



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 1 из 69

Утверждено
приказом Ректора
РГП на ПХВ «ВШОЗ»
МЗСР РК
№ 22-Ө от «23» февраля 2015 года

ДОКУМЕНТИРОВАННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАЧЕСТВА:

Управление документацией
Управление записями
Внутренний аудит
Управление несоответствиями
Корректирующие и предупреждающие действия
Анализ со стороны руководства

Согласовано:

Должность	Подпись	ФИО
Проректор по учебной и научной работе		Е.С. Утеулиев
Проректор по организационно-экономической работе		Ж.Г. Абеуов
Проректор по стратегическому развитию и международным связям		А.Б. Молдагасимова
Представитель руководства по качеству		К.Б. Шегирбаева

Срок действия документа: С «23» февраля 2015 года По «23» февраля 2016 года Продлен До «___» _____ 201__ года	Статус: <u>Действующий</u> Устаревший	Редакция № 4 Экз. № <u>4</u> Копия № <u>4</u> (подпись ответственного за управление документацией при рассылке)
---	---	--



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 2 из 69

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Документированная процедура качества Управление документацией.....3 - 20
2. Документированная процедура качества Управление записями.....21-30
3. Документированная процедура качества Внутренний аудит.....31-46
4. Документированная процедура качества Управление несоответствиями.....47-54
5. Документированная процедура качества Корректирующие и
предупреждающие действия.....55-62
6. Документированная процедура качества Анализ со стороны руководства.....63-69



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 3 из 69

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА
УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ**

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 4 из 69

СОДЕРЖАНИЕ:

1	Общие положения.....	5
2	Нормативные ссылки.....	5
3	Термины и определения.....	5
4	Обозначения и сокращения.....	5
5	Виды документации.....	5
6	Требования к оформлению документов СМК.....	7
7	Распределение ответственности и полномочий должностных лиц при разработке, согласовании, утверждении, рассылке, актуализации и изменении внутренних документов.....	9
8	Управление внешними документами	12
9	Управление законодательными и нормативными документами Республики Казахстан, регламентирующими деятельность организации и внутренними нормативными документами ВШОЗ.....	13
10	Оценка результативности управления документацией СМК.....	13
11	Конфиденциальность.....	13
12	Лист регистрации изменений.....	14
13	Лист ознакомления.....	15
14	Приложения.....	16
	Форма № 1 Титульного листа внутреннего нормативного документа СМК.....	16
	Форма № 2 Перечень действующих нормативных документов СМК	17
	Форма № 3 Журнала рассылки нормативных документов СМК	18
	Форма № 4 Перечень внутренних нормативных документов ВШОЗ	19
	Форма № 5 Перечень законодательных и нормативных документов, регламентирующих деятельность процесса/подразделения.....	20

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 5 из 69

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Документированная процедура качества по управлению документацией устанавливает структуру и состав документации системы менеджмента качества (далее – СМК) в Высшей Школе Общественного Здравоохранения (далее – ВШОЗ), а также единый порядок её разработки, согласования, утверждения, учета, рассылки, хранения, изменения и ответственных исполнителей этих работ.

1.2 Целью данной процедуры является обеспечение рационального управления документацией СМК и использование её актуальных версий.

1.3 Настоящая процедура является внутренним нормативным документом для сотрудников всех подразделений ВШОЗ.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Процедура разработана на основании следующих стандартов ИСО и нормативных документов:

МС ИСО 9000	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
МС ИСО 9001	Системы менеджмента качества. Требования
МС ИСО 9004	Системы менеджмента качества. Устойчивое развитие
СТ РК 1157	Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования.
Постановление Правительства РК от 21.12.2011г. № 1570	Об утверждении Типовых правил документирования и управления документацией в государственных и негосударственных организациях

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины и определения, используемые в данной процедуре, приведены в стандарте ИСО 9000 и Словаре терминов и определений системы менеджмента качества, используемых в ВШОЗ.

4 ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ИСО	–	Международная организация по стандартизации;
МС	–	Международный стандарт;
ДПК	–	Документированная процедура качества;
ПРК	–	Представитель руководства по качеству;
РпК	–	Руководство по качеству;
СМК	–	Система менеджмента качества.

5 ВИДЫ ДОКУМЕНТАЦИИ

Внутренняя документация СМК включает:

- Политика и цели ВШОЗ в области качества;
- Руководство по качеству;
- документированные процедуры качества (далее - ДПК);
- управленческая документация (организационная структура, штатное расписание, матрицы ответственности, методические инструкции, рабочие инструкции, положения о структурных подразделениях и др.)
- записи (журналы, отчеты, акты и др.)

Внешняя документация представлена:

- нормативные документы (МС ИСО 9001, Законы и Постановления Правительства Республики Казахстан, нормативные документы Министерства образования и науки Республики

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 6 из 69

Казахстан, Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, регламентирующие сферы деятельности высших медицинских образовательных учреждений);

– информационные документы (документы, издания, материалы, которые не устанавливают обязательных требований к услугам высших медицинских образовательных учреждений, но используются при их предоставлении в качестве справочных).

Структура документации СМК представлена на рисунке 1 и состоит из пяти уровней:

Первый уровень – составляет документация по управлению качеством со стороны руководства ВШОЗ. К ней относятся – политика и цели в области качества, руководство по качеству.

Второй уровень – составляют документы по управлению со стороны персонала и подразделяются на две подгруппы:

- ДП, обязательные для ВШОЗ в соответствии с требованиями стандарта ИСО 9001:2008 – управление документацией, управление записями, внутренние аудиты, управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия.
- ДП, применяемые в ВШОЗ и включающие процедуры по управлению определенным видом деятельности, методические инструкции, рабочие инструкции для осуществления конкретных процессов, например: инструкция по делопроизводству, рабочая инструкция менеджера по кадрам и др.

Документы второго уровня позволяют на всех уровнях управления ВШОЗ:

- устанавливать порядок взаимодействия подразделений и должностных лиц;
- распределять полномочия и ответственность;
- осуществлять управление кадровыми, материальными и информационными ресурсами.

Третий уровень – составляют документы, обеспечивающие качество управления и деятельности ВШОЗ. К ним относятся правовые, организационно-правовые и организационно-распорядительные, внешние и внутренние нормативно-методические документы.

Правовая документация – документы органов власти, управления, контроля и надзора – Кодексы и Законы РК, Указы Президента, Постановления Правительства и др., лицензии об аккредитации.

Организационно-правовая документация – Устав, организационная структура, штатное расписание, номенклатура дел, положения о структурных подразделениях, должностные инструкции и др.

Организационно-распорядительная документация – приказы, распоряжения должностного лица, решения.

Документы третьего уровня устанавливают требования действующего законодательства, нормы и правила при осуществлении деятельности ВШОЗ, а также требования к услугам, продукции.

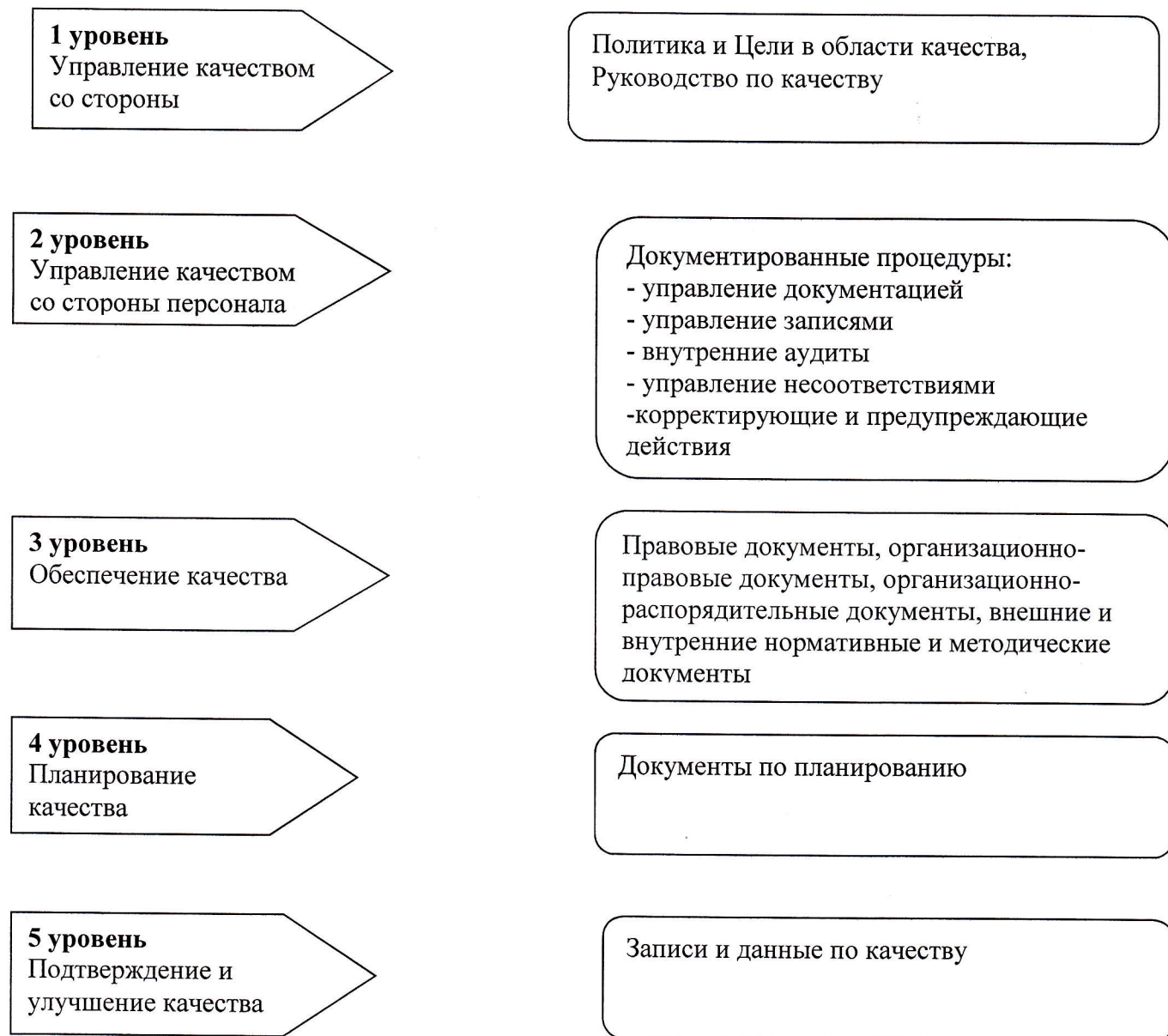
Четвертый уровень – составляют документы по планированию качества. К ним относятся документы, устанавливающие требования к планированию деятельности ВШОЗ: стратегические, тактические и оперативные планы. Они определяют необходимые действия, ответственность за их выполнение, сроки и необходимые ресурсы.

