

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Кемеровский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России**

**СВОДНЫЙ ОТЧЕТ-АНАЛИЗ
ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

2018

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННИЙ АУДИТ 2018 г.

Для оценки соответствия СМК и отдельных её процессов требованиям ГОСТ Р ИСО 9001– 2015 проводится внутренний аудит кафедр, структурных подразделений и процессов ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Целями внутреннего аудита являются:

- выявление несоответствий СМК Университета или отдельных ее процессов относительно требований, установленных документацией СМК;
- достижение соответствия СМК Университета или отдельных ее процессов запланированным мероприятиям (запланированному уровню их реализации);
- оценка результативности и эффективности функционирования СМК Университета или отдельных ее процессов;
- определение возможностей и путей улучшения СМК Университета или отдельных ее процессов.

Оценка эффективности осуществляется на основании анализа количества несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК и внутреннего аудита в подразделениях и на кафедрах, динамики изменения категорий несоответствий, анализа причин выявленных несоответствий, анализа запланированных и выполненных корректирующих действий по результатам предыдущего аудита. По данным внутреннего аудита определяется необходимость проведения корректирующих действий по устранению несоответствий в связи с их появлением или увеличением их количества.

В соответствии с приказом, планом-графиком и программой проведения процедуры внутреннего аудита (приложение1) группа аудиторов в составе 6 человек из числа ППС провела аудит 23 структурных подразделений и 48 кафедр Университета.

В ходе внутреннего аудита выявлено 237 несоответствий, из них 54 уведомления, 117 – незначительные несоответствия, 66 – значительные несоответствия. По сравнению с предыдущим периодом количество выявленных несоответствий выросло на 9%. Вместе с тем значительно

снизилось количество значительных несоответствий на 34% (100 в 2017 г), выросла доля уведомлений (+15%; 47 в 2017 г.) и незначительных несоответствий (+63%; 72 в 2017г.).

Наибольшая доля выявленных несоответствий приходится на отсутствие маркетинговых исследований, недобросовестное отношение к ведению документации СМК, некорректное оформление плана-отчета проведения мероприятий по устранению рисков, не ознакомление сотрудников с документами СМК.

Ведущими в структуре причин выявленных несоответствий являются: низкая исполнительская дисциплина, недостаточная информированность подразделения соответствующими службами, отсутствие необходимых ресурсов (приложение 2-8).

В 2017 году было запланировано 219 корректирующих мероприятий. Все мероприятия выполнены в полном объеме. В данном году запланировано 237 корректирующих мероприятий, из них выполнено 52, срок исполнения не истек.

По данным самообследования выявлено 46 несоответствий что на 80% меньше выявленных в ходе внутреннего аудита. Основные причины низкой выявляемости несоответствий в ходе самообследования это формальное отношение к процедуре, недостаточное информирование по вопросам проведения самообследования, низкая исполнительская дисциплина, отсутствие необходимых знаний СМК (приложение 2-8).

Таким образом, в соответствии с данными, полученными в ходе внутреннего аудита корректирующие мероприятия, предстоит направить на повышение исполнительской дисциплины, планирование и проведение консультационной работы с ответственными за СМК в подразделениях и на кафедрах по вопросам идентификации рисков и планированию мероприятий по их устранению, ведения документации, проведения и анализа маркетинговых исследований. Запланировать и провести дополнительное обследование кафедр и подразделений (2 раза в год) где выявлено наибольшее количество значительных несоответствий.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРИКАЗ

04.05.2018 г.

г. Кемерово

№ 279

О проведении внутреннего аудита
системы менеджмента качества

Для проверки соответствия стандартам качества и поддержания работы
СМК в структурных подразделениях Университета

п р и к а з ы в а ю:

1. Провести внутренний аудит кафедр и подразделений с 14 мая по
14 июня 2018 года в соответствии с графиком аудита (Приложение 1) и
программами аудита (Приложения 2, 3, 4).

2. Создать аудиторскую группу в составе:

Председатель - д.м.н., проф. Коськина Е.В. проректор по учебной
работе,

Секретарь – к.м.н., доц. Штернис Т.А. инженер по качеству ЦКО.

Члены аудиторской группы:

Штернис Т.А. к.м.н., доц., инженер по качеству ЦКО

Леванова Л.А. - заведующая кафедрой микробиологии, иммунологии и
вирусологии, д.м.н., доц.

Новикова О.Н. - руководитель учебно-методического управления,
д.м.н., доц.

Почуева Л.П. - декан медико-профилактического факультета, к.м.н.,
доц.

Салтанова Е.В. - ассистент кафедры медицинской и биологической
физики, зам. декана педиатрического факультета по учебной работе.

Шевалова Н.В. - начальник управления кадров.

Ректор д.м.н., проф.

Т.В. Попонникова

Приказ подготовил:

инженер

по качеству ЦКО

к.м.н., доцент

Т.А. Штернис

Согласовано:

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор

Е.В. Коськина

График проведения внутреннего аудита в 2018 году
(14 мая – 14 июня 2018 г.)

Группа аудиторов (проверяемые объекты):

1. Штернис Т.А.
2. Салтанова Е.В.
3. Новикова О.Н
4. Почуева Л.П.
5. Леванова Л.А.
6. Шевалова Н.В.

Даты и время проведения внутреннего аудита подлежат СОГЛАСОВАНИЮ

№	Структурные подразделения	Дата проверки
1.	Деканат лечебного факультета	21.05.18
2.	Деканат педиатрического факультета	21.05.18
3.	Деканат стоматологического факультета	21.05.18
4.	Деканат фармацевтического факультета	21.05.18
5.	Деканат медико-профилактического факультета	21.05.18
6.	Деканат ФППС	21.05.18
7.	Контрактная служба	21.05.18
8.	Управление кадров	23.05.18
9.	Административно-хозяйственное управление (+ ОТ и ТБ)	21.05.18
10.	Планово-финансовое управление	21.05.18
11.	Научное управление	21.05.18
12.	Центральная научно-исследовательская лаборатория	23.05.18
13.	Учебное управление	22.05.18
14.	Учебно-методическое управление	23.05.18
15.	Центр содействия трудоустройству выпускников	21.05.18
16.	Научная библиотека	21.05.18
17.	Центр довузовской подготовки	21.05.18
18.	Столовая	23.05.18
19.	Управление делопроизводством	23.05.18
20.	Студгородок	23.05.18
21.	Управление информационных технологий	22.05.18
22.	Отдел по работе с иностранными студентами	22.05.18
23.	Центр симуляционного обучения и аккредитации	23.05.18

№ п/п	Кафедры	Заведующий кафедрой	Дата проверки
1	кафедра акушерства и гинекологии №1	Мозес Вадим Гельевич	21.05.18
2	кафедра акушерства и гинекологии №2	Артымук Наталья Владимировна	21.05.18
3	кафедра анатомии человека	Зинчук Сергей Фадеевич	21.05.18
4	кафедра биологии с основами генетики и паразитологии	Начева Любовь Васильевна	23.05.18
5	кафедра гигиены	Коськина Елена Владимировна	23.05.18
6	кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии	Костин Владимир Иванович	22.05.18
7	кафедра госпитальной хирургии	Подолужный Валерий Иванович	23.05.18
8	кафедра дерматовенерологии	Каминская Татьяна Валентиновна	21.05.18
9	кафедра детских болезней	Анфиногенова Ольга Борисовна	22.05.18
10	кафедра детских хирургических болезней	Гордеев Сергей Михайлович	22.05.18
11	кафедра детской стоматологии, ортодонтии и пропедевтики стоматологических заболеваний	Киселева Елена Александровна	23.05.18
12	кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии	Гукина Людмила Владимировна	21.05.18
13	кафедра инфекционных болезней	Пивовар Ольга Ивановна	22.05.18
14	кафедра истории и психологии	Акименко Галина Васильевна	23.05.18
15	кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии	Барбараш Ольга Леонидовна	23.05.18
16	кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии	Юзмеев Валерий Хозевич	21.05.18
17	кафедра медицинской, биологической физики и высшей математики	Бухтоярова Валентина Ивановна	21.05.18
18	кафедра медицинской биохимии	Разумов Александр Сергеевич	23.05.18
19	кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии	Леванова Людмила Александровна	22.05.18
20	кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф	Сашко Александр Алексеевич	23.05.18
21	кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики	Субботин Анатолий Васильевич	22.05.18
22	кафедра нормальной физиологии	Кувшинов Дмитрий Юрьевич	22.05.18
23	кафедра общей хирургии	Торгунаков Аркадий Петрович	22.05.18
24	кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики	Царик Галина Николаевна	23.05.18
25	кафедра оториноларингологии и	Шабалдина Елена	23.05.18

