельности;
- д) возможные последствия неудачи, связанной с реализацией основных видов деятельности.

В ИвГМА ведется регистрация и сохраняется документированная информация по входным данным проектирования и разработки.

Входные данные, относящиеся к требованиям к образовательной деятельности, определены в ДП жизненного цикла услуг СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон», СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных



образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование», а также в соответствующих разделах Книги процессов.

Описание процесса, информация о его потребителях и поставщиках, установленные требования к его входам и выходам, а также документированный порядок деятельности в рамках процесса приведены в Книге процессов и в документированных процедурах СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование», а также в соответствующих разделах Книги процессов.

Входные данные, относящиеся к требованиям к научно-исследовательской деятельности, определены в ДП жизненного цикла услуги СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность» и в соответствующих разделах Книги процессов.

Входные данные, относящиеся к требованиям к медицинским услугам, определены в ДП жизненного цикла услуги СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа» и Книге процессов.

8.3.4 Средства управления проектированием и разработкой

ИвГМА применяет средства управления процессом проектирования и разработки для обеспечения уверенности в том, что:



- a) результаты, которые должны быть достигнуты, определены;
- b) проведены анализы для оценивания способности результатов проектирования и разработки выполнить требования;
- c) проведены действия по верификации в целях обеспечения соответствия выходных данных проектирования и разработки входным требованиям к проектированию и разработке;
- d) проведены действия по валидации в целях обеспечения соответствия результатов образовательной и научно-исследовательской деятельности, клинической работы установленным требованиям;
- e) предприняты необходимые действия по выявленным проблемам в ходе анализа или верификации и валидации;
- f) документированная информация об этих действиях зарегистрирована и сохранена.

На соответствующих стадиях жизненного цикла услуги запланирован и проводится систематический анализ проекта и разработки в соответствии с запланированными мероприятиями, оценивание способности результатов проектирования и разработки удовлетворять требованиям потребителя, выявление любых проблем и внесение предложений по необходимым действиям. В анализе задействованы представители подразделений, участвующие на соответствующих этапах выполнения деятельности по процессам. Записи результатов анализа и всех необходимых действий поддерживаются в рабочем состоянии.

Порядок анализа проекта и разработки представлен во всех ДП по процессам жизненного цикла услуги.

Верификация проекта и разработки осуществляется в соответствии с запланированными мероприятиями, определёнными во всех ДП по процессам и подпроцессам жизненного цикла услуг. Верификация осуществляется, чтобы



удостовериться, что выходные данные проектирования и разработки соответствуют входным требованиям. Записи результатов верификации и всех необходимых действий поддерживаются в рабочем состоянии.

Валидация проекта и разработки осуществляется в соответствии с запланированными мероприятиями, которые указаны в ДП процессов и подпроцессов жизненного цикла услуги: СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон», СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование», СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность», СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа».

Валидация осуществляется в процессе взаимодействия с учредителем, работодателями, Рособорнадзором, заказчиками услуг и другими внешними потребителями результатов работы академии, чтобы удостовериться, что предоставленная в результате услуга соответствует установленным требованиям. Там, где это возможно, валидация осуществляется до окончания процесса оказания услуги.

8.3.5 Выходные данные проектирования и разработки

В ИвГМА обеспечивается, чтобы выходные данные проектирования и разработки:

- а) соответствовали входным требованиям;



- b) были адекватными для последующей реализации образовательной и научно-исследовательской деятельности, клинической работы;
- c) содержали требования к мониторингу и измерению, а также критерии результативности;
- d) определяли характеристики образовательной и научно-исследовательской деятельности, клинической работы, которые имеют важное значение для их целевого назначения, безопасного и надлежащего предоставления.

Документированная информация по выходным данным проектирования и разработки должным образом регистрируется и сохраняется.

Выходные данные проектирования и разработки в ИвГМА представлены в форме, подходящей для проведения верификации относительно входных требований к проектированию и разработке. Выходные данные проходят процедуру официального одобрения до их последующего использования в процессе оказания услуги. Порядок верификации выходных данных проектирования и разработки представлен в ДП по процессам жизненного цикла услуг: СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон», СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование», СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность», СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа».

Выходные данные проектирования и разработки соответствуют входным требованиям к проектированию и разработке, обеспечены соответствующей



информацией по удовлетворенности потребителей, процессу оказания услуги, содержат критерии приемки услуги или ссылки на них. В ДП по процессам жизненного цикла услуг также определены характеристики услуги, существенные для ее безопасного и правильного оказания потребителям.

8.3.6 Изменения проектирования и разработки

ИвГМА идентифицирует, анализирует и управляет изменениями, сделанными во время или после проектирования и разработки образовательной и научно-исследовательской деятельности, клинической работы в той степени, которая необходима для обеспечения исключения негативного влияния на соответствие требованиям.

В ИвГМА должным образом регистрируется и сохраняется документированная информация по:

- a) изменениям проектирования и разработки;
- b) результатам анализов;
- c) санкционированию изменений;
- d) действиям, предпринятым для предотвращения неблагоприятного влияния.

Изменения проекта и разработки в ИвГМА идентифицированы, а документированная информация поддерживается в рабочем состоянии. Изменения анализируются и верифицируются в соответствии с контрольными мероприятиями и методами определёнными во всех ДП по процессам жизненного цикла услуг. Изменения проекта и разработки валидированы соответствующим образом, а также одобрены до того, как будут применены персоналом учреждения в процессе выполнения деятельности. Анализ изменений проекта и разработки включает оценку влияния изменений на составные части и уже оказанные услуги. Документированная информация результатов анализа изменений и любых необходимых действий поддерживаются в рабочем состоянии.