Пятый уровень – составляют документы по подтверждению и улучшению качества, которые содержат оперативные, отчетные сведения о качестве. К ним относятся: унифицированные формы, протоколы, акты, отчеты, журналы, результаты анализа СМК со стороны руководства, результаты корректирующих и предупреждающих действий, сертификаты и аттестаты аккредитации, перечни всех видов.

Документы пятого уровня фиксируют фактическое выполнение работ в установленных формах, подтверждают качество исполнения, а также определяют статус объекта управления.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 7 из 69

Рисунок 1 - Структура документации СМК ВШОЗ



6 ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ДОКУМЕНТОВ СМК

Оформление документа СМК включает в себя оформление титульного листа, заполнение колонтитулов документа; разработку текста документа; графическое описание процедур (при необходимости). В целом оформление документов производится в соответствии с требованиями Инструкции по делопроизводству в ВШОЗ.

Оформление колонтитулов

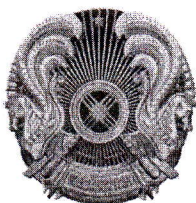
Содержание *верхнего колонтитула* для приказов ректора и документов, предоставляемых в другие организации, указано в таблице 1. В ВШОЗ принято три вида верхнего колонтитула, согласованные с уполномоченным органом.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 8 из 69

Таблица 1. Колонтитулы для приказов ректора и документов, предоставляемых во внешние организации

ДЛЯ ПРИКАЗОВ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ
ӘЛЕУМЕТТІК ДАМУ МИНИСТРЛІГІНІҢ
«ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
ЖОҒАРЫ МЕКТЕБІ» ШАРУАШЫЛЫҚ
ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК
КӘСПОРЫНЫ



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО
ВЕДЕНИЯ
«ВЫСШАЯ ШКОЛА ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

БҰЙРЫҚ

ПРИКАЗ

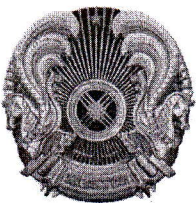
№ _____

Алматы қаласы

город Алматы

ОБЩЕГО НАЗНАЧЕНИЯ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ
ӘЛЕУМЕТТІК ДАМУ МИНИСТРЛІГІНІҢ
«ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
ЖОҒАРЫ МЕКТЕБІ» ШАРУАШЫЛЫҚ
ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК
КӘСПОРЫНЫ



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО
ВЕДЕНИЯ
«ВЫСШАЯ ШКОЛА ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

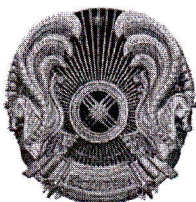
Алматы қаласы

№ _____

город Алматы

ДЛЯ ПИСЕМ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК
ДАМУ МИНИСТРЛІГІНІҢ «ҚОҒАМДЫҚ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
ЖОҒАРЫ МЕКТЕБІ» ШАРУАШЫЛЫҚ
ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК
КӘСПОРЫНЫ



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО
ВЕДЕНИЯ
«ВЫСШАЯ ШКОЛА ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

050060, Алматы қаласы, Өтепов көшесі 19А
тел: 8(727) 337-80-32; 337-80-11;
337-80-28; 337-80-24 факс: 8(727) 337-80-18
www.ksph.kz E-mail: ksph@ksph.kz

050060, город Алматы, улица Утепова 19А
тел: 8(727) 337-80-32; 337-80-11;
337-80-28; 337-80-24 факс: 8(727) 337-80-18
www.ksph.kz E-mail: ksph@ksph.kz

№ _____



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 9 из 69

Данные колонтитулы используются для изготовления бланков. Учет, хранение и выдачу бланков ведет инспектор по кадрам, согласно рабочей инструкции по делопроизводству ВШОЗ.

Содержание *верхнего колонтитула* для внутренних документов представлено в таблице 2.

Таблица 2. Колонтитул для внутренних документов



СМК-	НАИМЕНОВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	Дата:
Версия:	НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА	Страница 9 из 69

Текст в верхнем колонтитуле набирается полужирным шрифтом № 8 Tahoma. Верхний колонтитул ставится на всех страницах документа. Нижний колонтитул не используется.

Оформление титульного листа

На типовом титульном листе указывается наименование документа, реквизиты утверждения, таблица с реквизитами согласования, таблица с указанием срока действия документа, статуса документа, номера экземпляра, номера копии, подписью должностного лица, ответственного за рассылку документа (Форма № 1).

Оформление текста документа

Текст печатается на персональном компьютере шрифтом 12 Times New Roman, заголовки шрифтом 12 «Полужирный», межстрочный интервал – одинарный, с полями: левое – 20 мм; правое – 10 мм; верхнее – 20 мм; нижнее – 10 мм. На последней странице документа в правом нижнем углу страницы указываются реквизиты разработчика.

7 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ПОЛНОМОЧИЙ ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ ПРИ РАЗРАБОТКЕ, СОГЛАСОВАНИИ, УТВЕРЖДЕНИИ, РАССЫЛКЕ, АКТУАЛИЗАЦИИ И ИЗМЕНЕНИИ ВНУТРЕННИХ ДОКУМЕНТОВ

Порядок распределения ответственности и полномочий определен в таблице 3.

Таблица 3. Распределение ответственности и полномочий на этапах управления документацией

Этапы управления документацией	Полномочия и ответственность			
	Руководство по качеству (РпК)	Документированные процедуры качества (ДПК)	Управленческая документация	Записи
1. Определение потребности разработки или проверки или актуализации документа	Ректор, ПРК	Ректорат, ПРК	Ректор, проректора, руководители структурных подразделений	Руководители структурных подразделений
2. Подготовка и разработка документа	Проректоры, ПРК, отдел СМК, владельцы	ПРК, отдел СМК, владельцы процессов	Руководители структурных подразделений	Руководители структурных подразделений



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 10 из 69

	процессов			
3.Проверка или актуализация документа	ПРК, отдел СМК	отдел СМК, ответственные по СМК, владельцы процессов	Руководители структурных подразделений	Руководители структурных подразделений
4. Внесение изменений	ПРК, отдел СМК, владельцы процессов	отдел СМК, ответственные по СМК, владельцы процессов	Отдел СМК, Руководители структурных подразделений	Руководители структурных подразделений
5. Согласование изменений	Проректоры, ПРК, владельцы процессов	Проректоры, ПРК, владельцы процессов	Проректоры, ПРК, руководители структурных подразделений	Руководители структурных подразделений
6. Согласование проекта документа	Проректоры, ПРК, владельцы процессов	Ректорат, ПРК,	Ректорат, ПРК,	Руководители структурных подразделений
7. Корректировка изменений или проекта документа	ПРК, отдел СМК	отдел СМК, ответственные по СМК, владельцы процессов	Отдел СМК, руководители структурных подразделений	Руководители структурных подразделений
8. Регистрация изменений и проверки документа	ПРК, отдел СМК	Отдел СМК	Руководители структурных подразделений	Руководители структурных подразделений
9. Утверждение документа	Ректор	Ректор	Ректор	Руководители структурных подразделений
10. Выпуск документа	Отдел СМК, РИЦ	Отдел СМК, РИЦ	Руководители структурных подразделений	Руководители структурных подразделений
11. Рассылка документа	Отдел СМК, ответственные по СМК	Отдел СМК, ответственные по СМК	инспектор по кадрам,	инспектор по кадрам, ответственные по СМК
12. Хранение и архивирование документа	Отдел СМК, ответственные по СМК, архив	Отдел СМК, ответственные по СМК, архив	инспектор по кадрам, ответственные по СМК, архив	ответственные по СМК, архив
13.Оценка результативности процесса	Ректор	Ректор, проректоры, ПРК, отдел СМК, ответственные по СМК	Ректор, проректоры, руководители структурных подразделений	Владельцы процессов/руководители структурных подразделений



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 11 из 69

7.1 Разработка и согласование документов

Документация СМК разрабатывается в соответствии с требованиями актуальных версий стандарта ИСО 9001, внешней нормативной документацией и внутренними требованиями ВШОЗ. Проверка документов СМК на адекватность до их утверждения, актуализация и переутверждение осуществляется, исходя из изменений законодательства Республики Казахстан, внутренней нормативно-правовой документации ВШОЗ, сроков пересмотра документации, изменяющихся требований потребителей и других заинтересованных сторон.

7.2 Регистрация документов

Оригинал утвержденного внутреннего нормативного документа СМК, маркированный Экз. № 1, хранится в отделе СМК. Ответственный за проведение сверки документов сотрудник отдела СМК дополняет Перечень действующих нормативных документов СМК по мере его обновления (Форма № 2).

7.3 Рассылка документов. Ознакомление

Перечень лиц для обеспечения копиями определяет руководитель отдела СМК, исходя из области распространения документа. Тиражирование действующей версии документа, защищенной от несанкционированного доступа, производит сотрудник отдела СМК на бумажных носителях, при необходимости по локальной сети. На титульном листе копий указывают «Экз. № 2» и номер копии (Форма № 1). Рассылка копий документов СМК документируется в Журнале рассылки нормативных документов СМК (Форма № 3). Эти копии являются контролируруемыми. Ознакомление сотрудников подразделений с документом СМК проводит ответственный по СМК и документирует в Листе ознакомления (п.13). Ответственный по СМК структурного подразделения следит за обновлением перечня документов СМК подразделения. Количество неконтролируемых копий должно быть минимальным. Руководители подразделений должны проинструктировать сотрудников, что неконтролируемые копии могут быть использованы только в справочных целях.