	клинической иммунологии	Викторовна	
26	кафедра патологической анатомии и гистологии	Сидорова Ольга Дмитриевна	22.05.18
27	кафедра патологической физиологии	Лисаченко Геннадий Васильевич	23.05.18
28	кафедра педиатрии и неонатологии	Ровда Юрий Иванович	21.05.18
29	кафедра подготовки врачей первичного звена здравоохранения	Тарасов Николай Иванович	23.05.18
30	кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней	Перевощикова Нина Константиновна	23.05.18
31	кафедра поликлинической терапии и сестринского дела	Помыткина Татьяна Евгеньевна	23.05.18
32	кафедра пропедевтики внутренних болезней	Раскина Татьяна Алексеевна	23.05.18
33	кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии	Селедцов Александр Михайлович	23.05.18
34	кафедра судебной медицины и медицинского права	Грачева Татьяна Юрьевна	23.05.18
35	кафедра терапевтической и ортопедической стоматологии с курсом материаловедения	Те Елена Александровна	23.05.18
36	кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии	Соловьева Маргарита Олеговна	23.05.18
37	кафедра травматологии с курсом реанимации, медицинской реабилитации и физической культуры	Ардашев Игорь Петрович	21.05.18
38	кафедра управления и экономики фармации	Петров Георгий Петрович	22.05.18
39	кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и эндокринологии	Фомина Наталья Викторовна	22.05.18
40	кафедра факультетской хирургии, урологии	Лишов Евгений Владимирович	22.05.18
41	Кафедра фармакологии	Денисова Светлана Викторовна	21.05.18
42	Кафедра фармацевтической технологии и фармакогнозии	Танцерева Ирина Герасимовна	22.05.18
43	кафедра фармацевтической химии	Кузнецов Петр Васильевич	22.05.18
44	кафедра философии и культурологии	Жуков Владимир Дмитриевич	23.05.18
45	кафедра фтизиатрии	Пьянзова Татьяна Владимировна	23.05.18
46	кафедра хирургической стоматологии, ЧЛХ с курсом офтальмологии	Пылков Александр Иванович	23.05.18
47	кафедра химии	Гришаева Ольга Васильевна	23.05.18
48	кафедра эпидемиологии	Брусина Елена Борисовна	21.05.18

ПРОГРАММА
внутреннего аудита КАФЕДР КемГМУ в 2018 году
на соответствие требованиям международного стандарта ГОСТ ISO 9001:2015

Пункт ГОСТ Р ИСО 9001:2015	Основные требования стандарта
7.5.	Документированная информация
	Наличие, порядок учёта и хранения документированной информации СМК:
	«Руководство по качеству» (сайт Университета)
	Стандартов документированных процедур и карт процессов (сайт Университета)
	Внутренней документированной информации базового уровня:
	Устава Университета (сайт Университета)
	Правил внутреннего распорядка (сайт Университета)
	Положения о кафедре (сайт Университета)
	Должностных инструкций сотрудников кафедры
	Штатного расписания кафедры
	Положение о балльно-рейтинговой системе оценки знаний студентов (сайт Университета)
	Регламента подготовки и проведения экзаменов по дисциплинам кафедры (сайт Университета)
	Копий приказов, распоряжений, докладных и служебных записок
	Наличие записей об ознакомлении работников кафедры с документированной информацией СМК (<u>Журнал регистрации и ознакомления с распорядительными, организационными и информационно-справочными документами СМК</u>)
	Наличие на кафедре:
	План-отчета работы кафедры на учебный год
	Протоколов заседаний кафедры
	Журнала контроля исполнения решений кафедральных совещаний
	Документированной информации базового уровня внешнего происхождения:
	Положения об итоговой государственной аттестации выпускников (сайт Университета)
	Федеральных государственных образовательных стандартов по направлениям (профилям) подготовки кадров, специальностям (сайт Университета)
	ISO 9001:2015. Системы менеджмента качества. Требования (сайт Университета)
5.2.2.	Доведение политики в области качества
	Доведение политики в области качества до работников кафедры, её наглядное отражение (<u>Журнал регистрации и ознакомления с распорядительными, организационными и информационно-справочными документами СМК</u>)
6.1.	Действия по реагированию на риски и возможности
	Наличие паспорта рисков и плана-отчета мероприятий по устранению рисков
6.2.	Цели в области качества и планирование их достижения
	Установление измеряемых целей в области качества на учебный год, их отражение в план-отчете работы кафедры на учебный год
7.2. – 7.3.	Компетентность и осведомлённость
	Степень укомплектованности кафедры работниками в соответствии со штатным расписанием.
	Удельный вес численности ППС с учёными степенями и/или учёными званиями в общей численности ППС кафедры (по штатному расписанию ППС, по совместителям)

Пункт ГОСТ Р ИСО 9001:2015	Основные требования стандарта
	Наличие в составе кафедры аспирантов, прикрепленных соискателей, их закрепление за научными руководителями, консультантами
	Перспективный план повышения квалификации ППС, степень его реализации
	Отчеты ППС о повышении квалификации
7.1.3.	Инфраструктура
	Помещения (площади), закрепленные за кафедрой
	Наличие лабораторий (клинической базы)
	Техническая оснащенность рабочих мест (наличие персональных компьютеров, программного обеспечения, принтеров, множительной техники, справочно-информационного фонда, Интернета)
8.1.	Планирование деятельности и управление ею
	Планирование образовательного процесса и научной деятельности
	Знание работниками кафедры основного содержания документированной информации СМК: <ul style="list-style-type: none"> • ДП «Проектирование и разработка образовательных программ»; • ДП «Научные исследования и разработки»; • ИК «Реализация образовательных программ»; • Положение о научной деятельности кафедры.
8.2.2.	Установление (определение) требований, относящихся к продукции и услугам Наличие на кафедре актуального ФГОС по направлениям (профилям) подготовки кадров, специальностям
9.1.2.	Удовлетворенность потребителей
	Мониторинг и анализ удовлетворенности потребителей
	Меры, принятые кафедрой по результатам социологических исследований степени удовлетворенности потребителей
	Наличие, идентификация и хранение рабочих учебных планов образовательных программ по соответствующим направлениям (профилям) подготовки;
8.5.1.	Управление производством продукции и предоставлением услуг
	Наличие, идентификация и порядок хранения номенклатуры дел кафедры:
	Утвержденная номенклатура дел кафедры
	Расчет учебной нагрузки профессорско-преподавательского состава на учебный год
	Индивидуальных план-отчетов работы преподавателя на учебный год.
	План-отчета работы кафедры на учебный год, отражающего мероприятия по учебной, учебно-методической, научно-исследовательской и воспитательной работе
	Списков закрепления профессорско-преподавательского состава за темами студенческих научных работ
	Программы практики студентов
	Рабочих учебных программ/УМОД учебных дисциплин, закрепленных за кафедрой
	Расписания (графика) отработок теоретических и практических занятий, проводимых ППС со студентами
	Плана (графика) взаимопосещений профессорско-преподавательским составом учебных занятий
	Плана СНК кафедры на учебный год
	Учебно-методическое обеспечение преподаваемых дисциплин
	Осуществление образовательного процесса
	Знание работниками кафедры основного содержания документированной информации СМК: <ul style="list-style-type: none"> • ИК «Реализация образовательных программ»; • Положения о системе контроля качества обучения
	Осуществление образовательного процесса
	Обсуждение методологии проведения учебных занятий на заседаниях кафедры

Пункт ГОСТ Р ИСО 9001:2015	Основные требования стандарта
	Использование современных образовательных технологий и технических средств обучения
	Наличие отчётов о взаимопосещениях профессорско-преподавательским составом учебных занятий
	Обсуждение результатов взаимопосещений профессорско-преподавательским составом учебных занятий на заседаниях кафедры
	Контроль руководством кафедры качества проведения учебных занятий
	Участие профессорско-преподавательского состава кафедры:
	в плановых НИР КемГМУ;
	в грантах;
	в хоздоговорных темах;
	в работе конференций, симпозиумов, «круглых столов», семинаров
	Издание профессорско-преподавательским составом монографий
	Публикация профессорско-преподавательским составом научных статей
	Организация и руководство научно-исследовательской работой студентов
	Проверка руководством кафедры проведения профессорско-преподавательским составом оценки знаний обучающихся
	Обсуждение результатов текущего контроля успеваемости студентов, зачётно-экзаменационных сессий на заседаниях кафедры
	Обсуждение результатов проведения практики студентов, итоговой аттестации выпускников на заседаниях кафедры
	Обеспечение структурно-логических связей между изучаемыми дисциплинами различных циклов и курсов по соответствующей специальности (направлению, профилю).
	Развитие межкафедральных связей по специальности
	Наличие ФОС по дисциплинам кафедры
8.5.2.	Идентификация и прослеживаемость
	Наличие, учёт, правильность оформления, хранение ведомостей текущего контроля успеваемости студентов, зачётных и экзаменационных ведомостей
	Мониторинг и анализ анкетирования обучающихся о качестве проведения учебных занятий, организации практики студентов
	Заслушивание отчётов аспирантов и соискателей о выполнении ими индивидуальных планов на заседаниях кафедры, проведение их ежегодной аттестации на кафедре
	Анализ и обсуждение на заседаниях кафедры работы исполнителей по реализации плана НИР
	Прослеживаемость выполнения профессорско-преподавательским составом научных работ
	Верификация научных изданий (рецензии, экспертные заключения)
	Валидация научных изданий на предмет их использования в образовательном процессе
	Наличие документированной информации, отражающей деятельность по организации научно-исследовательской работы студентов
	Реализация Плана воспитательной работы со студентами
8.5.4.	Сохранение Наличие, учёт и хранение письменных работ студентов (курсовых работ, рефератов, дневников по практике и т.д.)
9.1.2.	Мониторинг и анализ удовлетворённости внутренних и внешних потребителей
9.1.	Мониторинг, измерение, анализ и оценка
	Степени достижения целей в области качества на учебный год
	Результатов текущего контроля успеваемости студентов, зачетно-экзаменационных сессий, итоговой аттестации выпускников (в протоколах заседаний кафедры, плане/отчете коррекционных мероприятий)