8.4 Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками

8.4.1 Общие положения

К закупкам в ИвГМА относятся:

- деятельность по организации и проведению приемной компании при наборе абитуриентов по программам ВПО, а также набор слушателей на программы довузовской подготовки, дополнительного и послевузовского профессионального образования;
- деятельность, связанная с приобретением товаров работ и услуг, необходимых для ресурсного обеспечения работы академии.

В ИвГМА обеспечивается соответствие поставляемых внешними поставщиками продукции и услуг установленным требованиям. Определены и применяются критерии оценки, выбора, мониторинга результатов деятельности, а также повторной оценки внешних поставщиков, исходя из их способности поставлять продукцию и услуги в соответствии с требованиями. Документированная информация об этих действиях должным образом регистрируется и сохраняется.

Для управления процессом проведения приемной компании (организации мероприятий, выездов в школы и пр.), в академии идентифицирован процесс «Приёмная компания», который регламентируется в СМК ДП ОП 02.02/РК 07 «Приемная кампания».

Процесс закупок товаров, работ и услуг в ИвГМА регламентируется в рамках процесса «Закупки», представленного процедурой СМК ДП ПП 01/РК 07 «Закупки».



Закупки товаров, работ и услуг осуществляются двумя способами: через торги (аукцион), либо непосредственно у поставщика. К числу покупных изделий и услуг относятся: материалы, мебель, энергия, оборудование, персональные компьютеры, программное обеспечение, оргтехника, услуги сторонних специалистов в различных областях деятельности.

Оценка и выбор поставщиков осуществляется в несколько этапов:

- поиск потенциальных поставщиков (объявление конкурса, изучение рекламных материалов);
- анализ потенциальных поставщиков (по критериям: качество, надежность, цена, удаленность от академии, сроки выполнения заказов);
- оценка результатов работы с поставщиками.

До формирования заказа на продукцию (услугу) специалисты ИвГМА устанавливают требования к заказываемой продукции. Определяются точные характеристики, которым должна соответствовать приобретаемая продукция (услуга). Порядок работы с требованиями к закупаемым товарам, работам и услугам определен в процедуре СМК ДП ПП 01/РК 07 «Закупки».

Приобретенная продукция (услуга) сопоставляются с первоначальными требованиями, чтобы убедиться в том, что получено действительно то, что заказано. Полученная информация является основой при заказах в дальнейшем, а также для корректирующих и предупреждающих действий. Порядок верификации закупаемых товаров, работ и услуг определен в процедуре СМК ДП ПП 01/РК 07 «Закупки».

8.4.2 Тип и степень управления

ИвГМА обеспечивает, чтобы продукция и услуги, поставляемые внешними поставщиками, не оказывали негативного влияния на способность реализо-



вывать образовательную, и научно-исследовательскую деятельность и клиническую работу. Для этого ИвГМА:

- а) обеспечивает, чтобы процессы, поставляемые внешними поставщиками, находились под управлением ее системы менеджмента качества;
- б) определяет средства управления, которые планируется применить как в отношении внешнего поставщика, так и к поставленным им результатам;
- с) учитывает:
 - 1) возможное влияние поставляемых внешними поставщиками продукции и услуг на способность ИвГМА постоянно обеспечивать соответствие требованиям потребителей и применимым законодательным и нормативным правовым требованиям;
 - 2) результативность средств управления, применяемых внешним поставщиком;
- д) определяет верификацию или другие действия, необходимые для обеспечения соответствия поставляемых внешними поставщиками продукции и услуг установленным требованиям.

ИвГМА гарантирует требуемое потребителями качество предоставляемых услуг, посредством предъявления высоких требований к квалификации и опыту персонала, постоянного мониторинга образовательной, научно-исследовательской и клинической деятельности, применением конкретных методов и процедур, наличием соответствующих записей.

8.4.3 Информация, предоставляемая внешними поставщиками

ИвГМА обеспечивает достаточность требований до их сообщения поставщику. В связи с этим, поставщикам сообщаются требования, относящиеся:

- а) к поставляемым продукции и услугам;



b) одобрению:

- 1) продукции и услуг;
 - 2) методов, процессов, оборудования,
 - 3) выпуска продукции и услуг;
- c) к компетентности персонала, включая любые требуемые меры подтверждения квалификации;
- d) взаимодействию внешнего поставщика с ИвГМА;
- e) применяемым ИвГМА управлению и мониторингу результатов деятельности поставщика;
- f) деятельности по верификации и валидации, которые ИвГМА предполагает осуществлять.

8.5 Производство продукции и предоставление услуг

8.5.1 Управление производством продукции и предоставлением услуг

В ИвГМА планируется и реализуется образовательная, научно-исследовательская деятельность и клиническая работа в управляемых условиях. Управляемые условия включают:

- a) доступность документированной информации, определяющей:
- 1) характеристики образовательной, научно-исследовательской деятельности и клинической работы;
 - 2) результаты, которые должны быть достигнуты;
- b) доступность и применение ресурсов, подходящих для осуществления мониторинга и измерений;
- c) осуществление деятельности по мониторингу и измерению на соответствующих этапах в целях верификации соответствия процессов и их выходов



критериям управления, а также соответствия всех видов деятельности установленным требованиям потребителей;

- d) применение соответствующей инфраструктуры и среды для функционирования процессов;
- e) наличие компетентного персонала, включая любую требуемую квалификацию;
- f) валидацию и периодическую повторную валидацию способности процессов образовательной, научно-исследовательской деятельности и клинической работы достигать запланированных результатов в тех случаях, когда конечный результат не может быть верифицирован последующим мониторингом или измерением;
- g) выполнение действий с целью предотвращения ошибок, связанных с человеческим фактором;
- h) осуществление выпуска.