7.4 Хранение

Документы СМК в структурных подразделениях ВШОЗ должны храниться на бумажных и электронных носителях в условиях, предотвращающих их порчу и обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа. Документы на бумажных носителях должны храниться в папке «Документы СМК» номенклатуры дел. Папка подлинников внутренних нормативных документов СМК (электронная версия), защищенная паролем от несанкционированного доступа, должна находиться на персональном компьютере руководителя отдела СМК.

7.5 Пересмотр внутренних нормативных документов СМК

Пересмотр документации осуществляет руководитель отдела СМК не реже одного раза в 3 года. На титульном листе проанализированного и пересмотренного документа ставится новая дата в надписи «Продлен до «___» ____ года». Соответствующая запись производится в Журнале рассылки нормативных документов СМК (Форма № 3).

7.6 Идентификация изменений

При внесении изменений во внутренний нормативный документ руководитель отдела СМК делает запись в Листе регистрации изменений (п.12). Измененный документ проходит повторное утверждение согласно установленному порядку и вступает в силу со дня подписания. Изменения производятся во всех контролируемых копиях. Изменения, вносимые в документы СМК, доводятся до сведения ответственных по СМК структурных подразделений специалистами по качеству. Ответственные по СМК в свою очередь доводят до сведения сотрудников подразделения.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 12 из 69

7.7 Порядок переиздания документа

Если характер изменений требует переделки значительного числа страниц, то документ подлежит переизданию. Разработка новой редакции, ее тиражирование и рассылка осуществляются в соответствии с порядком, установленным для первой версии. В реквизитах титульного листа новой версии документа в строке «Редакция _» проставляется следующий номер по порядку.

Дело с оригиналом отмененного документа с надписью «Отменен» с подписью ответственного лица и датой передается в архив. Вся устаревшая документация подлежит изъятию из места её издания и всех мест пользования и уничтожению. Изъятие производится ответственными по СМК структурных подразделений. Если отдел СМК решает, что устаревшую документацию необходимо сохранить в юридических или справочных целях, то на таких документах делается отметка «Устаревший» с подписью ответственного лица и датой и документ перемещается в специально отведенное для хранения место.

7.8 Осуществление периодической проверки внутренних нормативных документов СМК

Проверка состояния документации СМК включает в себя проверку:

- идентификации документов;
- использования актуальной версии документа;
- своевременности и полноты ознакомления сотрудников с документацией, документирование ознакомления;
- условий хранения документов.

ПРК, отдел СМК организует периодическую проверку состояния документов СМК в структурных подразделениях во время внутренних аудитов.

8 УПРАВЛЕНИЕ ВНЕШНИМИ НОРМАТИВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ

Порядок управления внешними нормативными документами представлен в таблице 4. Ответственность за их управлением возлагается на отдел СМК.

Таблица 4. Управление внешними документами

№ п/п	Действие	Результат
1	Регистрация документа в Журнале регистрации входящих документов (Форма № 7), идентификация документа	Обновленный Перечень законодательных и нормативных документов, регламентирующих деятельность процесса (Форма № 5)
2	Тиражирование и рассылка пользователям	Записи в Журнале рассылки нормативных документов СМК (Форма № 3)
3	Запрос об актуализации	Отметка об актуализации
4	Информирование пользователей об актуализации	Записи в Перечне законодательных и нормативных документов, регламентирующих деятельность процесса (Форма № 5)
5	Изъятие устаревших документов либо перемещение в специально отведенное место для хранения в юридических или справочных целях	Уничтожение/архивирование устаревшего документа либо сохранение его со статусом «Устаревший» с указанием даты и ФИО ответственного лица

Запрос об актуализации внешних нормативных документов производится юристом у сторонних организаций, обслуживающих электронные информационные системы. Периодичность

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 13 из 69

актуализации устанавливается в двухстороннем договоре, но обновление базы должно производиться не реже одного раза в месяц.

9 УПРАВЛЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫМИ И НОРМАТИВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ И ВНУТРЕННИМИ НОРМАТИВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ ВШОЗ

Ответственность за управление внешними законодательными и нормативными документами Республики Казахстан, регламентирующими деятельность организации, и внутренними нормативными документами ВШОЗ возлагается на юриста ВШОЗ.

Для обслуживания и актуализации электронных версий документов ВШОЗ заключает договоры со сторонними организациями. Вышеуказанные организации осуществляют периодическую (согласно договору) актуализацию электронных версий. Распечатки документов из электронных версий должны иметь идентификацию по наименованию, программе, дате распечатки.

Внешние документы ответственные по СМК структурных подразделений вносят в Перечень законодательных и нормативных документов, регламентирующих деятельность процесса/подразделения (Форма №5). На внутренние нормативные документы ВШОЗ юрист составляет общий Перечень внутренних нормативных документов ВШОЗ (Форма №4). Данный Перечень ежегодно пересматривается юристом и рассылается по всем структурным подразделениям по локальной сети или на бумажных носителях.

Исходя из представленных документов, ответственные по СМК структурных подразделений или владельцы процессов/руководители подразделений составляют и ежегодно пересматривают свой Перечень законодательных и нормативных документов, регламентирующих деятельность процесса/подразделения (Форма №5). Факт получения и/или передачи документа документируется в структурных подразделениях в Журнале регистрации входящих документов (Форма №7) и Журнале регистрации исходящих документов (Форма №8).

10 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ СМК

Результативность процесса управления документацией СМК оценивают: Ректор, проректоры, ПРК, руководитель отдела СМК, владельцы процессов/руководители подразделений, ответственные по СМК. Основными критериями результативности управления документацией является наличие и своевременное предоставление персоналу актуализированных версий документов СМК, а также количество несоответствий документа практическому процессу, выявленных при внутреннем аудите.

11 КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом ВШОЗ и не подлежит предоставлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов при проведении проверок качества и потребителей/клиентов по их официальному требованию/запросу с разрешения Ректора ВШОЗ.

[illegible]

[illegible]



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 16 из 69

14. ПРИЛОЖЕНИЯ

Форма № 1

Форма Титульного листа внутреннего нормативного документа СМК

Утверждено
Приказом Ректора
РГП на ПХВ «ВШОЗ»
МЗСР РК
№ ____ от «__» ____ 20__ года

Наименование документа

Согласовано:

Должность	Подпись	Ф.И.О.

Срок действия документа: С «__» ____ 20__ года По «__» ____ 20__ года Продлен до «__» ____ 20__ года	Статус: <u>Действующий</u> Устаревший	Редакция: Экз. № ____ Копия № ____ _____ (подпись ответственного за управление документацией при рассылке документа)
--	---	--



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 17 из 69

Форма № 2

Форма Перечень действующих нормативных документов СМК

ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ПЕРЕЧЕНЬ ДЕЙСТВУЮЩИХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ СМК

на 20__ год

№ п/п	Наименование нормативного документа	Срок утверждения	Срок действия	Изменения, дата внесения	Отметка о продлении	Ответственный за проведение сверки
1	2	3	4	5	6	7

Руководитель отдела СМК _____ ФИО

подпись



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 18 из 69

Форма № 3

Форма Журнала рассылки нормативных документов СМК

ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
ЖУРНАЛ РАССЫЛКИ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ СМК

№ п/п	Наименование документа	Срок действия	№ копии	Название структурного подразделения	Дата	Ф.И.О. получателя	Подпись получателя
1	2	3	4	5	6	7	8



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 19 из 69

Форма № 4

Форма Перечня внутренних нормативных документов ВШОЗ

ОТДЕЛ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ РАБОТЫ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПОК

ПЕРЕЧЕНЬ ВНУТРЕННИХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ВШОЗ

на 20__ год

№ п/п	Наименование нормативного документа	Срок утверждения	Срок действия	Дата сверки	Изменения, дата внесения	Ответственный проведение сверки	за
1	2	3	4	5	6	7	

Юрист _____ Ф.И.О.

подпись



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 20 из 69

Форма № 5

Форма Перечня законодательных и нормативных документов, регламентирующих деятельность процесса/подразделения

Наименование процесса/структурного подразделения _____

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ,
РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССА / ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
на 20__ год**

№ п/п	Наименование нормативного документа	Срок утверждения	Дата сверки, актуализации	Дата внесения изменений	Ответственный за проведение сверки
1	2	3	4	5	6

Ответственный по СМК _____ Ф.И.О.

Подпись



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 21 из 69

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА
УПРАВЛЕНИЕ ЗАПИСЯМИ



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 22 из 69

СОДЕРЖАНИЕ:

1 Общие положения.....	23
2 Нормативные ссылки.....	23
3 Термины и определения.....	23
4 Обозначения и сокращения.....	23
5 Состав записей.....	23
6 Оформление записей.....	24
7 Управление записями.....	24
8 Распределение ответственности.....	25
9 Конфиденциальность.....	25
10 Лист регистрации изменений.....	26
11 Лист ознакомления.....	27
12 Приложения.....	28
Форма № 6 Мастер-лист форм записей по качеству.....	28
Форма № 7 Журнал регистрации входящих документов.....	29
Форма № 8 Журнал регистрации исходящих документов.....	30

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 23 из 69

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Документированная процедура качества по управлению записями о качестве устанавливает единый порядок работ по идентификации, хранению, защите, восстановлению, ведению и изъятию записей о качестве услуг/продукции в РГП на ПХВ «Высшая школа общественного здравоохранения» (далее – ВШОЗ).

1.2 Процедура вводится с целью подтверждения соответствия деятельности ВШОЗ установленным в документах внутреннего и внешнего происхождения требованиям, свидетельства соответствия системы менеджмента качества стандарту ИСО 9001.

1.3 Процедура является внутренним нормативным документом, обязательным для всех сотрудников ВШОЗ.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Процедура разработана на основании следующих стандартов:

МС ИСО 9000	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
МС ИСО 9001	Системы менеджмента качества. Требования
МС ИСО 9004	Системы менеджмента качества. Устойчивое развитие
СТ РК 1157	Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования.
СТ РК 1158	Образование высшее профессиональное. Материально-техническая база организаций образования

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины и определения, используемые в данной процедуре, приведены в стандарте ИСО 9000 и Словаре терминов и определений системы менеджмента качества, используемых в ВШОЗ.

4. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ИСО	–	Международная организация по стандартизации;
МС	–	Международный стандарт;
ПРК	–	Представитель руководства по качеству;
РпК	–	Руководство по качеству;
ДПК	–	Документированная процедура качества
СМК	–	Система менеджмента качества.

5. СОСТАВ ЗАПИСЕЙ

В ВШОЗ используются следующие записи о качестве, требующие регистрации и управления:

5.1 Записи, регулирующие отношения с потребителями/поставщиками:

- приказы, распоряжения, договоры, соглашения, заявки, акты сдачи-приемки, отзывы, анкеты, претензии и другие документы, касающиеся деятельности ВШОЗ.

5.2 Записи по учету библиотечного фонда:

- Книга суммарного учета библиотечного фонда;
- Регистрационная книга движения поступающей литературы;
- картотеки обеспеченности учебного процесса.

5.3 Отчетные записи, отражающие выполнение работ в соответствии с требованиями международных и национальных стандартов, норм и правил, нормативных документов поставщиков и потребителей, Руководства по качеству, процедур качества и т.д.:

- отчеты о выполнении процессов;
- протоколы;

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 24 из 69

- журналы (учебные, по учету использования ресурсов и пр.);
- акты внедрения;
- результаты контроля и мониторинга процессов жизненного цикла предоставляемых услуг;
- отчеты по внутренним аудитам СМК;
- отчеты по анализу СМК;
- отчеты по результатам внешних аудитов.

5.4 Записи служебного делопроизводства:

- приказы и распоряжения по ВШОЗ;
- письма, электронные письма, факсимильные сообщения;
- записи по кадровому делопроизводству.

Записи могут находиться на различных носителях.

6. ОФОРМЛЕНИЕ ЗАПИСЕЙ

6.1 Записи оформляются на листах с верхним колонтитулом так, как это описано в процедуре «Управление документацией» (табл. 1, 2). Соблюдение данных правил исключает внесение каких-либо изменений в записи задним числом.

6.2 Текст записей набирается шрифтом № 12 Times New Roman с полями: левое – 2 см, верхнее – 2 см, правое – 1 см, нижнее – 1 см, интервал одинарный.

7. УПРАВЛЕНИЕ ЗАПИСЯМИ

7.1 Записи ведутся по установленным в документах системы качества формам лицами, ответственными за ведение записей. Ответственные по СМК составляют, а руководители подразделений утверждают Мастер-лист форм записей по качеству (Форма № 6), согласовывают с ПРК и отделом СМК.

7.2 В специальных разделах процедур качества ВШОЗ определены следующие действия с записями, перечисленными в п. 5 настоящей процедуры:

- идентификация и регистрация записей осуществляется в соответствии с требованиями, установленными процедурами качества ВШОЗ;
- формы записей хранятся в электронном виде на сервере в файловой базе данных. Все пользователи имеют доступ к определенным общим папкам и к своей сетевой папке. Внесение изменений в формы осуществляется по документированной процедуре качества «Управление документацией»;
- хранение записей в местах, предотвращающих их порчу и потерю, производится согласно установленных в номенклатуре дел сроков хранения. Электронные версии оригиналов записей должны храниться в папке, защищенной паролем от несанкционированного доступа на компьютере у пользователей.
- защита и восстановление достигается ведением записей на бумажных и электронных носителях, ведением журналов регистрации и рассылки. Администратор сети несет ответственность за регулярное обновление антивирусных программ в компьютерной сети.
- движение (оборот) записей документируется в Журнале регистрации входящих документов (Форма № 7) и Журнале регистрации исходящих документов (Форма № 8) подразделения. Журналы прошиваются, концы нитей склеиваются бумажным квадратом, на нем производится надпись «Прошито и пронумеровано ____ (указать количество) листов. Дата. Подпись ответственного лица», при наличии в подразделении печати квадрат скрепляется печатью. По мере завершения журнала на последней странице производится надпись «Всего произведено записей ____ (указать количество). Дата. Подпись ответственного лица».

7.3 Ответственность за достоверность отчетных документов, соблюдения правил управления, обращения несут сотрудники ВШОЗ, указанные в соответствующих разделах каждой процедуры, должностных инструкциях, планах, приказах и распоряжениях.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 25 из 69

7.4 При необходимости сотрудники ВШОЗ могут продемонстрировать потребителю соответствующие записи о качестве с разрешения ответственных должностных лиц.

8 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Ректор ВШОЗ несет ответственность за:

- утверждение настоящей процедуры и новых версий в случае возникновения изменений;
- определение сроков хранения записей.

ПРК несет ответственность за:

- за разработку и применение данной процедуры;
- контроль за управление записями.

Ответственные по СМК несут ответственность за:

- ведение архива записей о качестве;
- своевременное изъятие записей;
- соблюдение условий хранения записей;
- регистрацию и идентификацию записей, если во внутренних нормативных документах ВШОЗ не оговорена ответственность другого сотрудника за определенные записи.

Инспектор по кадрам несет ответственность за:

- поддержание в рабочем состоянии соответствующих записей об образовании, подготовке, навыках и опыте сотрудников.

Руководители структурных подразделений несут ответственность за:

- назначение ответственных лиц за ведение отдельных видов записей о качестве;
- соответствие ведущихся в подразделениях записей требованиям процедур качества.

Архив несет ответственность за:

- определение сроков хранения записей;
- обеспечение надежного хранения архивированных записей.

9 КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом ВШОЗ и не подлежит предоставлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов при проведении проверок качества и потребителей / клиентов по их официальному требованию / запросу с разрешения Ректора ВШОЗ.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 26 из 69

10 ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

[illegible]

[illegible]



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 28 из 69

12 ПРИЛОЖЕНИЯ

Форма № 6

Форма Мастер-лист форм записей по качеству

МАСТЕР ЛИСТ ФОРМ ЗАПИСЕЙ ПО КАЧЕСТВУ

№ п.п.	Наименование записи	Идентификационный код/шифр	Тип носителя /1-электр., 2-бум., 3-эл. и бум/	Отв. за ведение записей	Срок хранения

Руководитель процесса/подразделения _____ ФИО
подпись

Согласовано:

Представитель руководства

по качеству, д.м.н. _____ К.Б. Шегирбаева

МП



СМК-ДПК-4.2.4/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 29 из 69

Форма № 7

Форма Журнала регистрации входящих документов

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ВХОДЯЩИХ ДОКУМЕНТОВ

Дата поступления и индекс документа	Корреспондент, дата и индекс входящего документа	Заголовок или краткое содержание входящего документа	Резолюция или кому направлен документ на исполнение	Подпись исполнителя	Срок исполнения документа	Отметка об исполнении документа
1	2	3	4	5	6	7



СМК-ДПК-4.2.4/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА		Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА		Страница 30 из 69

Форма № 8
Форма Журнала регистрации исходящих документов

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ИСХОДЯЩИХ ДОКУМЕНТОВ

Дата и индекс исходящего документа	Корреспондент	Заголовок или краткое содержание документа	ФИО исполнителя	Подпись исполнителя	Отметка об исполнении
1.	2	3	4	5	6



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 31 из 69

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА ВНУТРЕННИЙ АУДИТ



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 32 из 69

СОДЕРЖАНИЕ:

1 Общие положения.....	33
2 Нормативные ссылки.....	33
3 Термины и определения.....	33
4 Обозначения и сокращения.....	33
5 Планирование внутреннего аудита системы менеджмента качества.....	34
6 Проведение внутреннего аудита.....	34
7 Оформление результатов аудита.....	34
8 Аудит и контроль.....	35
9 Требования к аудиторам.....	36
10 Распределение ответственности.....	36
11 Конфиденциальность.....	37
12 Лист регистрации изменений.....	39
13 Лист ознакомления.....	40
14 Приложения.....	41
Форма № 9 План-график проведения внутренних аудитов.....	41
Форма № 10 Чек-лист по внутреннему аудиту.....	42
Форма № 11 Протокол о несоответствии.....	43
Форма № 12 Отчета о внутреннем аудите СМК.....	44
Форма № 13 Матричный анализ по внутреннему аудиту.....	45

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 33 из 69

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Документированная процедура качества по внутреннему аудиту системы менеджмента качества устанавливает единый порядок планирования, подготовки и проведения внутреннего аудита, документирование этих работ в РГП на ПХВ «Высшая Школа Общественного Здравоохранения» (далее – ВШОЗ).

1.2. Процедура качества внутренний аудит проводится с целью установления того, что система менеджмента качества ВШОЗ соответствует:

- требованиям стандарта ИСО 9001;
- требованиям Руководства по качеству ВШОЗ;
- требованиям документированным процедурам качества ВШОЗ;
- запланированным в ВШОЗ мероприятиям по качеству.

1.3. Документированная процедура качества внутренний аудит является внутренним нормативным документом системы менеджмента качества ВШОЗ, обязательным для всех сотрудников ВШОЗ.

1.4. Объектами внутренних аудитов являются:

- качество предоставляемой потребителю услуги;
- состояние и результативность функционирования процессов СМК;
- документация СМК и фактическое выполнение сотрудниками требований, изложенных в нормативных документах и документах СМК.

1.5. Порядок проведения внутренних аудитов включает в себя:

- планирование и подготовка внутренних аудитов;
- проведение внутренних аудитов;
- анализ результатов аудита и определение корректирующих мероприятий;
- контроль выполнения корректирующих мероприятий.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая процедура разработана на основании следующих стандартов:

МС ИСО 9000	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
МС ИСО 9001	Системы менеджмента качества. Требования
МС ИСО 9004	Системы менеджмента качества. Устойчивое развитие
МС ИСО 19011	Рекомендации по аудиту систем менеджмента качества и/или окружающей среды
СТ РК 1157	Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины и определения, используемые в данной процедуре, приведены в стандарте ИСО 9000 и Словаре терминов и определений системы менеджмента качества, используемых в ВШОЗ.

4 ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

- ВА – внутренний аудит;
- ИСО – Международная организация по стандартизации;
- МС – Международный стандарт;
- ПРК – Представитель руководства по качеству;
- РпК – Руководство по качеству;
- СМК – Система менеджмента качества;

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 34 из 69

5 ПЛАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

5.1 За месяц до начала внутреннего аудита ПРК представляет Ректору для утверждения План-график проведения ВА (Форма № 9). При составлении проекта Плана-графика ПРК учитывает наличие жалоб и претензий потребителей, важность и статус проверяемой деятельности, результаты предыдущих ВА.