Пункт ГОСТ Р ИСО 9001:2015	Основные требования стандарта
	Качества научной продукции, своевременности защиты запланированных диссертаций (в протоколах заседаний кафедры, плане/ отчете коррекционных мероприятий)
	Маркетинговые исследования удовлетворенности потребителей (в протоколах заседаний кафедры, плане/ отчете коррекционных мероприятий)
10.	Улучшения
	Механизм управления несоответствующей продукцией:
	Неудовлетворительными знаниями студентов по результатам текущего контроля успеваемости, зачётно-экзаменационных сессий, итоговой аттестации выпускников
	Несоблюдением студентами сроков итогового контроля
	Несоблюдением аспирантами сроков выполнения индивидуальных планов
	Меры по улучшению учебной, учебно-методической, научной и воспитательной работы кафедры
	Корректирующие действия
	Выполнение корректирующих действий по несоответствиям, выявленным в процессе предыдущего внутреннего аудита
	Планирование корректирующих действий, их реализация

Приложение № 3
к приказу от 04.05.2018 г. № 279

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА
внутреннего аудита ПРОЦЕССОВ СМК КемГМУ в 2018 году
на соответствие требованиям международного стандарта ISO 9001:2015

Пункт ГОСТ ISO 9001:2015	Основные требования стандарта
4	КОНТЕКСТ ОРГАНИЗАЦИИ (УСЛОВИЯ, В КОТОРЫХ ФУНКЦИОНИРУЕТ ОРГАНИЗАЦИЯ)
4.1.	Понимание организации и ее контекста (условий, в которых она функционирует)
	Мониторинг и анализ внешних и внутренних факторов организации
4.2.	Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон
	Мониторинг и анализ потребностей и ожиданий заинтересованных сторон
4.3.	Установление (определение) области применения системы менеджмента качества
	Анализ внешних и внутренних факторов организации
	Мониторинг требований соответствующих заинтересованных сторон
	Анализ выпускаемой продукции и предоставляемых услуг
	Свидетельства ведения записей по проверяемому процессу
5.	ЛИДЕРСТВО
5.2.	Политика
5.2.1 – 5.2.2.	Разработка и доведение политики в области качества
	Механизмы разработки и процедура доведение политики в области качества
5.3.	Роли, ответственность и полномочия в организации

	Ответственность и полномочия работников, обеспечивающих функционирование процесса
6.	ПЛАНИРОВАНИЕ
6.1.	Действия по реагированию на риски и возможности
	Механизм управления рисками
	Выполнение мероприятий по устранению рисков
	Практика планирования и реализации мероприятий по устранению рисков по процессу
	Мониторинг управление рисками
6.2.	Цели в области качества и планирование их достижения
	Механизм достижения целей КемГМУ в области качества на учебный год посредством проверяемого процесса
	Степень соответствия показателей и критериев оценки результативности процесса целям КемГМУ в области качества на учебный (календарный) год
7.	ПОДДЕРЖКА
7.1.	Ресурсы
	Обеспечение процесса ресурсами, необходимыми для его функционирования и постоянного повышения результативности, удовлетворения потребностей потребителей
7.1.3.	Инфраструктура
	Степень соответствия инфраструктуры процесса предъявляемым требованиям
	План/отчет (программа) поддержания инфраструктуры процесса в рабочем состоянии
7.2 – 7.3	Компетентность и осведомленность
	Нормативные документы, определяющие требования к уровню компетентности работников, обеспечивающих функционирование проверяемого процесса
	Формы повышения компетентности (квалификации) работников, вовлеченных в процесс
7.4.	Коммуникация
	Механизм обмена информацией между структурными подразделениями в рамках проверяемого процесса
8.	ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
8.1.	Планирование деятельности и управление ею
	Свидетельства планирования мероприятий в рамках процесса
8.2.	Требования к продукции и услугам
	Свидетельства учета законодательных и нормативных требований, требований потребителей к услугам и/или продукции
8.2.1.	Коммуникация с потребителями
	Механизм информации потребителей об оказываемых услугах
8.2.2. – 8.2.3.	Установление (определение) и анализ требований, относящихся к продукции и услугам
	Мониторинг и анализ потребностей, ожиданий и жалоб, замечаний потребителей
8.3.	Проектирование и разработка продукции и услуг
8.3.2.	Планирование деятельности по проектированию и разработке
	Основные стадии проектирования и разработки (документированные процедуры процесса)
	Свидетельства соблюдения ДП проверяемого процесса
8.3.3.	Исходные данные («входы») для проектирования и разработки

	Входы и входная информация процесса
8.3.5.	Итоговые результаты («выходы») проектирования и разработки
	Выходы и выходная информация процесса
8.3.6.	Изменения в проектировании и разработке
	Механизм управления изменениями в проекте и разработке
8.5.	Производство продукции и предоставление услуг
	Свидетельства осуществления деятельности по оказанию услуг
	Свидетельства валидации, идентификации и прослеживаемости процесса оказания услуг
8.5.2 - 8.5.4	Механизм идентификации, верификации и обеспечения сохранности собственности потребителя
	Механизм обеспечения соответствия услуг (продукции)
8.5.6.	Управление изменениями
	Измерения, проводимые для предоставления свидетельств соответствия продукции установленным требованиям, средства, необходимые для этих измерений
9.	ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
9.1.	Мониторинг, измерение, анализ и оценка
	Методы осуществления мониторинга, измерения и оценки результативности процесса
	Свидетельства мониторинга показателей и критериев оценки результативности процесса
	Степень результативности процесса за предыдущий учебный (календарный) год
9.1.2.	Удовлетворенность потребителя
	Методы, применяемые для мониторинга и измерения удовлетворенности потребителей
	Свидетельства мониторинга информации об удовлетворенности потребителей выполнением их требований (отзывы, жалобы, замечания, материалы социологических исследований)
10.	УЛУЧШЕНИЯ
10.2.	Несоответствия и корректирующие действия
	Реальные и потенциальные (возможные) виды несоответствующей продукции в рамках процесса
	Механизм управления несоответствующей продукцией
	Выполнение корректирующих действий по несоответствиям, выявленным в ходе предыдущего внутреннего аудита
	Практика планирования и реализации корректирующих действий по процессу
10.3	Постоянное улучшение
	Основные направления улучшения процесса
	Свидетельства реализации мер по повышению результативности процесса

Приложение № 4
к приказу от 04.05.2018 г. № 279

**ТИПОВАЯ ПРОГРАММА
внутреннего аудита ФАКУЛЬТЕТОВ КемГМУ в 2018 году
на соответствие требованиям международного стандарта ISO 9001:2015**

Пункт ГОСТ ISO 9001:2015	Основные требования стандарта
5.2.2.	Доведение политики в области качества
	Доведение политики в области качества до сотрудников обучающихся факультета, её наглядное отражение
6.1.	Действия по реагированию на риски и возможности
	Наличие паспорта рисков и плана-отчета мероприятий по устранению рисков
6.2.	Цели в области качества и планирование их достижения
	Установление измеряемых целей в области качества на учебный год, их отражение в плане/отчете работы факультета на учебный год
7.1.3	Инфраструктура
	Обеспеченность работников деканата помещениями
	Техническая оснащенность рабочих мест деканата (наличие персональных компьютеров, программного обеспечения, множительной техники, Интернета)
7.2 – 7.3.	Компетентность и осведомленность
	Степень укомплектованности деканата факультета работниками в соответствии со штатным расписанием
	Основные формы повышения квалификации работниками деканата
	Знание работниками деканата факультета содержания документированной информации СМК
7.4.	Обмен информацией
	Информационное наполнение Web- страницы факультета и своевременность обновления информации
7.5.	Документированная информация
	<i>Наличие, порядок учёта и хранения документированной информации СМК:</i>
	«Руководство по качеству»
	Стандартов документированных процедур и карт процессов
	<i>Внутренней документированной информации базового уровня:</i>
	Устава КемГМУ
	Правил внутреннего распорядка
	Решений Учёного совета
	Решений Совета по качеству
	Решений Совета факультета
	Положения о факультете
	Положения о студенческом общежитии
	Регламента подготовки и проведения экзаменов
	Положения о рейтинговой системе оценки знаний студентов
	Положения о кураторе студенческой группы
	Положения о назначении стипендий и иных доплат
	Положения о переходе студентов с платного на бесплатное обучение.
	Копий приказов, распоряжений, докладных и служебных записок.
	Положения о практиках
	Положения об итоговой государственной аттестации
	<i>Документированной информации базового уровня внешнего происхождения:</i>
	Федеральных государственных образовательных стандартов по направлениям подготовки кадров, специальностям.
	Международного стандарта ISO 9001:2015. Системы менеджмента качества. Требования.
	Ведение делопроизводства в деканате