8.5.2 Идентификация и прослеживаемость

Идентификация результатов образовательного процесса, научно-исследовательской и клинической работы осуществляется посредством промежуточного и итогового контроля. Порядок идентификации определён во всех документированных процедурах жизненного цикла услуг.

Идентификация результатов регистрируется и сохраняемая документированная информация обеспечивает прослеживаемость.

8.5.3 Собственность потребителей или внешних поставщиков

Собственностью потребителя при оказании образовательной услуги являются документы, предоставляемые обучающимися, которые хранятся в личных делах.



Собственностью потребителя при осуществлении научно-исследовательской деятельности является информация и документация, предоставляемая для целей заказных НИР.

ИвГМА идентифицирует, верифицирует, сохраняет и защищает, а также обеспечивает конфиденциальность собственности потребителя, предоставленную для хранения или использования. В случае, когда собственность потребителя утеряна, повреждена или признана непригодной для использования, ИвГМА уведомляет об этом потребителя, регистрирует и сохраняет документированную информацию о произошедшем.

Порядок идентификации, верификации, защиты и обеспечения конфиденциальности показан в процедурах жизненного цикла услуг СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность».

8.5.4 Сохранение

Сохранение соответствия услуги в ИвГМА применяется к материальным видам продукции, к которым относятся:

- выпускные квалификационные работы обучающихся, анкеты выходного тестирования слушателей;
- программы и планы обучения, учебно-методические, дидактические и информационные материалы,
- программные средства;
- отчеты по учебной, научно-исследовательской и клинической деятельности.

В академии определены места хранения данных видов продукции, исключающие повреждения, порчу или неправильное использование.



8.5.5 Деятельность после поставки

ИвГМА содействует трудоустройству студентов и выпускников, развивает взаимоотношения с департаментами здравоохранения регионов и местными администрациями, лечебными учреждениями с целью подготовки условий для трудоустройства выпускников.

При определении объема требуемой деятельности после поставки ИвГМА рассматривает:

- а) законодательные и нормативные правовые требования;
- б) потенциальные нежелательные последствия, связанные с реализацией образовательной, научно-исследовательской деятельности и клинической работы;
- с) характер, использование и предполагаемое время соответствия результатов осуществляемой деятельности установленным требованиям;
- д) требования потребителей;
- е) обратную связь с потребителем.

Документированная процедура СМК ДП ОП02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников» устанавливает общие требования к процессу содействия трудоустройству выпускников и порядок выполнения работ.

При выполнении НИР деятельность после поставки регламентируется договором и актом выполненных работ, заключаемыми между Заказчиком и ИвГМА.

8.5.6 Управление изменениями

В ИвГМА внедрены результативные и эффективные методы (мониторинг и измерения), используемые для обеспечения соответствия предоставляемой услуги установленным требованиям потребителей и других заинтересованных



сторон. С этой целью используются процедуры текущей, промежуточной и государственной итоговой аттестации обучающихся, отчеты по учебной, научно-исследовательской и клинической деятельности, анкетирование пациентов, регулярный мониторинг законодательные и нормативно-правовые и др.

8.6 Выпуск продукции и услуг

В ИвГМА определены и внедрены запланированные мероприятия на соответствующих этапах в целях верификации выполнения требований к качеству образования, клинической работе, др. видов работ.

Выпуск обучающихся не происходит до окончания реализации всех запланированных мероприятий с удовлетворительными результатами.

ФГБОУ ВО ИвГМА регистрирует и сохраняют документированную информацию о выпуске обучающихся, выписке пациентов. Документированная информация включает:

- а) свидетельства, демонстрирующие соответствие требованиям ФГОС (ВО);
- б) прослеживаемость в отношении должностных лиц, ответственных за проведение итоговой аттестации.

Осуществление образовательной деятельности и присвоение степеней и квалификаций выпускникам происходит в строгом соответствии с действующим нормативными документами. Промежуточная верификация выполнения требований к образовательным услугам осуществляется в рамках промежуточной аттестации обучающихся. Итоговая верификация реализуется на этапе государственной итоговой аттестации обучающихся. Документированная информация о верификациях регистрируется, хранится в соответствии с действующей номенклатурой дел.



8.7 Управление несоответствующими результатами процессов

8.7.1 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России обеспечивает идентификацию и управление результатами процессов, которые не соответствуют требованиям, в целях предотвращения их непредназначенного использования.

ИвГМА предпринимает соответствующие действия, исходя из характера несоответствия и его влияния на качество образования, клинической работы.

ИвГМА предпринимает соответствующие действия, исходя из характера несоответствия и его влияния на качество образования, клиническую работу:

- а) коррекцию;
- б) приостановку образовательного процесса;
- с) информирование обучающихся, пациентов.

8.7.2 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России регистрирует и сохраняет документированную информацию:

- а) описывает несоответствие;
- б) описывает предпринятые действия;
- с) указывает полномочный орган/ и или лицо, принимающее решение о действии в отношении несоответствия.

Деятельность по управлению несоответствующими результатами процессов в ИвГМА регламентируется СМК ДП СП03/РК10 «Управление несоответствиями. Корректирующие действия».

Реализуется управление следующими видами несоответствий:

- несоответствие при наборе обучающихся (по количеству, по исходному уровню образования);



- несоответствие материально-технического обеспечения и обеспечения учебного процесса современным методам преподавания, санитарно-техническим нормам, государственным нормам и требованиям к оборудованию помещений;

- несоответствие учебно-методического обеспечения учебного процесса содержанию программы, современному уровню качества материала;

- несоответствие квалификации персонала квалификационным требованиям;

- недостаточность материалов и услуг или их неадекватность соответствующим инструкциям и требованиям потребителей;

- дефекты системы менеджмента качества;

- неадекватные и неэффективные средства контроля;

- несоответствие требованиям по аккредитации;

- другие возможные несоответствия услуги и/или продукции а также несоответствия в деятельности.