5.2 ПРК осуществляет ознакомление с утвержденным Планом-графиком проведения ВА руководителей всех структурных подразделений, включенных в план, и помещает документ в дело с документами по ВА (в соответствии с номенклатурой дел).

5.3 При составлении Плана-графика следует учитывать, что все процессы (образовательно-воспитательный, научно-исследовательский и экспертный, обеспечивающий) ВШОЗ должны быть проверены в течение года. Не все структурные подразделения могут входить в План-график, выбор осуществляет отдел СМК по результатам предыдущего внутреннего аудита.

6 ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

6.1 ВА структурного подразделения проводится группой внутренних аудиторов, из которых один назначается главным (Главный аудитор). Группа аудиторов формируется Главным аудитором перед проведением внутренней проверки. Главный аудитор назначается Представителем руководства по качеству (рис. 1- Схема проведения аудита).

6.2 ВА начинается с разъяснения аудитором проверяемому персоналу задач и методов проверки, порядка предоставления документов, материалов и т.д.

6.3 В процессе проведения ВА производится сбор объективных свидетельств посредством опроса сотрудников, выполняющих проверяемый процесс, изучения документов и проведения наблюдений. Аудиторы могут использовать Чек-лист по внутреннему аудиту (Форма № 10).

6.4 Обязательно производится проверка ведения дел, внутренних и внешних документов и контроль за качеством исполнения работ сотрудниками.

6.5 Завершается ВА ознакомлением проверяемого персонала с результатами проверки, обнаруженными несоответствиями. Аудиторы высказывают рекомендации по улучшению работы в рамках СМК.

7 ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АУДИТА

7.1 После окончания ВА аудиторы заполняют Протоколы о несоответствиях на каждое обнаруженное несоответствие (Форма № 11) и составляют Отчет о внутреннем аудите системы качества (Форма № 12).

7.2 Протоколы о несоответствиях оформляются Главным аудитором и прикладываются к Отчету о внутреннем аудите системы качества и согласовываются у ПРК.

7.3 Отчет о внутреннем аудите системы качества оформляется Главным аудитором и утверждается у ПРК.

7.4 Идентификация Отчетов по результатам внутренних аудитов СМК: ПРК присваивает идентификационный номер Отчету о внутреннем аудите системы качества. Идентификационный номер состоит из порядкового номера и двух последних цифр года через точку (например: Отчет № 01.15).

7.5 Идентификация Протоколов о несоответствиях: Идентификационный номер состоит из номера по порядку и номера Отчета о внутреннем аудите системы качества (через точку), к которому будет приложен Протокол о несоответствии (например: Протокол о несоответствии № 1.01.15).

7.6 Руководитель структурного подразделения, в котором осуществляли ВА, разрабатывает план корректирующих действий, предусматривающий меры по устранению несоответствий и причин, их вызывающих. Формулировки и сроки проведения мероприятий согласовываются с



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 35 из 69

Главным аудитором и вписываются в раздел «Корректирующие действия» Протокола о несоответствиях.

7.7 Оформленный Отчет о внутреннем аудите системы качества с назначенными корректирующими действиями вместе с Протоколами о несоответствиях Главный аудитор передает ПРК на утверждение. При появлении вопросов по содержанию корректирующих действий в процессах согласования и утверждения Отчет и Протоколы могут быть переделаны с возобновлением необходимых подписей.

7.8 После утверждения Отчета о внутреннем аудите системы качества копии передаются руководителю проверенного структурного подразделения, который подтверждает передачу подписью на оригинале Отчета.

7.9 Оригинал Отчета о внутреннем аудите системы качества и Протоколы о несоответствиях ПРК помещает в соответствующее дело, и хранятся в отделе СМК.

7.10 По результатам внутреннего аудита Главный аудитор может предоставить Развернутый отчет, в который входят:

- обзор и цели проведенного ВА;
- дата проведения ВА;
- список лиц, участвовавших во ВА;
- список проверенных документов СМК;
- общий итог, отражающий как положительные стороны работы подразделения, так и все сделанные во время ВА замечания;
- обнаруженные несоответствия с анализом их причин и запланированными корректирующими и предупреждающими действиями;
- выводы из результатов ВА.

Развернутый отчет предоставляется в следующих случаях:

- по требованию ПРК;
- если по результатам ВА можно сделать вывод о несоответствии деятельности подразделения в области качества требованиям стандарта ИСО 9001, Руководству по качеству и документированным процедурам качества ВШОЗ;
- когда по результатам ВА можно сделать вывод о высоком уровне работы подразделения в области качества и необходимости обобщения опыта его работы с целью распространения его на другие подразделения.

7.11 Результаты ВА, представленные в виде Матричного анализа результатов внутреннего аудита системы качества (Форма № 13), согласованный у ПРК, должны быть рассмотрены на заседании Координационного совета по качеству.

8 АУДИТ И КОНТРОЛЬ

8.1 Контроль выполнения Плана–графика ВА качества осуществляет ПРК.

8.2 В случае невозможности проведения ВА в установленное Планом-графиком время ПРК докладывает о сложившейся ситуации ректору и осуществляет подготовку Приказа о переносе срока данного ВА. После утверждения Приказа в Плане-графике делается соответствующая запись со ссылкой на Приказ.

8.3 Проведение корректирующих и предупреждающих действий по устранению выявленных в ходе ВА несоответствий/потенциальных несоответствий осуществляют руководители структурных подразделений. По окончании проведения корректирующих/предупреждающих действий они сообщают об этом ПРК в виде служебной записки, который направляет аудитора для инспекционного надзора по выполнению работ и оценки эффективности действий. Если аудитор признает, что несоответствие устранено, то он делает соответствующую запись в первоначальных Протоколе о несоответствии и Отчете о



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 36 из 69

внутреннем аудите системы качества. Инспекционный аудит заканчивается после признания выполненных корректирующих/предупреждающих действий эффективными.

8.4 Возможен другой порядок действий. ПРК один раз в месяц направляет аудитора для проверки выполнения корректирующих действий по всем Протоколам, по мере истечения сроков работ. При положительных результатах проверки в Протоколах о несоответствиях делается соответствующая запись.

8.5 В случае, когда корректирующие мероприятия не проведены в установленный срок, вопрос о переносе сроков решает ПРК с согласования Ректора РГП на ПХВ «ВШОЗ».

8.6 Результаты ВА, результаты проведения корректирующих мероприятий докладываются ПРК на заседании Координационного совета по качеству ВШОЗ.

8.7 Результаты ВА, результаты проведения корректирующих мероприятий используются и учитываются при анализе СМК и подведении итогов работы ВШОЗ.

9 ТРЕБОВАНИЯ К АУДИТОРАМ

9.1 К проведению ВА в ВШОЗ привлекаются сотрудники, прошедшие обучение на специализированных курсах по подготовке внутренних аудиторов СМК и получившие соответствующие документы, подтверждающие их квалификацию, и назначенные руководством внутренними аудиторами.

9.2 Не реже одного раза в 3 года аудиторы проходят обучение для подтверждения квалификации.

9.3 В целях обеспечения беспристрастности и объективности аудиторы не должны проверять свою собственную работу.

10 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

10.1 Ректор ВШОЗ несет ответственность за:

- утверждение настоящей процедуры и новых версий в случае возникновения изменений;
- утверждение Плана-графика внутренних аудитов;
- утверждение Приказа о переносе сроков внутреннего аудита;
- принятие решений о проведении корректирующих мероприятий при выявлении несоответствий системного характера;
- принятие решений о переносе сроков устранения несоответствий.

10.2 ПРК несет ответственность за:

- разработку и введение настоящей процедуры в действие;
- утверждение Отчета о внутреннем аудите системы качества;
- принятие решений о переносе сроков проверки и сроков выполнения корректирующих мероприятий;
- подготовку Плана-графика внутренних аудитов качества и контроль его выполнения;
- ведение дел по материалам внутренних аудитов;
- организацию контроля выполнения корректирующих действий по результатам ВА.

10.3 Главный аудитор/аудитор несет ответственность за:

- качество и своевременность проведения ВА;
- качество и своевременность оформления документов по результатам ВА и передачу их ответственным за проверяемый процесс и ПРК;
- документирование наблюдений;
- определение несоответствий;
- своевременность и качество проверки корректирующих действий по устранению несоответствий.

10.4 Владельцы процессов/руководители структурных подразделений несут ответственность за:



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 37 из 69

- создание условий для работы аудиторов, предоставление необходимой документации в процессе проверки;
- разработку эффективных корректирующих действий по устранению несоответствий, выявленных в ходе аудита и причин, вызывающих их;
- выполнение корректирующих мероприятий в полном объеме в установленные сроки.

11 КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом ВШОЗ и не подлежит предоставлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов при проведении проверок качества и потребителей/клиентов по их официальному требованию/запросу с разрешения Ректора РГП на ПХВ «ВШОЗ».