Пункт ГОСТ ISO 9001:2015	Основные требования стандарта
	Наличие документированной информации об ознакомлении работников деканатов с документами СМК
	Наличие на факультете:
	Стратегического плана развития факультета
	Плана/отчета работы факультета на учебный год
	Протоколов:
	Заседаний Совета факультета
8.1.	Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла продукции и услуг
	Знание работниками факультета основного содержания документированной информации СМК: <ul style="list-style-type: none"> • ИК «Проектирование и разработка образовательных программ» • ИК «Воспитательная и внеучебная работа» • ДП «Научные исследования и разработки»
	Знание работниками деканата основного содержания стандартов карт процессов деканата
8.2.2.	Определение требований, относящихся к продукции и услугам
	Наличие на факультете ФГОС по направлениям (профилям) подготовки кадров, специальностям
	Мониторинг и анализ потребностей обучающихся
	Меры, предпринятые факультетом по результатам социологических исследований степени удовлетворённости потребителей
8.3.	Проектирование и разработка продукции и услуг
	Меры, предпринятые факультетом по обеспечению соответствия уровня подготовки выпускников предъявляемым требованиям (в аспекте отчётов по ЭК и ГАК)
8.5.1.	Управление производством продукции и предоставлением услуг
	Контроль и анализ посещаемости студентами учебных занятий и меры по недопущению пропусков занятий без уважительных причин
	Контроль качества проведения учебных занятий профессорско-преподавательским составом
	Организация проведения текущего контроля успеваемости обучающихся, зачётов и экзаменов
	Анализ результатов текущего контроля успеваемости студентов, зачётно-экзаменационных сессий
	Руководство производственной практикой студентов
	Подготовка документов для работы ГАК и экзаменационных комиссий
	Анализ результатов проведения практики студентов, итоговой аттестации выпускников
	Поощрения и дисциплинарная ответственность, их отражение в приказах и учебных карточках студентов
	Знание работниками деканата основного содержания стандартов карт процессов деканата
8.5.4.	Сохранение:
	Списков студентов по учебным группам
	Расписания учебных занятий на соответствующее полугодие текущего года
	Наличие, учёт и хранение зачётных ведомостей студентов
8.7.	Управление несоответствующими результатами процессов

Пункт ГОСТ ISO 9001:2015	Основные требования стандарта
	Неудовлетворительными знаниями студентов по результатам текущего контроля успеваемости, зачётно-экзаменационных сессий, итоговой аттестации выпускников
	Несоблюдением студентами сроков контрольных точек
	Несоблюдением студентами требований Устава Академии, Правил внутреннего распорядка, Положения о студенческом общежитии
9.1.	Мониторинг, измерение, анализ и оценка:
	степени достижения целей в области качества на учебный год
	результатов текущего контроля успеваемости студентов, зачетно-экзаменационных сессий, итоговой аттестации выпускников
9.1.2.	Удовлетворенность потребителей
	Мониторинг и анализ удовлетворённости внутренних и внешних потребителей
	Мониторинг и анализ отзывов и жалоб обучающихся о качестве проведения учебных занятий, организации практики студентов
	Степень реализации плана воспитательной работы со студентами
10.	Улучшения
10.2.	Несоответствия и корректирующие действия
	Выполнение корректирующих действий по несоответствиям, выявленным в процессе предыдущего внутреннего аудита
	Планирование корректирующих действий, их реализация

ПРИЛОЖЕНИЯ 2-8

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА КАФЕДРАХ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА в 2018 г.

Структурное подразделение	Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК	Количество несоответствий выявленных в ходе внутреннего аудита СМК	Количество несоответствий по категориям			Причины выявленных несоответствий							Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Подпись уполномоченного по качеству подразделения КемГМУ
			1	2	3	1	2	3	4	5	6	7					
деканат лечебного факультета	0	3	1	2	-	1	-	-	-	-	1	1	3	3	3		
кафедра акушерства и гинекологии №1	0	6	2	2	2	6	-	-	-	-	-	-	4	4	6		
кафедра кардиологии ии ССХ	0	3	-	2	1	1	-	-	-	1	1	-	5	5	3		
кафедра патофизиологии	-	4	2	1	1	-	-	-	1	1	2	-	2	2	4		
кафедра госпитальной хирургии	0	5	1	2	2	2	-	-	-	-	3	-	3	3	5		
кафедра травматологии с курсом реанимации, мед реабилитации и физкультуры	0	5	-	2	3	4	-	-	1	-	-	-	3	3	5		
кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии	2	3	1	1	1	2	-	-	-	-	1	-	5	5	3		

кафедра поликлиническо й терапии и сестринского дела	1	2	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	3	3	2		
кафедра факультетской хирургии, урологии	0	3	-	1	2	3	-	-	-	-	-	-	2	2	3		
кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии	-	6	-	3	3	1	4	-	-	-	1	-	6	6	6		
кафедра пропедвтики внутренних болезней	0	3	1	1	1	1	-	-	1	-	1	-	2	2	3		
кафедра неврологии, нейрохирургии и мед генетики	-	4	1	1	2	1	-	-	-	-	2	1	4	4	4		
кафедра патологической анатомии и гистологи	2	6	1	4	1	2	-	-	1	-	3	-	6	6	6		
кафедра нормальной физиологии	2	3	1	2		1	-	-	-	-	1	1	3	3	3		
кафедра общей хирургии	-	6	-	3	3	4	1	-	-	-	-	1	1	1	6		
кафедра судебной медицины	2	5	2	2	1	1	4					-	11	11	5		
кафедра факультетской терапии	0	2	2								2		1	1	2	2	

кафедра топографическо й анатомии и оперативной хирургии	-	3	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0	4	4	3	3	
кафедра медицинской биохимии	3	5	1	3	1	4	0	0	0	0	6	-			5		
ИТОГО:	12	77	18	32	27	38	9	0	4	2	25	4	68	68	77	5	

Примечание. **Причины несоответствий:** 1 – низкая исполнительская дисциплина, 2 – отсутствие необходимых ресурсов, 3 – недостаточность полномочий, 4 – зависимость от «поставщика» предыдущего процесса, 5 – отсутствие необходимой квалификации персонала, 6 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами, 7 – прочие.

Самооценка СМК на кафедрах: Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК на кафедрах лечебного факультета в 2018г. составило 12. Низкая выявляемость несоответствий в ходе самооценки СМК на кафедрах обусловлена недостаточной информированностью кафедр в вопросах СМК и низкой исполнительской дисциплиной, а также некорректно сформулированными критериями для самооценки СМК. Пять кафедр лечебного факультета (**кафедра патофизиологии; кафедра лучевой диагностики; лучевой терапии и онкологии, кафедра неврологии, нейрохирургии и мед генетики; кафедра общей хирургии; кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии**) самооценку СМК не предоставили.

В 2018 году в результате внутреннего аудита на кафедрах лечебного факультета выявлено 77 несоответствий, что на 23% больше, чем в 2017 г. (63 несоответствия Рис 1).

В сравнении с 2017 годом увеличилось количество выявленных несоответствий в виде уведомлений с 13 до 18, количество незначительных несоответствий с 16 до 32 и сократилось число значительных несоответствий с 34 до 27 (Рис. 2-3).

Причины выявленных несоответствий на лечебном факультете:

46% - низкая исполнительская дисциплина сотрудников;

11% - отсутствие необходимых ресурсов

2% - отсутствие необходимой квалификации персонала

5% - зависимость от «поставщика» предыдущего процесса

31% - недостаточная информированность подразделения соответствующими службами;

5% – причин (Рис. 4)

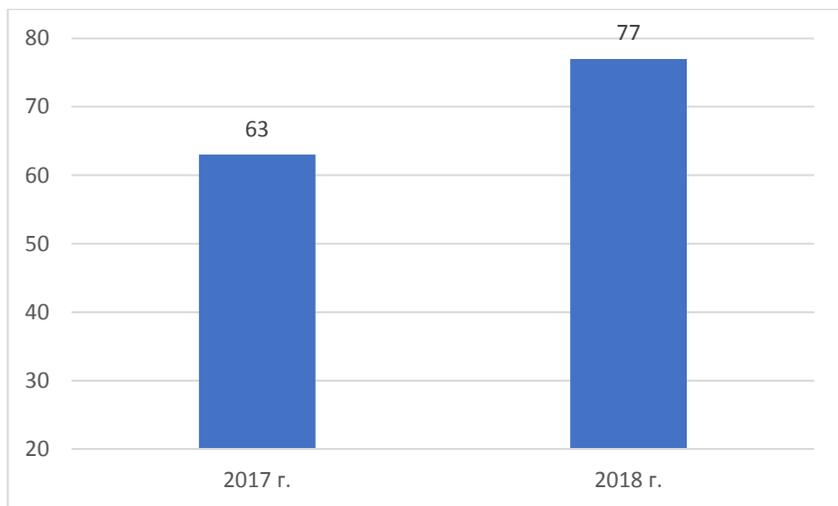


Рис. 1 Динамика выявленных несоответствий 2017-2018 гг.

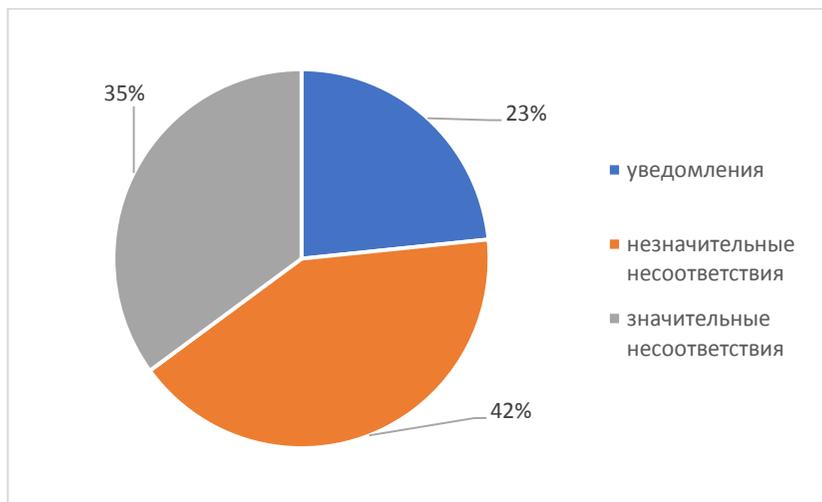


Рис. 2 Категории несоответствий 2018 г.