Установление факта несоответствий возможно на основании следующих источников: информации (рекламации) потребителей и других заинтересованных сторон; результатов внутренних аудитов СМК; по результатам самооценки академии; по результатам внешнего аудита академии в ходе комплексной проверки, сертификации и инспекционной проверки; на основе анализа СМК со стороны руководства.



9 Оценка результатов деятельности

9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценка

9.1.1 Общие положения

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России определяет:

- а) что подлежит мониторингу и измерениям;
- б) методы мониторинга, измерения, анализа и оценки, необходимые для обеспечения достоверных результатов;
- с) когда проводится мониторинг и измерения;
- д) когда результаты мониторинга и измерений будут проанализированы и оценены.

ИвГМА оценивает результаты деятельности и результативности системы менеджмента качества. ИвГМА регистрирует и сохраняет соответствующую документированную информацию как свидетельство полученных результатов.

9.1.2 Удовлетворенность потребителей

Оценка степени удовлетворенности потребителей качеством оказания образовательных услуг осуществляется в рамках процесса «Анализ удовлетворенности потребителя». Способом сбора информации об удовлетворенности обучающихся является проведение опросов и анкетирования. Кроме того, рассматриваются жалобы и претензии обучающихся по различным вопросам. Осуществляется сбор информации у работодателей, оценивающих деловые, профессиональные качества выпускников академии и их способность к решению практических задач.

По результатам анкетирования сотрудником ЦМК составляется отчет. Результаты анализа являются основой для проведения корректирующих и предупреждающих мероприятий. Они влияют на принятие решений высшим руко-



водством об открытии новых образовательных программ, изменении учебных планов и программ дисциплин.

Порядок анализа удовлетворённости потребителей представлен в процедурах жизненного цикла услуг СМК ДП ОП 01/РК 08/09 «Анализ требований и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон», СМК ДП ОП 02.01/РК 08 «Проектирование и корректировка основных образовательных программ», СМК ДП ОП 02.02/РК 08 «Приемная кампания», СМК ДП ОП 02.03/РК 08 «Подготовка учебного процесса», СМК ДП ОП 02.04/РК 08 «Реализация учебного процесса и анализ результатов», СМК ДП ОП 02.05/РК 08 «Содействие трудоустройству выпускников», СМК ДП ОП 02.06/РК 08 «Воспитательная работа», СМК ДП ОП 02.07/РК 08 «Последипломное образование», СМК ДП ОП 03/РК 08 «Научно-исследовательская деятельность», СМК ДП ОП 04/РК 08 «Клиническая работа».

9.1.3 Анализ и оценка

ИвГМА анализирует и оценивает соответствующие данные и информацию, полученную в ходе мониторинга и измерения.

Результаты анализа используются для оценки:

- а) соответствия качества образования, клинической работы и др. видов работ;
- б) степени удовлетворенности потребителей;
- с) результатов деятельности и результативности системы менеджмента качества;
- д) успешности планирования;
- е) результативности действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей;
- ф) потребности в улучшениях системы менеджмента качества.



Измерение основных процессов в ИвГМА осуществляются преимущественно по отклонениям, то есть управляющие воздействия реализуются по мере возникновения проблем (отклонений от запланированных результатов).

По учебной, научно-исследовательской и клинической деятельности после реализации каждого этапа, полученные результаты сопоставляются с запланированными, соотносятся с требованиями потребителей и стратегическими решениями. По результатам анализа может быть вынесено одно из трех решений:

- не предпринимать никаких корректирующих мер;
- предпринять меры, направленные на устранение отклонения и причин его породивших;
- пересмотреть цели и критерии, выбранные для анализа (в случае, если они оказались нереалистичными).

Мониторинг и измерение услуг по подготовке специалистов, оказанию медицинских услуг, проведению научных исследований и разработок осуществляются на всех стадиях их реализации в соответствии с алгоритмами их осуществления, прописанными в соответствующих документированных процедурах и Книге процессов, что сопровождается соответствующими выводами. При необходимости разрабатываются действия по коррекции, корректирующие и предупреждающие действия. Основным объектом анализа являются выходы подпроцессов соответственно являющиеся входами для других подпроцессов, а также промежуточные результаты.



9.2 Внутренний аудит

9.2.1 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России проводит внутренние аудиты через запланированные интервалы времени для получения информации. что система менеджмента качества:

а) соответствует:

- 1) собственным требованиям организации к ее системе менеджмента качества;
- 2) требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

б) результативно внедрена и функционирует.

Порядок проведения внутренних аудитов в ИвГМА определен в документированной процедуре СМК ДП СП 02/РК 09 «Внутренний аудит».

9.2.2 ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России:

- а) планирует, разрабатывает, реализует и поддерживает в актуальном состоянии программу (мы) аудитов, включая периодичность и методы проведения аудитов, а также ответственность, планируемые для проверки требования и предоставление отчетности. Программа(мы) аудитов разрабатываются с учетом важности проверяемых процессов, изменений, оказывающих влияние на организацию и результаты предыдущих аудитов;
- б) определяет критерии аудита и область проверки для каждого аудита;
- с) отбирает аудиторов и проводит аудиты так, что обеспечена объективность и беспристрастность процесса аудита;
- д) обеспечивает передачу информации о результатах аудитов соответствующим руководителям;
- е) осуществляет соответствующую коррекцию и корректирующие действия без необоснованной задержки;



- f) регистрирует и сохраняет документированную информацию как свидетельство реализации программы аудитов и полученных результатов аудитов.