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 38 из 69

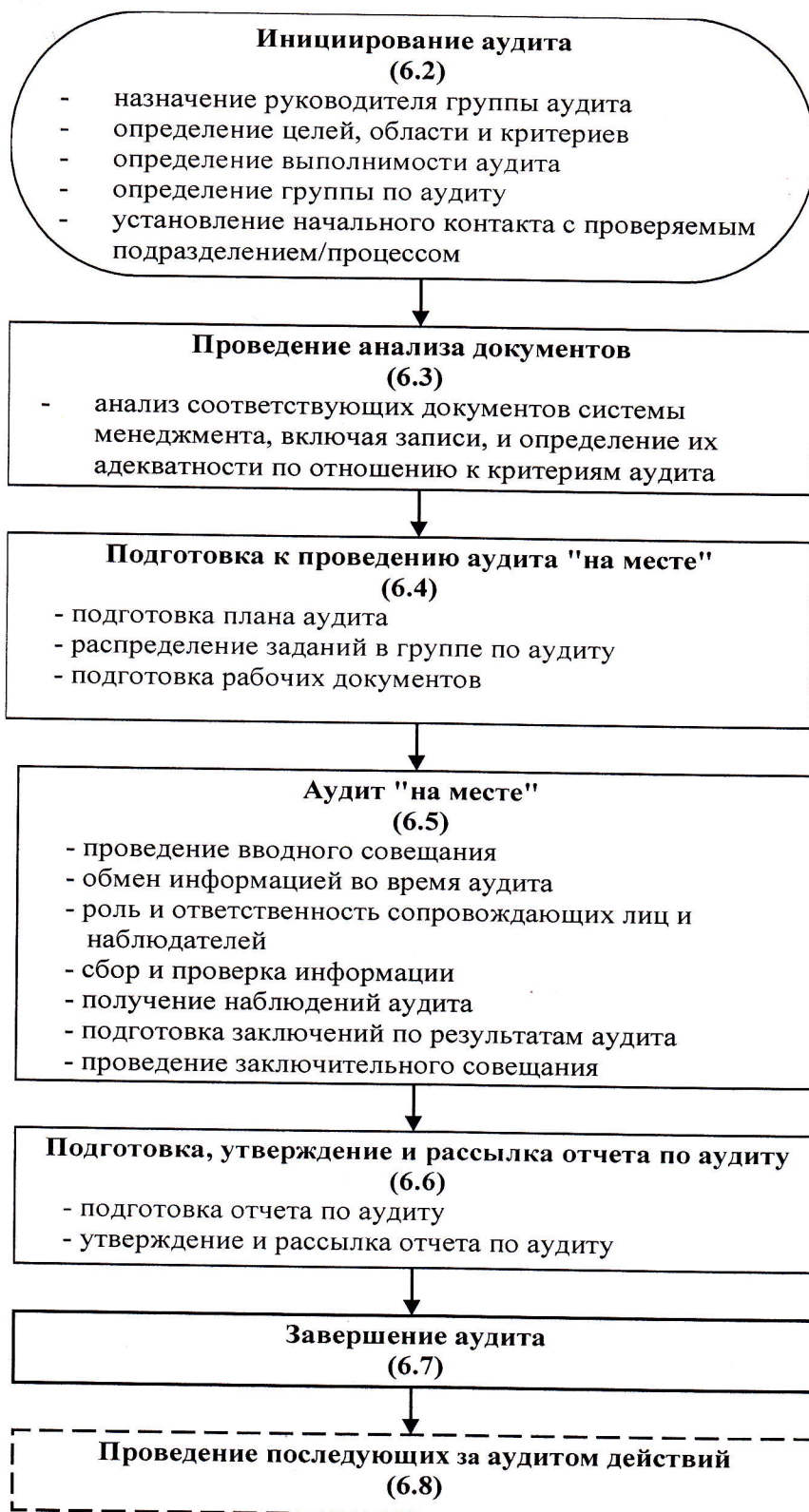


Рисунок 1. Схема проведения аудита

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 39 из 69

12. ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

[illegible]

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 40 из 69

13. ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

[illegible]

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 41 из 69

14 ПРИЛОЖЕНИЯ

Форма № 9

Форма План-график проведения внутренних аудитов

План-график проведения внутренних аудитов на _____ год

№ п/п	Подразделение / процесс	Критерии аудита	Дата аудита	Главный аудитор	Аудиторы	Примечания, отметка о переносе
1	2	3	4	5	6	7

Представитель руководства по качеству

Подпись

ФНО



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 42 из 69

Форма № 10

Форма Чек-листа по внутреннему аудиту

Чек-лист по внутреннему аудиту подразделения/процесса

наименование подразделения/процесса

Аудиторы _____ «__» _____ 20__ года
ФИО

Пункт стандарта ИСО 9001	Объективные свидетельства	Наблюдение	Несоответствие

Главный аудитор _____

подпись

Аудитор _____

подпись



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 43 из 69

Форма № 11

Форма Протокола о несоответствии

Протокол о несоответствии №

Подразделение	Вид деятельности	Дата	Отчет №
Процедура	Ссылка на раздел стандарта	МС ИСО 9001 п.	
Аудиторы (ФИО)	Руководитель подразделения/проц.	(ФИО)	
Несоответствие			
Краткое содержание:			
Подпись главного аудитора:			
Причина несоответствия:			
Корректирующие действия			
Планируемые действия для устранения несоответствия:			
Подпись руководителя подразделения:		Предполагаемая дата выполнения:	
Подтверждение устранения несоответствия			
Устранено: ДА/НЕТ (подчеркнуть)			
Замечания:			
Подпись аудитора:		Фактическая дата выполнения:	

Согласовано:

Представитель руководства по качеству, д.м.н.

_____ К.Б. Шегирбаева

МП



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 44 из 69

Форма № 12

Форма Отчета о внутреннем аудите СМК

ОТЧЕТ О ВНУТРЕННЕМ АУДИТЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА № _____

Проверяемое подразделение _____
 Руководитель подразделения _____
 Главный аудитор _____
 Аудиторы _____
 Дата аудита _____
 Цель аудита _____
 Область аудита _____
 Документ, на соответствие которому проводится аудит _____

РЕЗУЛЬТАТЫ АУДИТА

Количество выявленных несоответствий _____ из них критические _____
 Количество протоколов несоответствий _____
 Идентификационный номер протокола _____
 Количество рекомендаций _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУДИТА

Деятельность проверенного подразделения соответствует/не соответствует (*подчеркнуть*) установленным требованиям.
 Корректирующие действия необходимы/не требуются (*подчеркнуть*).
 Необходимость инспекционного надзора требуется/не требуется (*подчеркнуть*).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Отчет составлен:

Аудиторы _____

Подписи

Дата «__» _____

Отчет утвержден:

ПРК _____

Подпись, Ф.И.О.

Дата «__» _____

МП

Отметка о получении копии			
Дата	Должность	Ф.И.О.	Подпись

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 45 из 69

Форма Матричного анализа по внутреннему аудиту

Матричный анализ результатов внутреннего аудита за период

с « » по « »

[illegible]

Условные обозначения : «-» - проверено, замечаний нет, 1,2,... – количество несоответствий.

Представитель руководства по качеству, д.м.н. _____ К.Б. Шегирбаева

МП



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 47 из 69

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА
УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ**



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 48 из 69

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Общие положения.....	49
2. Нормативные ссылки.....	49
3. Термины и определения.....	49
4. Обозначения и сокращения.....	49
5. Классификация несоответствий.....	49
6. Порядок управления несоответствиями.....	51
7. Обнаружение несоответствующей продукции/услуги.....	51
8. Идентификация несоответствующей продукции/услуги.....	51
9. Регистрация, анализ, обработка и изъятие несоответствующей продукции/услуги.....	52
10. Распределение ответственности.....	52
11. Конфиденциальность.....	52
12. Лист регистрации изменений.....	53
13. Лист ознакомления.....	54

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 49 из 69

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Документированная процедура качества по управлению несоответствиями устанавливает единый порядок выявления, регистрации и анализа несоответствующей услуги/продукции в РГП на ПХВ «Высшая Школа Общественного Здравоохранения» (далее – ВШОЗ).

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом системы менеджмента качества, обязательным для применения всеми сотрудниками ВШОЗ.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Процедура разработана на основании следующих стандартов:

МС ИСО 9000	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
МС ИСО 9001	Системы менеджмента качества. Требования.
МС ИСО 9004	Системы менеджмента качества. Устойчивое развитие
МС ИСО 19011	Рекомендации по аудиту систем менеджмента качества и/или окружающей среды
СТ РК 1157	Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования.

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины и определения, используемые в данной процедуре, приведены в стандарте ИСО 9000 и Словаре терминов и определений системы менеджмента качества, используемых в ВШОЗ.

4 ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ГОСО	–	Государственный обязательный стандарт образования;
ГСДО	–	Государственный стандарт дополнительного образования
ИСО	–	Международная организация по стандартизации;
МС	–	Международный стандарт;
ППС	–	Профессорско-преподавательский состав;
ПРК	–	Представитель руководства по качеству;
СМК	–	Система менеджмента качества.

5 КЛАССИФИКАЦИЯ НЕСООТВЕТСТВИЙ

ВШОЗ в процессе своей деятельности предоставляет населению следующие услуги:

- образовательная (послевузовское, дополнительное)
- научно-исследовательская и экспертная.

Основной продукцией ВШОЗ являются:

- кадры с высшим специальным и высшим профессиональным образованием;
- научные и научно-педагогические кадры высшей квалификации;
- учебно-методическая, научно-исследовательская литература, электронные учебники и др.;
- интеллектуальный продукт (программные средства, информационные технологии, методики, патенты и др.);
- научно-техническая и научно-производственная продукция.

В процессе деятельности ВШОЗ, соответственно, могут возникать различного рода несоответствия.

5.1 Несоответствия законодательным и нормативным требованиям, предъявляемым к образовательным учреждениям.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 50 из 69

5.2 Несоответствия законодательным и нормативным требованиям, предъявляемым к учреждениям здравоохранения.

5.3 Несоответствиями в образовательной сфере деятельности являются:

5.3.1 Несоответствие компетенций выпускников требованиям ГОСО ВПО (ВСО) и требованиям потребителей;

5.3.2 Несоответствие квалификации и компетенций ППС требованиям образовательного учреждения и потребителей;

5.3.3 Несоответствия в рабочих учебных планах, рабочих учебных программах, учебно-методических комплексах специальностей и дисциплин требованиям, установленным ГОСО, ГСДО;

5.3.4 Несоответствия в поручениях педагогической нагрузки штатным должностям,

5.3.5 Несоответствия в учебном расписании;

5.3.6 Использование неактуализированных учебно-методических материалов;

5.3.7 Несоответствия в планировании и выполнении индивидуального плана работы ППС;

5.3.8 Недостаточное учебно-методическое обеспечение;

5.3.9 Недостаточное материально-техническое обеспечение или его неадекватность установленным требованиям;

5.3.10 Претензии со стороны потребителей и заинтересованных сторон к качеству образования.

5.4 Несоответствиями в научно-исследовательской сфере деятельности являются:

5.4.1 Невыполнение индивидуального плана НИР ППС, магистрантов, докторантов;

5.4.2 Несоответствие компетенций подготовленных научно-педагогических кадров высшей квалификации (магистры, доктора) требованиям КНАСОН РК;

5.4.3 Несоответствие квалификации научных сотрудников;

5.4.4 Несоответствие ППС по остепененности требованиям МОН РК, МЗСР РК.