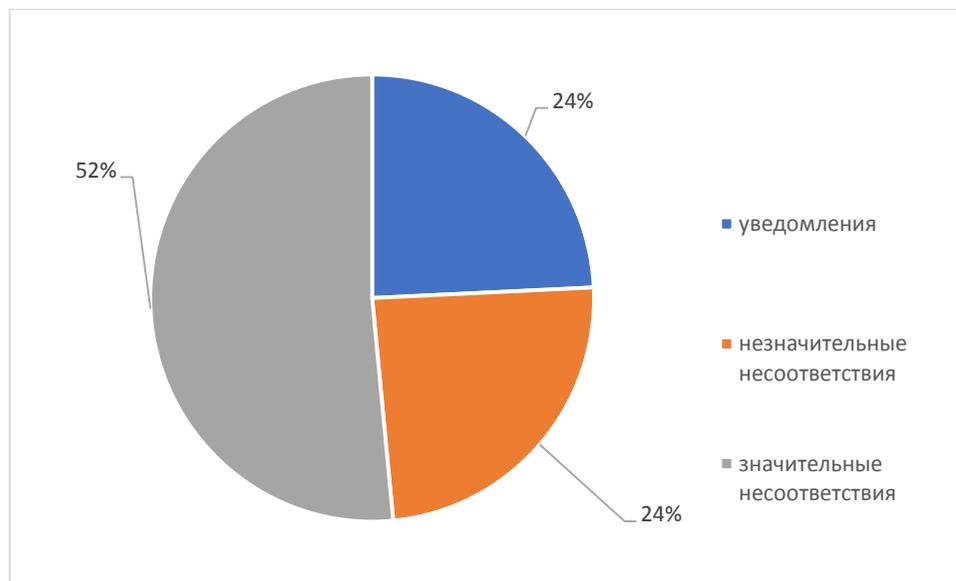


Рис. 3 Категории несоответствий 2017 г.

В сравнении с **2017 годом** уменьшилось количество причин несоответствий, связанных с низкой исполнительской дисциплиной с 45 до 38, по причине отсутствия необходимых ресурсов с 9 до 4, отсутствия необходимой квалификации с 6 до 2.

Не значительно, с 1 до 4, увеличилось количество причин несоответствий, зависящих от «поставщика» предыдущего процесса. В эту категорию вошли такие как «смена заведующего кафедрой», разделение или объединение кафедр, по причине которых новый персонал не успел устранить выявленные несоответствия.

Значительно, по сравнению с предыдущим период увеличилась доля несоответствий связанная с недостаточным информированием соответствующими службами с 3 до 31 (рис. 5). Кафедры и деканат лечебного факультета выразили необходимость в информировании по вопросам СМК, организации дополнительных консультаций.

В 2017 году запланировано 73 корректирующих действий по устранению несоответствий, которые были выполнены в установленные сроки.

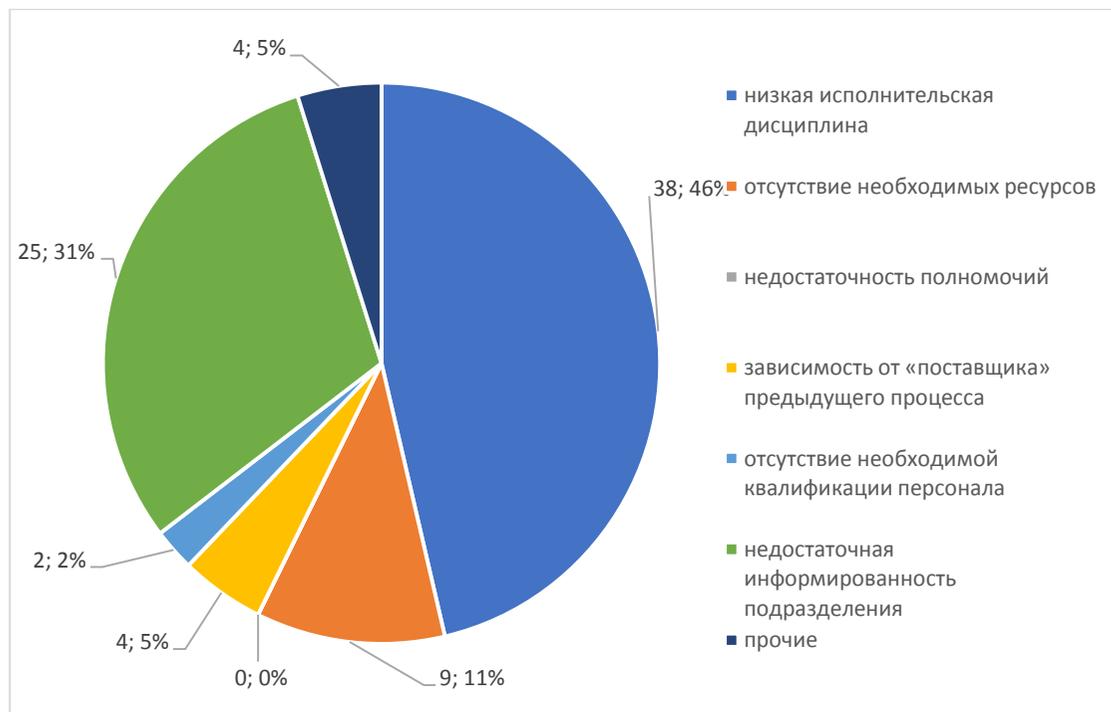


Рис. 4. Причины выявленных несоответствий в 2018 году

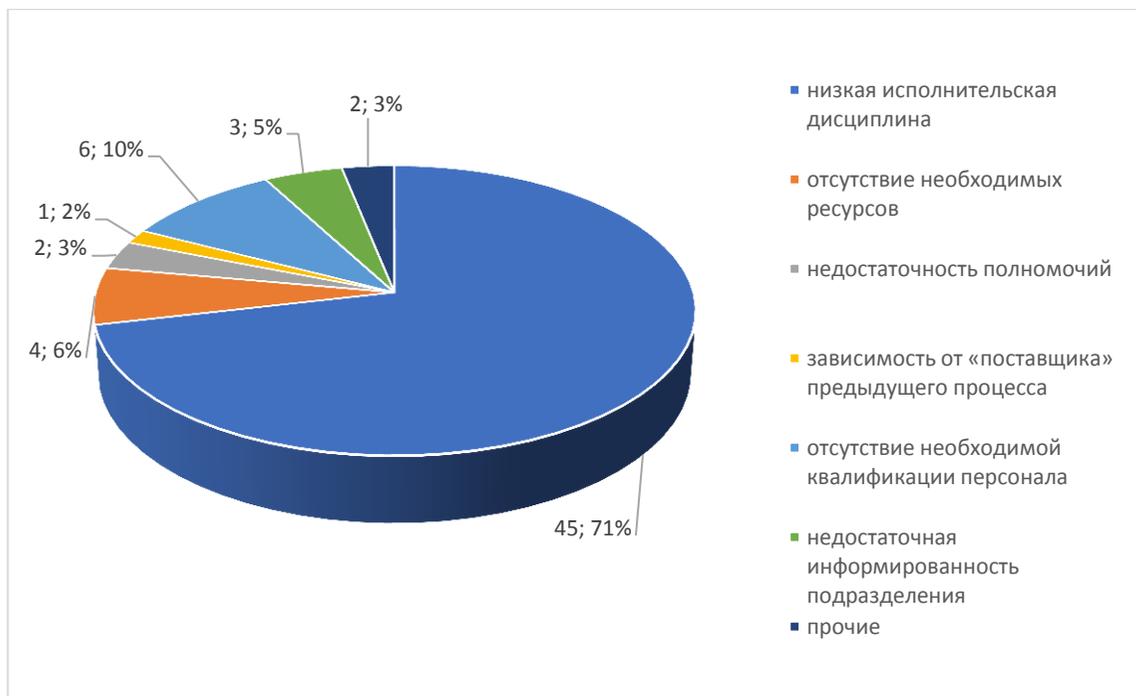


Рис. 5. Причины выявленных несоответствий в 2017 году

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Штернис Т.А. _____ 2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА КАФЕДРАХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА в 2018 г.