Внутренние аудиты проводятся в соответствии с программой внутренних аудитов. Интервал проведения аудитов определяется потребностью СМК. Выбор аудиторов и проведение проверок осуществляются исходя из принципов объективности и беспристрастности. Записи по внутренним аудитам поддерживаются в рабочем состоянии.

Результаты аудитов являются основанием для устранения обнаруженных несоответствий и причин их вызвавших. Предпринятые меры в дальнейшем подвергаются верификации.

9.3 Анализ со стороны руководства

9.3.1 Общие положения

Анализ СМК ИвГМА проводится высшим руководством по результатам отчётного периода до 30 декабря каждого года и перед началом каждого внешнего аудита (сертификационного, надзорного или ресертификационного), но не реже 1 раза в год.

9.3.2 Входные данные анализа со стороны руководства

Анализ со стороны руководства планируется и включает в себя рассмотрение:

- a) статуса действий по результатам предыдущих анализов со стороны руководства;
- b) изменений во внешних и внутренних факторах, касающихся системы менеджмента качества;
- c) информации о результатах деятельности и результативности системы менеджмента качества, включая тенденции, относящиеся:



- 1) к удовлетворённости потребителей и отзывам соответствующих заинтересованных сторон;
 - 2) степени достижения целей в области качества;
 - 3) показателям процессов и соответствию образования, клинической работы;
 - 4) несоответствиям и корректирующим действиям;
 - 5) результатам мониторинга измерений;
 - 6) результатам аудитов;
 - 7) результатам деятельности внешних поставщиков;
- d) достаточности ресурсов;
- e) результативности действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей;
- f) возможностям улучшения.

9.3.3 Выходные данные анализа со стороны руководства

Выходные данные анализа со стороны руководства включают в себя решения и действия, относящиеся:

- a) к возможностям для улучшения;
- b) любым необходимым изменениям системы менеджмента качества;
- c) потребности в ресурсах.

ИвГМА регистрирует и сохраняют документированную информацию как свидетельство результатов анализа со стороны руководства.



10 Улучшение

10.1 Общие положения

ИвГМА определяет и выбирает возможности для улучшения и осуществляет необходимые действия для выполнения требований потребителя и повышения их удовлетворенности. Это включает:

- а) улучшение образовательной, научно-исследовательской деятельности и клинической работы в целях выполнения требований, а также учета будущих потребностей и ожиданий;
- б) коррекцию, предотвращение или снижение влияния нежелательных воздействий;
- с) улучшение результатов деятельности и результативности системы менеджмента качества.

10.2 Несоответствия и корректирующие действия

10.2.1 При появлении несоответствий, в том числе связанных с претензиями, ИвГМА:

- а) реагирует на данное несоответствие, насколько это применимо:
 - 1) предпринимает действия по управлению и коррекции выявленного несоответствия;
 - 2) предпринимает действия в отношении последствий данного несоответствия;
- б) оценивает необходимость действий по устранению причин данного несоответствия с тем, чтобы избежать его повторного появления или появления в другом месте посредством:
 - 1) анализа несоответствия;



- 2) определения причин, вызвавших появление несоответствия;
- 3) определения наличия аналогичного несоответствия или возможности его возникновения где-либо еще;
- с) выполняет все необходимые действия;
- d) анализирует результативность каждого предпринятого корректирующего действия;
- e) актуализирует по возможности риски и возможности, определенные в ходе планирования;
- f) вносит при необходимости изменения в систему менеджмента качества.

Корректирующие действия соответствуют последствиям выявленных несоответствий.

10.2.2 В ИвГМА регистрируется и сохраняется документированная информация как свидетельство:

- a) характера выявленных несоответствий и последующих предпринятых действий;
- b) результатов всех корректирующих действий.

Деятельность по управлению несоответствиями и порядок реализации корректирующих действий в ИвГМА регламентируется документированной процедурой СМК ДП СП 03/РК 10 «Управление несоответствиями. Корректирующие действия».

10.3 Постоянное улучшение

В ИвГМА постоянного улучшается пригодность, адекватность и результативность системы менеджмента качества посредством использования Политики и целей в области качества, результатов аудитов, анализа данных, корректирующих и предупреждающих действий, анализа со стороны руководства.



В ИвГМА рассматриваются результаты анализа и оценки, выходные данные анализа со стороны руководства, чтобы определить, имеются ли потребности и возможности, требующие рассмотрения в качестве мер по постоянному улучшению.

Руководством анализируются данные различных источников как для оценки деятельности в сравнении с планами, целями и другими определенными задачами, так и для определения областей для улучшения, включая возможные выгоды для заинтересованных сторон.

Решения основываются на фактах, на результатах логического анализа, опыта и интуиции.

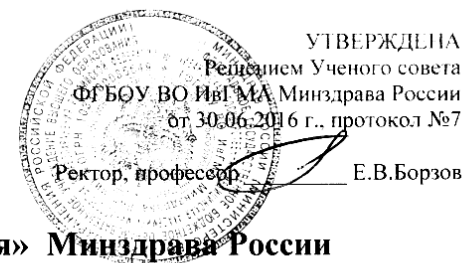
Анализ данных позволяет установить первопричину существующих и потенциальных проблем и способствует принятию решений по корректирующим и предупреждающим действиям, требующимся для улучшения.