5.5 Несоответствиями в СМК являются:

5.5.1 Несоответствие документообеспечения и документооборота процедурам СМК;

5.5.2 Несоответствие в реализации намеченных целей в области качества;

5.5.3 Несоответствие компетентности персонала квалификационным требованиям;

5.5.4 Несоответствие задач и функций работника, приведенных в Должностных инструкциях задачам и функциям подразделения, указанным в Положении о подразделении;

5.5.5 Несоответствие факторов производственной среды гигиеническим требованиям и требованиям безопасности труда;

5.5.6 Несоответствие инфраструктуры и ресурсов (площадь и состояние рабочего пространства, оборудование для процессов, технические и программные средства, службы обеспечения основной деятельности);

5.5.7 Отсутствие обратной связи от потребителей.

5.6 Несоответствиями по процессу закупок продукции/услуг, предоставляемых сторонними организациями, являются:

5.6.1 Несоответствия, выявленные в процессе закупок продукции/услуг требованиям, установленным ВШОЗ;

5.6.2 Отсутствие контроля за выполнением заявок структурных подразделений;

5.6.3 Отсутствие входного контроля закупаемой продукции;

5.6.4 Ненадлежащее хранение закупленной продукции;

5.6.5 Нарушения в регистрации и управлении закупленной продукции.

В дальнейшем, в процессе выявления и анализа несоответствий, указанный перечень может меняться и дополняться.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 51 из 69

6 ПОРЯДОК УПРАВЛЕНИЯ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ УСЛУГОЙ / ПРОДУКЦИЕЙ

6.1 Управление несоответствиями осуществляется с целью:

- исключения оказания потребителям услуг, не отвечающих установленным требованиям;
- предотвращения непреднамеренного использования несоответствующей услуги/продукции сотрудниками ВШОЗ;
- уменьшения затрат, связанных с доработкой или заменой несоответствующей услуги/продукции;
- разработки корректирующих и предупреждающих действий, адекватных последствиям несоответствий.

6.2 Процесс управления несоответствиями осуществляется в следующем порядке:

- обнаружение несоответствующей услуги/продукции;
- регистрация и идентификация;
- анализ несоответствия с установлением причин;
- устранение причин несоответствия;
- предупреждение повторного возникновения несоответствия.

7 ОБНАРУЖЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ УСЛУГИ / ПРОДУКЦИИ

7.1 Несоответствующая услуга/продукция в ВШОЗ выявляется в процессе:

- проверки продукции/услуги (мебели, оргтехники, ремонтных, типографских и других услуг);
- внутренних и внешних аудитов СМК;
- анализа функционирования процессов системы качества и определения их результативности;
- деятельности структурных подразделений;
- работы с потребителями продукции или работодателями (результаты маркетинговых исследований рынка научных, образовательных услуг и рынка труда);
- самооценки образовательного учреждения;
- анализа действующей и разрабатываемой документации системы качества;
- анализа удовлетворенности потребителей;
- анализа данных СМК со стороны руководства;
- поступления жалоб потребителей;
- анализа и обработки результатов анкетирования;
- анализа выпуска продукции, качества предоставляемой услуги.

7.2 Порядок регистрации и управления претензиями, поступившими от потребителей, определен в Руководстве по качеству ВШОЗ.

7.3 Ответственность за обнаружение несоответствующей услуги в процессе ее оказания несут сотрудники ВШОЗ и проверяющие, которые обязаны при возникновении отклонений от требований:

- при возможности – прекратить предоставление услуги;
- при невозможности устранения несоответствия – поставить в известность Руководителя подразделения и/или Ректора.

8 ИДЕНТИФИКАЦИЯ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ УСЛУГИ / ПРОДУКЦИИ

Сообщение о несоответствующей услуге/продукции не влечет административных или иных последствий. Регистрация несоответствующей услуги/продукции используется для анализа причин и разработки корректирующих действий.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 52 из 69

9 РЕГИСТРАЦИЯ, АНАЛИЗ, ОБРАБОТКА И ИЗЪЯТИЕ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ УСЛУГИ / ПРОДУКЦИИ

9.1 На несоответствия, выявленные во время аудита, внутренними аудиторами оформляется Протокол о несоответствии (Форма № 11).

9.2 При обнаружении несоответствующей услуги/продукции анализ проводится в обязательном порядке одним или несколькими должностными лицами: Ректор, ПРК, Руководители подразделений, с привлечением заинтересованных сотрудников.

9.3 По результатам анализа определяются:

- причины появления несоответствия;
- решения, предпринимаемые для устранения несоответствующей услуги/продукции (коррекция);
- необходимые корректирующие действия по устранению причин, вызвавших несоответствие, гарантирующие исключение появления повторных несоответствий;
- лицо, на которое возлагается ответственность за осуществление необходимых корректирующих действий.

9.4 После проведения корректирующих действий услуга/продукция подвергается повторной верификации для подтверждения соответствующим требованиям.

9.5 Удостоверение устранения несоответствия и анализ предпринятого корректирующего действия осуществляют внутренние аудиторы и ПРК.

10 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

10.1 Ректор ВШОЗ несет ответственность за:

- утверждение настоящей процедуры и новых версий в случае возникновения изменений;
- принятие решений по данным анализа несоответствий;
- определение должностного лица, ответственного за осуществление корректирующих действий при системном несоответствии.

10.2 Внутренние аудиторы несут ответственность за:

- документальное оформление несоответствий;
- контроль за устранением несоответствий.

10.3 ПРК несет ответственность за:

- проведение анализа несоответствий;
- участие в принятии решений по устранению несоответствий;
- удостоверение устранения несоответствий.

10.4 Руководители структурных подразделений несут ответственность за обнаружение/предотвращение несоответствий (за исключением процедуры внутреннего аудита) и выполнение принятых решений по устранению несоответствий.

11 КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом ВШОЗ и не подлежит предоставлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов при проведении проверок качества и потребителей/клиентов по их официальному требованию/запросу с разрешения Ректора РГП на ПХВ «ВШОЗ».

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 53 из 69

12 ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

[illegible]

13 ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

[illegible]



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 55 из 69

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА
КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ**



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 56 из 69

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Общие положения.....	57
2. Нормативные ссылки.....	57
3. Термины и определения.....	57
4. Обозначения и сокращения.....	57
5. Разработка и реализация корректирующих действий.....	57
6. Предупреждение возникновения несоответствий.....	58
7. Распределение ответственности.....	58
8. Конфиденциальность.....	59
9. Лист регистрации изменений.....	60
10. Лист ознакомления.....	61
11. Приложение.....	62
Форма № 14 План корректирующих и предупреждающих действий структурного подразделения.....	62

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 57 из 69

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Документированная процедура качества по корректирующим и предупреждающим действиям устанавливает единый порядок разработки и проведения корректирующих и предупреждающих действий в РГП на ПХВ «Высшая школа общественного здравоохранения» (далее – ВШОЗ), являющихся составными частями процесса улучшения качества.

Настоящая процедура применяется в структурных подразделениях и процессах СМК ВШОЗ, в деятельности которых обнаружено несоответствие, с целью устранения причин несоответствий для предупреждения повторного их возникновения.

Процедура является внутренним нормативным документом системы менеджмента качества, обязательным для должностных лиц и сотрудников подразделений, участвующих в определении и осуществлении корректирующих и предупреждающих действий.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Процедура разработана на основании следующих стандартов:

МС ИСО 9000	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
МС ИСО 9001	Системы менеджмента качества. Требования
СТ РК ИСО 9004	Системы менеджмента качества. Устойчивое развитие
СТ РК 1157	Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования.

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины и определения, используемые в данной процедуре, приведены в стандарте ИСО 9000 и Словаре терминов и определений системы менеджмента качества, используемых в ВШОЗ.

4 ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ИСО – Международная организация по стандартизации;
МС – Международный стандарт;
ПРК – Представитель руководства по качеству;
СМК – Система менеджмента качества.

5 РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

5.1 Потребность в корректирующих действиях возникает как следствие выявления несоответствий СМК требованиям стандарта ИСО 9001, законодательных и нормативных документов, потребителей с целью предупреждения повторного их возникновения.

5.2 Характер и объем необходимых корректирующих действий зависит от установленных в ходе аудита/анализа СМК причин несоответствий и определяется руководителем подразделения/процесса.

5.3 Решение о запуске корректирующих действий, призванных избежать повторения несоответствий, принимает руководитель соответствующего структурного подразделения/процесса, в котором обнаружено несоответствие. Ответственный по СМК согласованно с руководителем подразделения составляет План корректирующих и предупреждающих действий и сдает в отдел СМК, данный план утверждает ПРК (Форма № 14).

5.4 Запись результатов предпринятых корректирующих действий осуществляется в Протоколе о несоответствии (Форма № 11).

5.5 Письменное удостоверение устранения несоответствия осуществляет аудитор и/или ПРК в Протоколе о несоответствии (Форма № 11).

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 58 из 69

5.6 Анализ результативности предпринятых корректирующих действий осуществляется также в ходе анализа СМК со стороны руководства. Корректирующие действия считаются результативными в том случае, если в результате их реализации несоответствие не возникает повторно.

5.7 По итогам года в отдел СМК ответственные по СМК структурных подразделений сдают аналитические отчеты по функционированию СМК с указанием анализа эффективности предпринятых корректирующих действий.

6 ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСООТВЕТСТВИЙ

6.1 Предупреждающие действия связаны с анализом имеющейся информации с целью выявления причин потенциально возможных несоответствий и направлены на их устранение.

6.2 Анализу подвергаются данные, полученные в результате:

- изучения потребностей рынка труда;
- изучения удовлетворенности потребителей услуги/продукции и заинтересованных сторон;
- изучения уровня компетентности сотрудников;
- входного контроля использования продукции/услуг сторонних организаций;
- внутренних аудитов СМК и процедур внешней оценки деятельности ВШОЗ;
- измерений и данных мониторинга процессов и продукции/услуг, в т.ч. данных о качестве подготовки выпускников на всех стадиях образовательного процесса.

6.3 Решение о характере, объеме и запуске предупреждающих действий принимает руководитель соответствующего структурного подразделения/процесса, в котором наблюдается тенденция к возможному появлению несоответствия.