Структурное подразделение	Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК	Количество несоответствий выявленных в ходе внутреннего аудита СМК	Количество несоответствий по категориям			Причины выявленных несоответствий							Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в 2017 году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в 2017 году	Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в 2018 году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в 2018 году	Подпись уполномоченного по качеству подразделения КемГМУ
			1	2	3	1	2	3	4	5	6	7					
0.Деканат ПФ	0	1	1									1	1	1	1		
1.Акушерства и гинекологии №2	0	1	1									1	6	6	1		
2. Анатомии человека	3	5	1	4		3						2	1	1	5		
3.Детских болезней	0	2		2								2	1	1	2		
4. Детских хирургических болезней	-	7	2	4	1	4							3	3	7		
5. Иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии	0	1	1			1							2	2	1	1	
6.Педиатрии и неонатологии	-	2	2										2	3	3	2	
7. Поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней	1	4	4			3							1	3	3	4	
8.Психиатрии, наркологии и медицинской психологии	1	2	1	1		1							1	2	2	2	
9. Философии и культурологии	1	2		2		2								5	5	2	
10 Фтизиатрии	1	1		1		1								6	6	1	

Всего по каф:	7	27	12	14	1	15				10	2	32	32	27	1	
ИТОГО	7	28	13	14	1	15				11	2	33	33	28	2	

Примечание. **Причины несоответствий:** 1 – низкая исполнительская дисциплина, 2 – отсутствие необходимых ресурсов, 3 – недостаточность полномочий, 4 – зависимость от «поставщика» предыдущего процесса, 5 – отсутствие необходимой квалификации персонала, 6 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами, 7 – прочие.

Самооценка СМК на кафедрах: Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК на кафедрах педиатрического факультета в 2018г. составило 7. Низкая выявляемость несоответствий в ходе самооценки СМК на кафедрах обусловлена недостаточной информированностью кафедр в вопросах СМК и низкой исполнительской дисциплиной, а также некорректно сформулированными критериями для самооценки СМК.

Из общего числа (10) кафедр педиатрического факультета, представленных на внутренний аудит в 2018 г., 2 кафедры (**кафедра детских хирургических болезней, кафедра педиатрии и неонатологии**) самооценку СМК не предоставили.

В 2018 году в результате внутреннего аудита на 10 кафедрах педиатрического факультета выявлено 27 несоответствий, что на 16% меньше по сравнению с прошлым 2017 г. (32 несоответствия. Рис 1). В сравнении с 2017 годом увеличилось количество выявленных несоответствий в виде уведомлений с 2 до 12, количество незначительных несоответствий с 12 до 14 и значительно сократилось число значительных несоответствий с 18 до 1. В результате аудита в 2018 и 2017годах в деканате Педфака выявлено по 1 несоответствию в виде уведомления (Рис. 2-3).

В итоге на кафедрах и деканате педиатрического факультета в 2018 году выявлено 28 несоответствий.

Причины выявленных несоответствий на кафедрах и деканате:

15 - низкая исполнительская дисциплина сотрудников;

11 - недостаточная информированность подразделения соответствующими службами;

2 – прочие (рис. 4)

В сравнении с **2017 годом** на кафедрах и деканате педиатрического факультета уменьшилось количество причин несоответствий, связанных с низкой исполнительской дисциплиной с 28 до 15, увеличилось количество причин несоответствий, связанных с недостаточной информированностью подразделения соответствующими службами с 3 до 11 и практически не изменились причины, относящиеся к прочим (2).

В 2017 году запланировано 33 корректирующих действий по устранению несоответствий, которые были выполнены в установленные сроки. По данным аудита 2018 года запланировано 28 корректирующих действий. Срок исполнения не истек (Рис. 4-5).

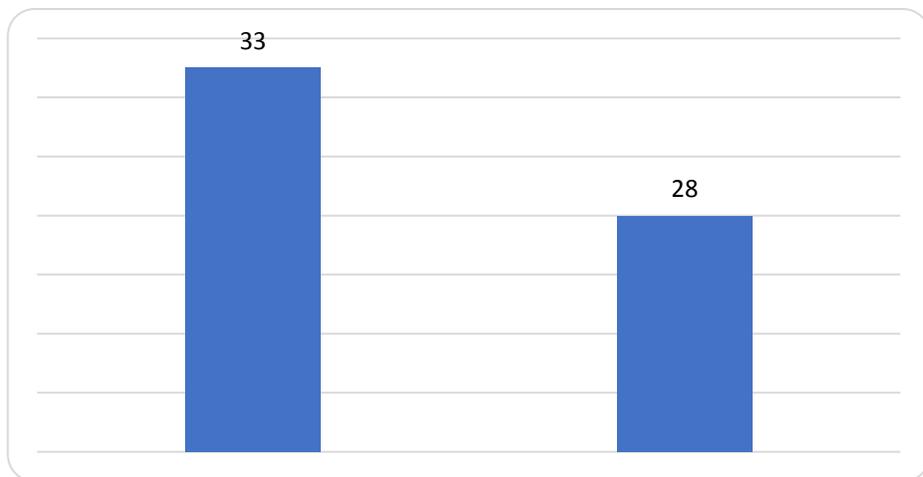


Рис. 1 Динамика выявленных несоответствий 2017 -2018 гг

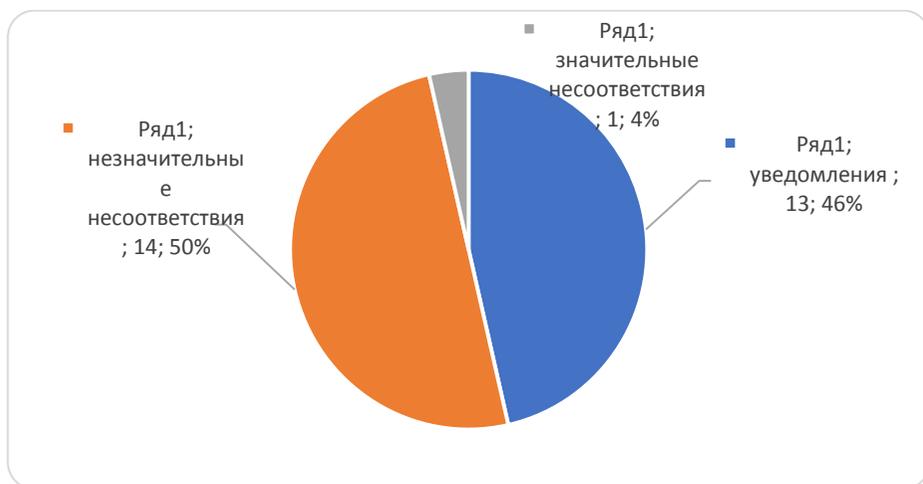


Рис. 2. Категории выявленных несоответствий 2018 г.

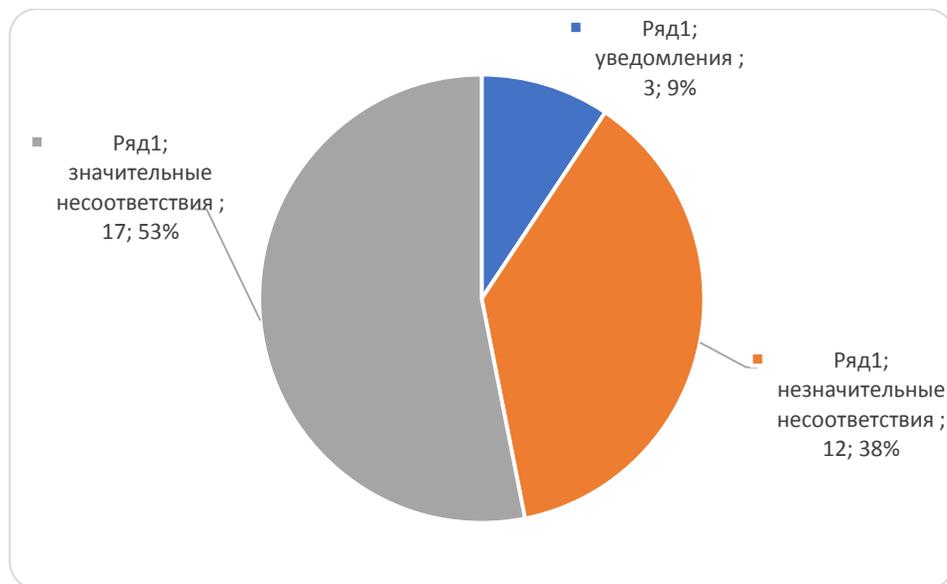
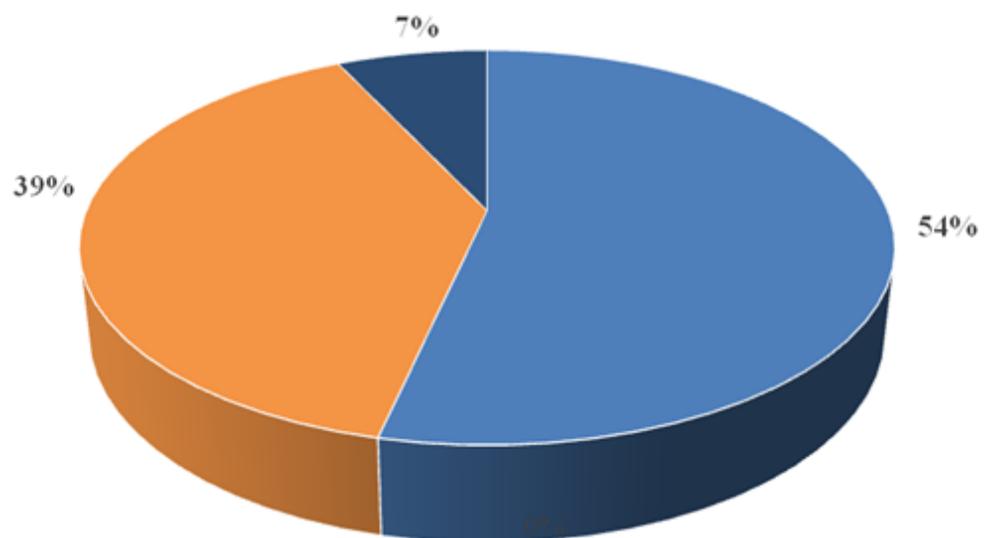


Рис. 3 Категории выявленных несоответствий 2017 г

Причины выявленных несоответствий в 2018г.