Результаты такого анализа используются учреждением для определения:

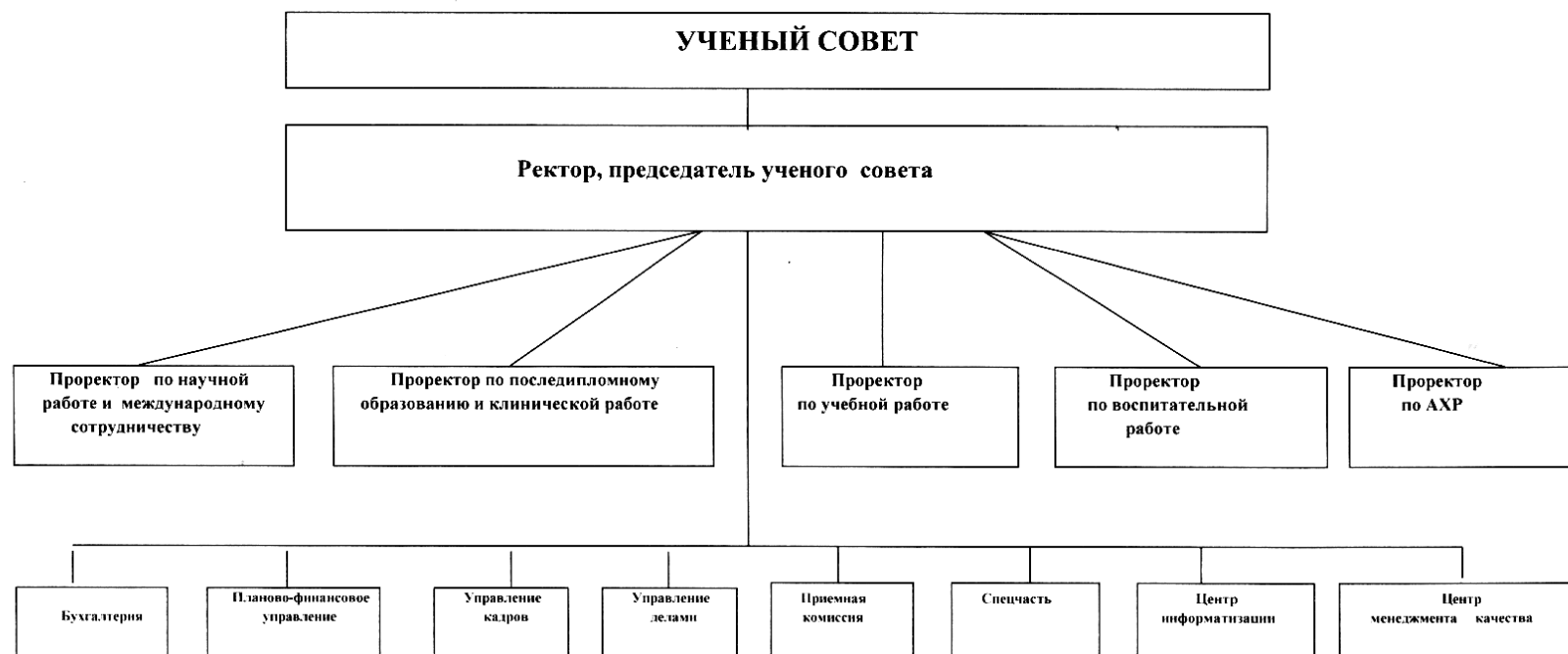
- тенденций развития вуза;
- удовлетворенности потребителей;
- удовлетворенности других заинтересованных сторон;
- результативности и эффективности процессов;
- вклада поставщиков;
- успешного достижения целей по улучшению деятельности;
- экономических аспектов качества, финансовых и рыночных показателей;
- сравнимости своей деятельности с лучшими достижениями;
- конкурентоспособности.