6.4 Результаты предупреждающих действий анализируются и доводятся до сведения персонала.

6.5 Предупреждающие действия считаются результативными, если несоответствие не возникло, либо влияние потенциального несоответствия снижено.

6.6 По итогам года в отдел СМК ответственные по СМК структурных подразделений сдают аналитические отчеты по функционированию СМК с указанием анализа эффективности предпринятых предупреждающих действий.

7 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

7.1 Ректор ВШОЗ несет ответственность за:

- Утверждение настоящей процедуры и новых версий в случае возникновения изменений;
- Применение настоящей процедуры;
- Утверждение ресурсов на проведение корректирующих и предупреждающих действий;
- Анализ результативности предпринятых корректирующих и предупреждающих действий.

7.2 ПРК, ответственные по СМК несут ответственность за:

- Разработку и введение настоящей процедуры в действие;
- Применение настоящей процедуры;
- Мониторинг и анализ результативности предпринятых корректирующих и предупреждающих действий.

7.3 Руководители структурных подразделений/владельцы процессов несут ответственность за:

- Применение настоящей процедуры;
- Определение и выполнение необходимых корректирующих и предупреждающих действий в полном объеме и в указанный срок.



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 59 из 69

8 КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом ВШОЗ и не подлежит предоставлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов при проведении проверок качества и потребителей/клиентов по их официальному требованию/запросу с разрешения Ректора ВШОЗ.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 60 из 69

9 ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

[illegible]

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 61 из 69

10 ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

[illegible]



СМК-ДПК-4.2.4/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 62 из 69

Форма № 14

Форма Плана мероприятий по корректирующим и предупреждающим действиям

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ
по корректирующим и предупреждающим действиям, выявленным при проведении внутреннего аудита

№ п/п	Содержание несоответствия	Причина несоответствия	Корректирующие действия	Срок выполнения	Предупреждающие действия
1	2	3	4	5	6

Обсуждено на заседании _____ (наименование структурного подразделения) протокол № _____ от « _____ » _____ 201 ____ года.

Руководитель структурного подразделения

ФИО

Утверждено:

Представитель руководства по качеству, д.м.н. _____ К.Б. Шегирбаева

МП



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 63 из 69

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА
АНАЛИЗ СО СТОРОНЫ РУКОВОДСТВА**



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 64 из 69

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Общие положения.....	65
2. Нормативные ссылки.....	65
3. Термины и определения.....	65
4. Обозначения и сокращения.....	65
5. Порядок сбора материалов и оформления отчета о функционировании системы менеджмента качества для руководства.....	64
6. Порядок рассмотрения и обсуждения отчета о функционировании СМК для руководства и принятия решений.....	66
7. Распределение ответственности.....	67
8. Конфиденциальность.....	67
9. Лист регистраций изменений.....	68
10. Лист ознакомления.....	69



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 65 из 69

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Процедура качества по анализу системы менеджмента качества со стороны руководства устанавливает единый порядок и периодичность проведения работ по анализу системы менеджмента качества со стороны руководства в РГП на ПХВ «Высшая школа общественного здравоохранения» (далее – ВШОЗ).

1.2. Целью данной процедуры является постоянное наблюдение за функционированием системы менеджмента качества школы (далее – СМК) с целью обеспечения её адекватности и результативности, реализации политики и целей ВШОЗ в области качества в соответствии с требованиями стандарта ИСО 9001 и своевременное вмешательство руководства в процессы системы в случае выявления несоответствий посредством корректирующих и предупреждающих действий.

1.3. Процедура является внутренним нормативным документом для высшего руководства ВШОЗ, руководителей структурных подразделений и сотрудников отдела системы менеджмента качества.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Процедура разработана на основании следующих стандартов:

МС ИСО 9000	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
МС ИСО 9001	Системы менеджмента качества. Требования.
МС ИСО 9004	Системы менеджмента качества. Устойчивое развитие
МС ИСО 19011	Рекомендации по аудиту систем менеджмента качества и/или окружающей среды
СТ РК 1157	Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования.

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины и определения, используемые в данной процедуре, приведены в стандарте ИСО 9000 и Словаре терминов и определений системы менеджмента качества, используемых в ВШОЗ.

4 ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ГОСО – Государственный общеобязательный стандарт образования;
ГСДО – Государственный стандарт дополнительного образования;
ИСО – Международная организация по стандартизации;
МС – Международный стандарт;
ПРК – Представитель руководства по качеству;
СМК – Система менеджмента качества.

5 ПОРЯДОК СБОРА МАТЕРИАЛОВ И ОФОРМЛЕНИЯ ОТЧЕТА О ФУНКЦИОНИРОВАНИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ДЛЯ РУКОВОДСТВА

5.1 Источником для анализа СМК со стороны руководства является Отчет Представителя руководства по качеству, составленный на основании Отчетов по внутренним/внешним аудитам СМК и аналитических отчетов по качеству руководителей структурных подразделений/владельцев процессов ВШОЗ. Отчет о функционировании СМК готовится один раз в год, или по мере необходимости.



СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 66 из 69

5.2 Отчеты по внутренним аудитам системы менеджмента качества представляют ПРК главные внутренние аудиторы по установленной форме (Форма №12). Отчеты по внешним аудитам предоставляются внешними аудиторами.

5.3 Аналитические отчеты по качеству основных и вспомогательных процессов в рамках своего подразделения / процесса готовят руководители подразделений / владельцы процессов по запросу ПРК. Отчеты включают следующие данные:

- результаты внутренних и внешних аудитов СМК;
- обратной связи от обучающихся и/или потребителей в соответствии с Руководством по качеству ВШОЗ (анализ жалоб и запросов обучающихся и потребителей);
- по мониторингу функционирования процессов и соответствию продукции и оказываемых услуг законодательным и нормативным требованиям, требованиям организации и требованиям потребителей;
- результаты выполнения корректирующих и предупреждающих действий по результатам предыдущих анализов со стороны руководства;
- результаты использования ресурсов, выделенных на обеспечение функционирования процесса;
- изменения, которые могли бы повлиять на СМК;
- рекомендации по улучшению.

В своих отчетах руководители структурных подразделений анализируют результативность функционирования основных и вспомогательных процессов СМК относительно своих подразделений за отчетный период, указывают возможные корректирующие и предупреждающие действия и возможные пути повышения результативности СМК.

5.4 Форма предоставления аналитических отчетов определяется отделом СМК по согласованию с ПРК и ректором ВШОЗ.

5.5 ПРК анализирует Отчеты аудитов, аналитические отчеты, при необходимости уточняет, запрашивая у руководителей подразделений дополнительные необходимые данные. На основании этих данных ПРК готовит Отчет о функционировании СМК для руководства, в который включаются рекомендации по улучшению и совершенствованию СМК, обоснование необходимости внесения изменений в документацию СМК, Политику и цели ВШОЗ в области качества.

6 ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ ОТЧЕТА О ФУНКЦИОНИРОВАНИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ДЛЯ РУКОВОДСТВА И ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

6.1 Подготовленный ПРК Отчет о функционировании СМК заслушивается и обсуждается на заседании Координационного совета по качеству ВШОЗ.

6.2 Итоги обсуждения оформляются протоколом за подписью Ректора ВШОЗ. Протокол заседания является основанием для разработки Плана мероприятий по результатам анализа СМК. В План мероприятий по результатам анализа СМК включаются решения и действия, направленные на:

- повышение результативности СМК и ее процессов;
- установление показателей улучшения основных и вспомогательных процессов;
- улучшение качества предоставляемых услуг и выпускаемой продукции согласно требованиям потребителей;
- выявление реальных потребностей и оптимальное распределение ресурсов.

План мероприятий по результатам анализа СМК должен предусматривать распределение ответственности, сроки выполнения, при необходимости, ресурсы. План доводится до сведения всех заинтересованных лиц.

СМК-ДПК-4.2.3/02-2015	ОТДЕЛ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	Дата: 20.02.2015
Версия: 4	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА	Страница 67 из 69

6.3 Отчеты, записи с аналитическими отчетами и Планы мероприятий по результатам анализа СМК хранятся у ПРК в отдельном деле. Контроль выполнения Плана осуществляет ПРК. Записи с результатами выполненных мероприятий являются входными данными для последующего анализа СМК со стороны руководства ВШОЗ. При проведении анализа записей на постоянной основе рассматриваются следующие вопросы:

- удовлетворенность потребителей (в том числе претензии к качеству услуг/продукции);
- соответствие предоставляемых услуг предъявляемым требованиям;
- достижение намеченных целей и плановых показателей;
- выявленные несоответствия;
- рекомендации по улучшению деятельности.

6.4 Все отчеты, протоколы, записи об анализе СМК со стороны высшего руководства и План мероприятий по результатам анализа СМК хранятся у ПРК и поддерживаются в рабочем состоянии согласно требованиям процедуры качества «Управление записями».

7 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Ректор ВШОЗ несет ответственность за:

- утверждение настоящей процедуры и новых версий в случае возникновения изменений;
- применение данной процедуры;
- проведение анализа СМК со стороны руководства;
- утверждение протокола заседания Совета по качеству;
- утверждение Плана мероприятий по результатам анализа СМК и записей о качестве.

ПРК несет ответственность за:

- разработку и применение данной процедуры;
- организацию работ по подготовке Отчета о функционировании СМК для руководства;
- оформление протокола заседаний Совета по качеству;
- оформление Плана мероприятий по результатам анализа СМК и записей о качестве со стороны руководства и контроль его исполнения.

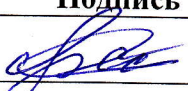
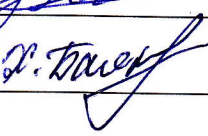
Сотрудники ВШОЗ и ответственные по СМК несут ответственность за:

- предоставление достоверных сведений для проведения анализа.

8 КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом ВШОЗ и не подлежит предоставлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов при проведении проверок качества и потребителей/клиентов по их официальному требованию/запросу с разрешения Ректора ВШОЗ.

Разработано (внесены дополнения и изменения):

Должность	Подпись	ФИО
Руководитель отдела СМК		Шегирбаева К.Б.
Специалист по качеству		Баянова Х.С.

[illegible]

[illegible]