- низкая исполнительская дисциплина
- недостаточная информированность подразделения соответствующими службами
- прочие

Рис. 4 Причины выявленных несоответствий 2018 г

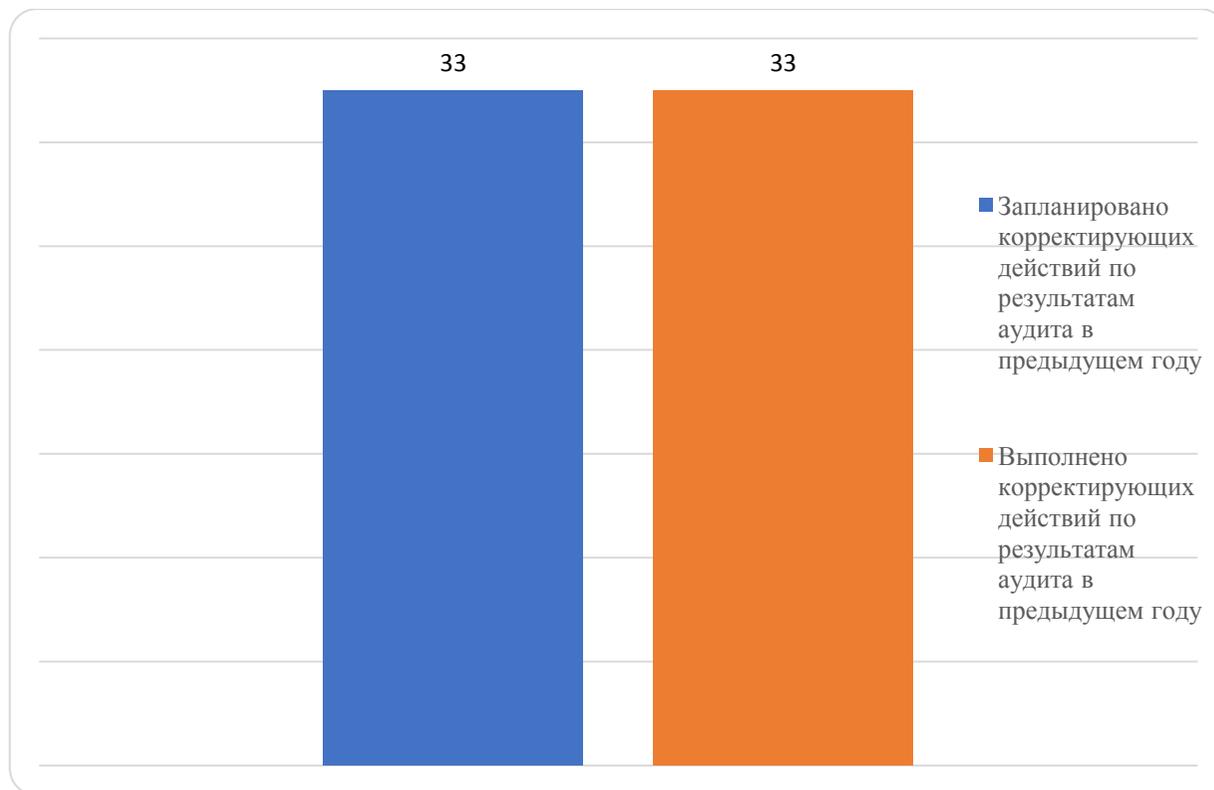


Рис. 5 Корректирующие действия по результатам предыдущего аудита

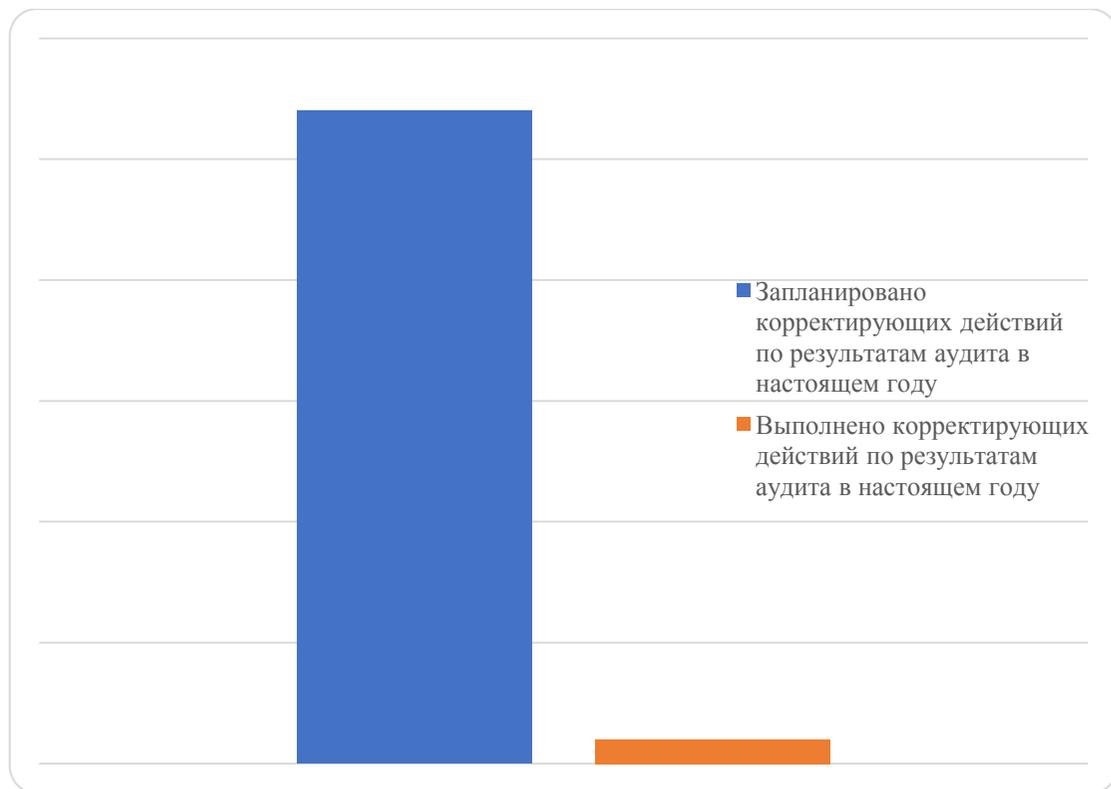


Рис. 6 Корректирующие действия по результатам аудита 2018 г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Почуева Л.П. _____ 2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ в 2018 г.

Структурное подразделение	Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК	Количество несоответствий выявленных в ходе внутреннего аудита СМК	Количество несоответствий по категориям			Причины выявленных несоответствий							Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Подпись уполномоченного по качеству подразделения КемГМУ
			1	2	3	1	2	3	4	5	6	7					
Кафедра эпидемиологии	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3	1		
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики	0	5	0	4	1	5	0	0	0	0	0	0	3	3	5		
Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	-		
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф	0	4	0	3	1	4	0	0	0	0	0	0	2	2	4		
Кафедра инфекционных болезней	3	4	1	3	0	4	0	0	0	0	0	0	1	1	4		
Кафедра дерматовене-	5	5	1	4	0	3	0	0	0	0	2	0	3	3	5		

рологии																	
Кафедра гигиены	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2		
Деканат МПФ	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
ИТОГО:	13	22	6	14	2	17	0	0	0	0	5	0	19	19	22		

Примечание. *Причины несоответствий*: 1 – низкая исполнительская дисциплина, 2 – отсутствие необходимых ресурсов, 3 – недостаточность полномочий, 4 – зависимость от «поставщика» предыдущего процесса, 5 – отсутствие необходимой квалификации персонала, 6 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами, 7 – прочие.

Самооценка СМК на кафедрах: Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК на кафедрах медико-профилактического факультета в 2018г. составило 13. Низкая выявляемость несоответствий в ходе самооценки СМК на кафедрах обусловлена недостаточной информированностью кафедр в вопросах СМК и низкой исполнительской дисциплиной, а также некорректно сформулированными критериями для самооценки СМК.

В 2018 году в результате внутреннего аудита на 6 кафедрах медико-профилактического факультета выявлено 22 несоответствия, что на 10% больше по сравнению с прошлым 2017 г. (20 несоответствий). В сравнении с 2017 годом снизилось количество выявленных несоответствий в виде значительных с 4 до 2. Увеличилась доля незначительных несоответствий с 11 до 14 (27%) и уведомлений с 5 до 6. В результате аудита в 2018 и 2017 годах в деканате медико-профилактического факультета выявлено по 1 несоответствию в виде уведомления (Рис. 1-3).

В сравнении с 2017 годом на кафедрах и деканате медико-профилактического факультета в 1,5 раза увеличилось количество причин несоответствий, связанных с низкой исполнительской дисциплиной, исчезли такие причины, как отсутствие необходимых ресурсов, зависимость от «поставщика» предыдущего процесса, отсутствие необходимой квалификации персонала. Однако выявлена причина «недостаточная информированность подразделения соответствующими службами» не зарегистрированная в предыдущий период (Рис. 4-5).