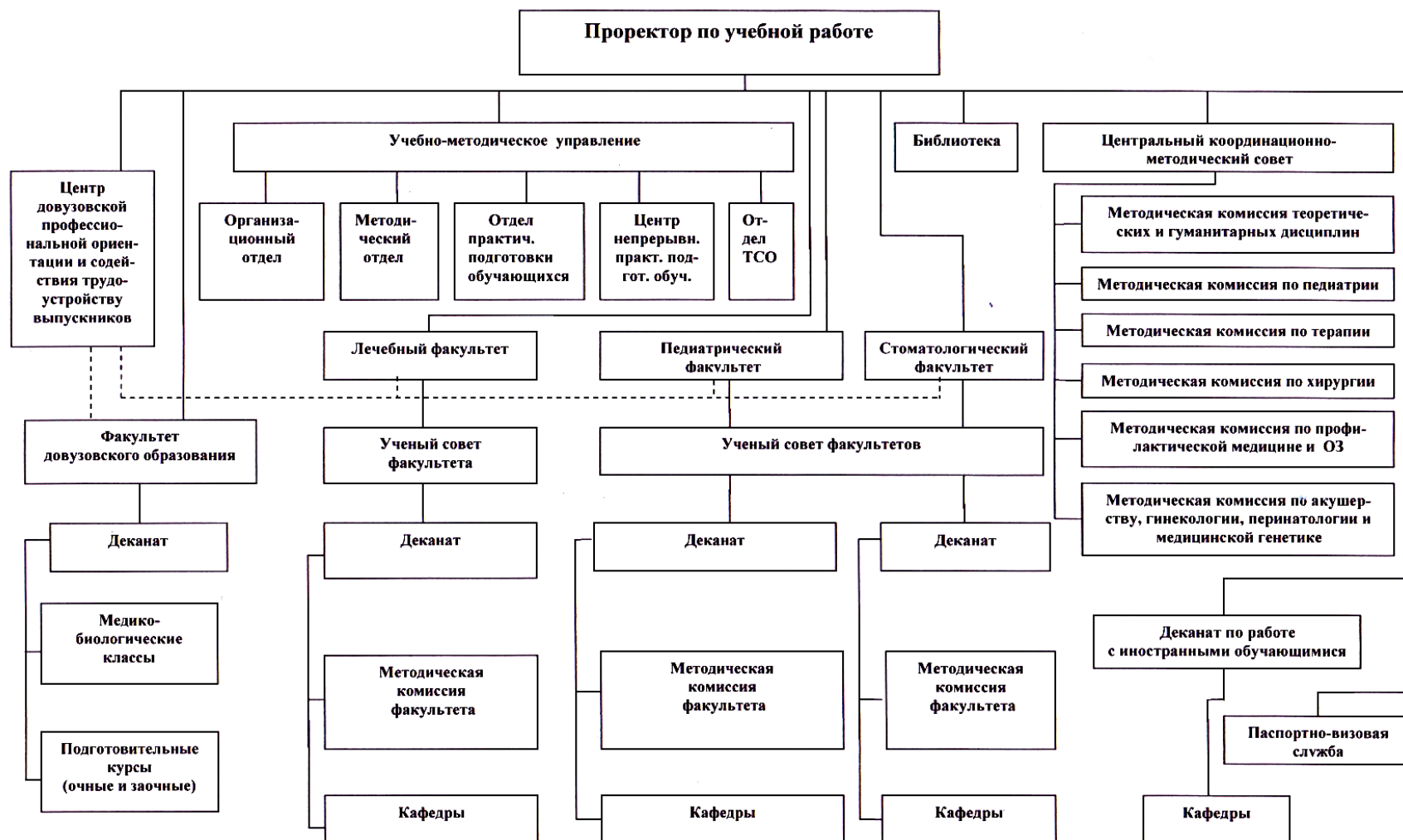


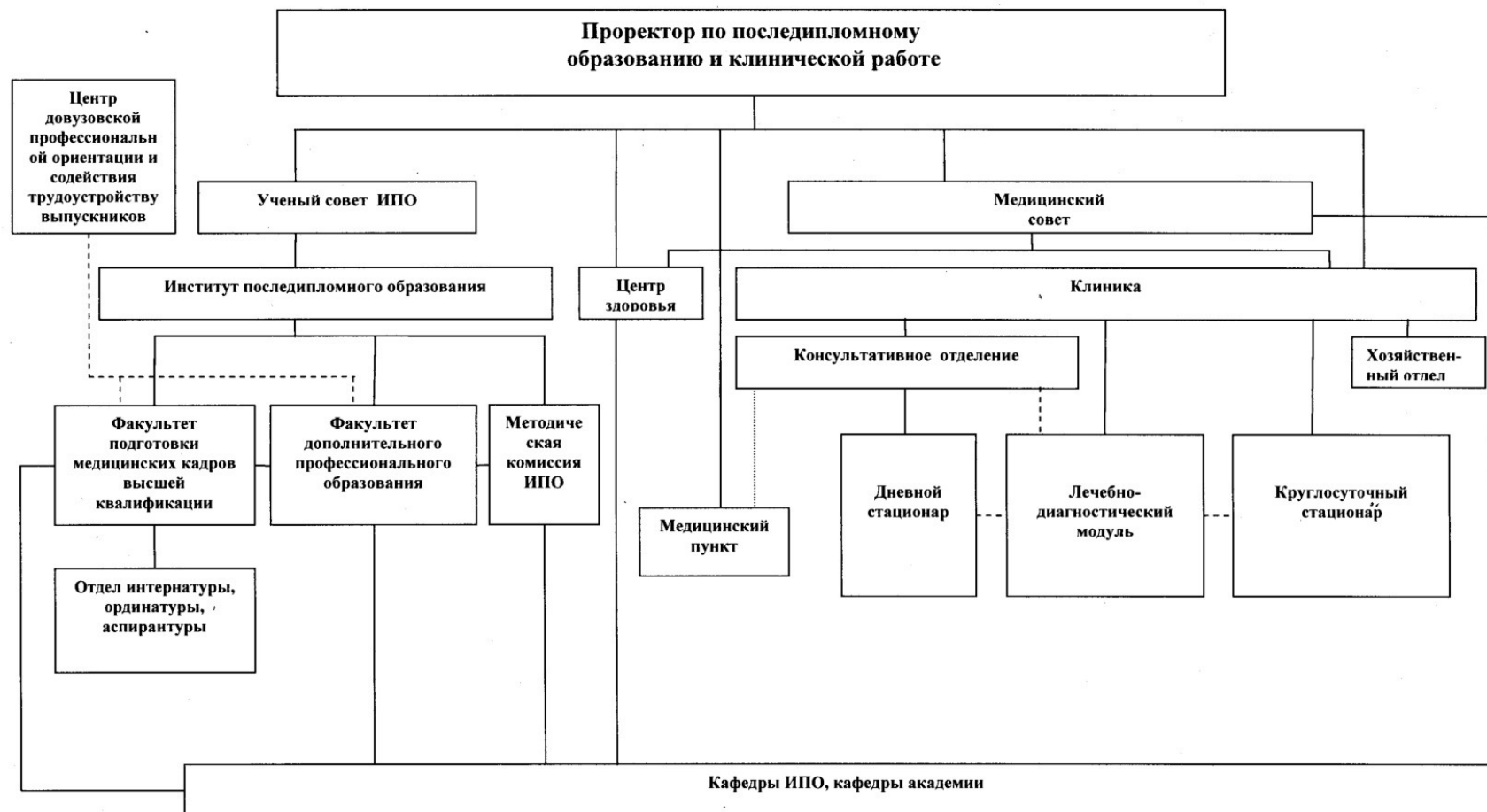
Приложение 1
Организационная структура ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России



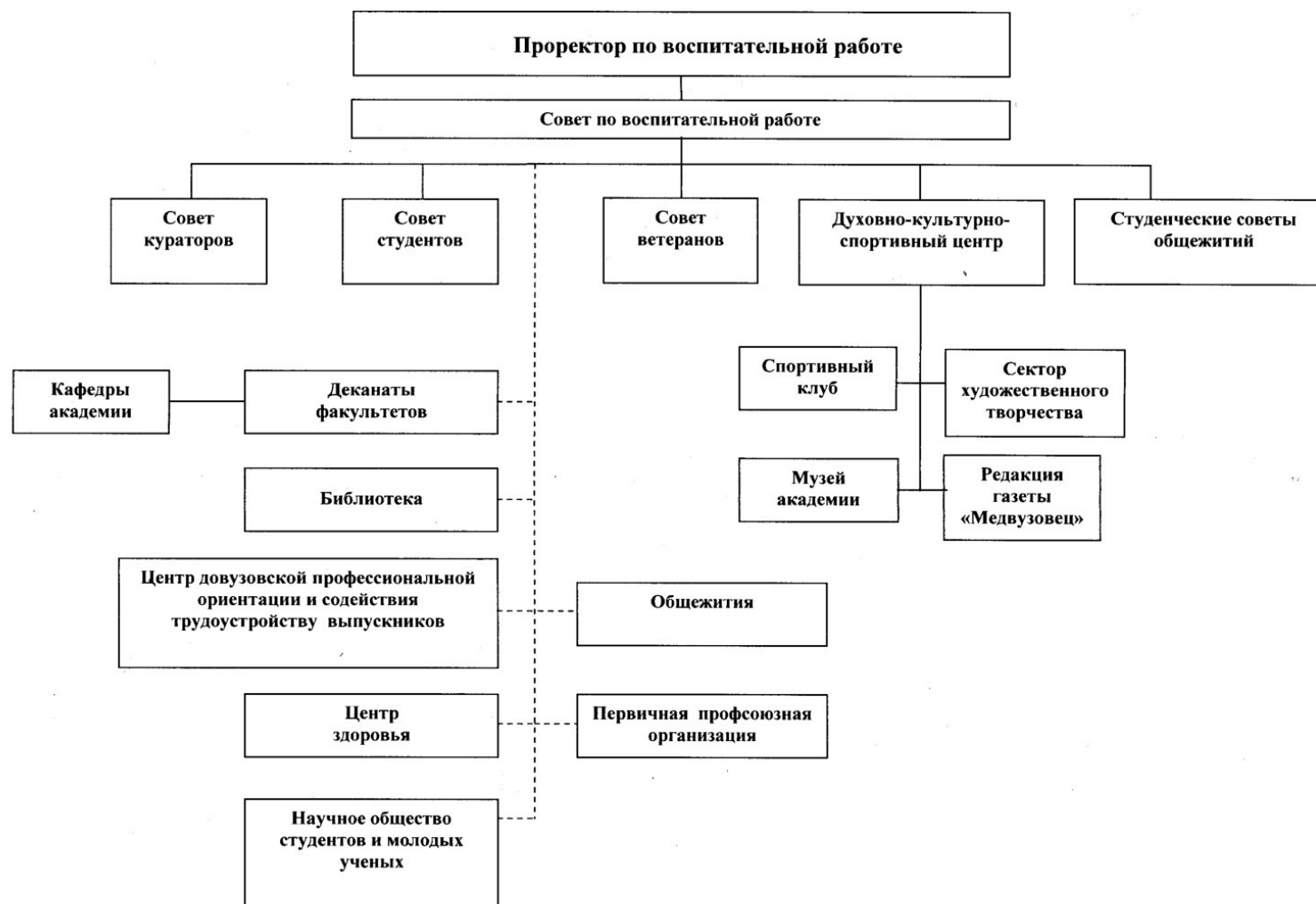
СТРУКТУРА
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России















Лист согласования

Представитель высшего руководства ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава РФ	28.11.17	И.Е. Мишина
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Согласовано:		
Проректор по НР и МС	28.11.17	И.К. Томилова
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Проректор по ПО и КР	28.11.17	В.В. Полозов
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Проректор по воспитательной работе	28.11.17	С.В. Диндяев
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Проректор по АХР	28.11.17	В.П. Якубин
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Ведущий юрисконсульт	28.11.17	Л.В. Грабовенко
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Начальник УМУ	28.11.17	Е.Н. Копышева
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Помощник ректора по информационному менеджменту	28.11.17	С.К. Иванов
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Главный врач клиники	28.11.17	Н.Н. Пануева
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Начальник ПФУ	28.11.17	Т.В. Михайленкова
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Главный бухгалтер	28.11.2017	О.Н. Киселева
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Начальник управления кадров	28.11.2017	Г.Л. Капустина
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Декан лечебного факультета	28.11.2017	Н.А. Куликова
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Декан педиатрического факультета	28.11.2017	О.И. Вотякова
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Декан стоматологического факультета	28.11.17	О.В. Холмогорская
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Декан по РИО	28.11.17	Е.С. Федосеева
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Декан факультета довузовского образования	28.11.17	И.С. Сесорова
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Декан факультета ПМКВК	28.11.2017	М.Н. Уткина
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
И.о. декана факультета ДПО	28.11.2017	Н.Л. Карпук
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Директор библиотеки	28.11.2017	Л.В. Сумачева
должность	дата, подпись	инициалы и фамилия
Начальника Центра информатизации	28.11.2017	В.Р. Марковнин



Начальник РИО

должность

28.11.2017

дата, подпись

С.Г. Малыгина

С.Г. Малыгина

инициалы и фамилия

Ответственный секретарь приемной комиссии

должность

дата, подпись

В.Л. Стародумов

В.Л. Стародумов

инициалы и фамилия

Директор ЦДПО и СТВ

должность

28.11.2017

дата, подпись

А.В. Мальков

А.В. Мальков

инициалы и фамилия



Лист регистрации изменений

№ изменения	Идентификационный номер документа, номер страницы	Содержание изменения	Подпись ответ- ственного, кото- рый внес изме- нение	Дата утвер- ждения до- кумента

[illegible]

Стр.89/89