В 2017 году запланировано 19 корректирующих действий по устранению несоответствий, которые были выполнены в установленные сроки.

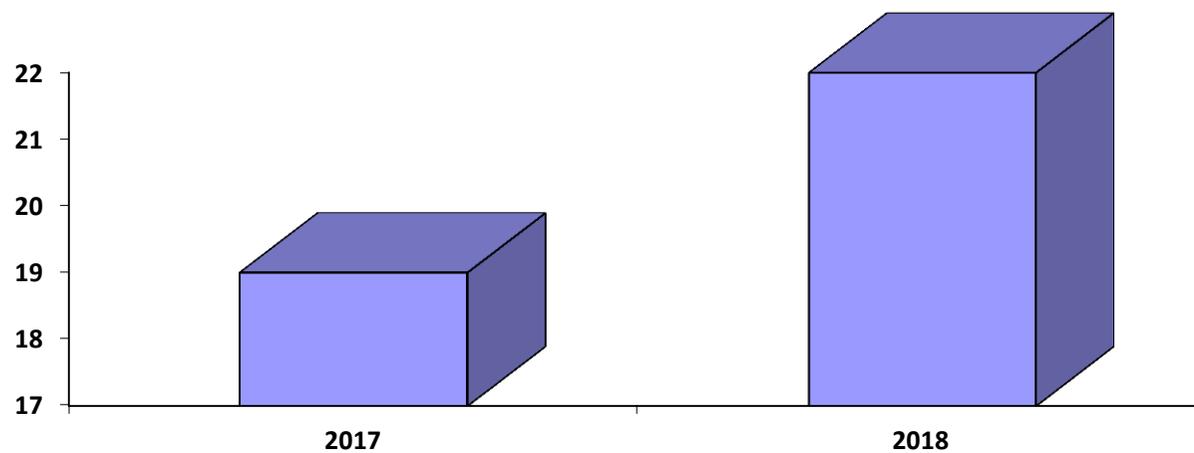


Рис. 1 Количество выявленных несоответствий в динамике 2017-2018 гг.

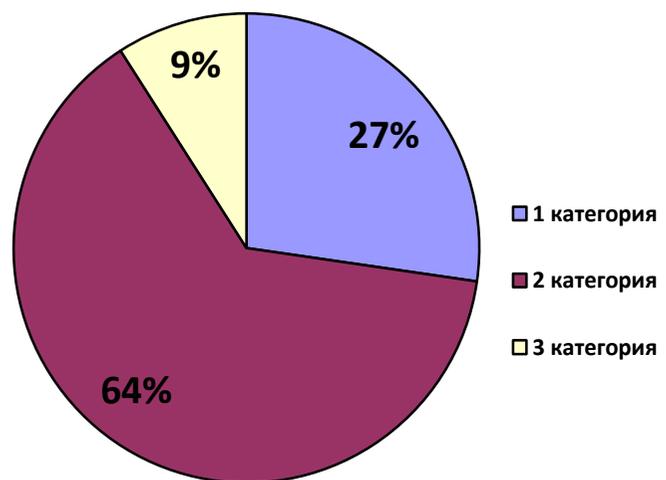


Рис. 2. Категории несоответствий МПФ 2018г.

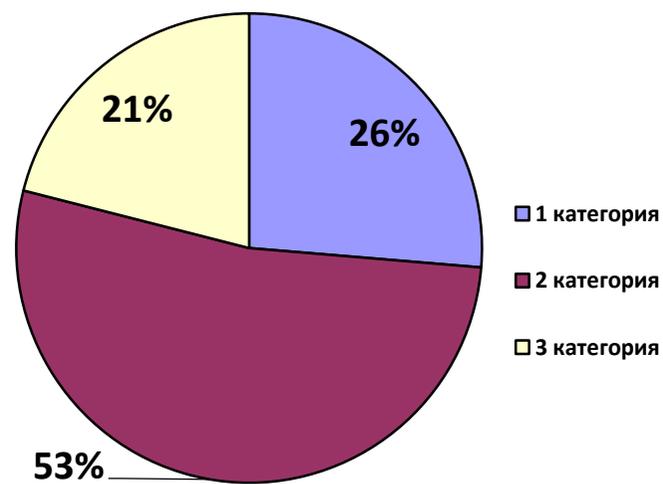


Рис. 3. Категории несоответствий МПФ 2017г.

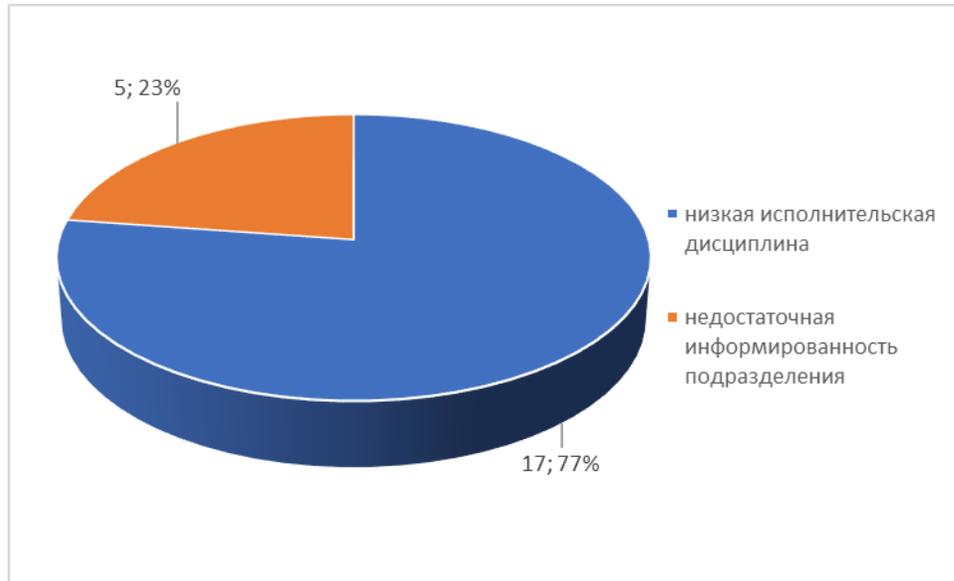


Рис. 4. Причины выявленных несоответствий 2018г

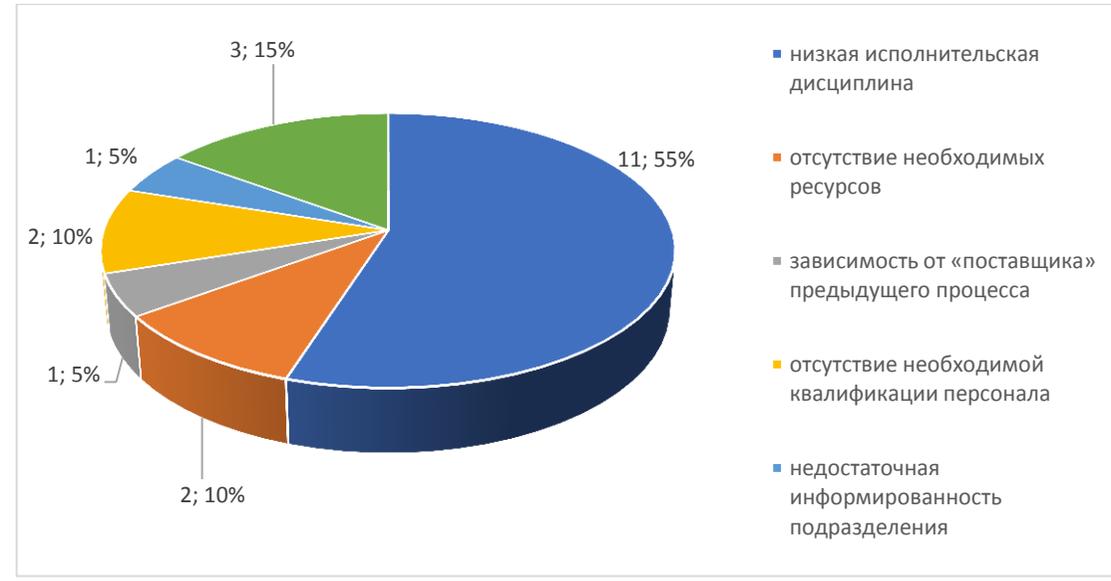


Рис. 5. Причины выявленных несоответствий 2017г

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Новикова О.Н. _____

2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ в 2018 г.

Структурное подразделение	Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК	Количество несоответствий выявленных в ходе внутреннего аудита СМК	Количество несоответствий по категориям			Причины выявленных несоответствий							Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Подпись уполномоченного по качеству подразделения КемГМУ
			1	2	3	1	2	3	4	5	6	7					
Кафедра биологии с основами генетики и паразитологии	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	2		
Кафедра хирургической стоматологии, ЧЛХ с курсом офтальмологии	3	6	2	3	1	3	0	0	1	0	2	0	3	3	6		
Кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний	-	4	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	2	2	4		
Кафедра детской стоматологии	0	4	1	2	1	0	0	0	4	0	0	0	1	1	4	1	
Кафедра истории и психологии	-	5	2	1	2	5	0	0	0	0	0	0	4	4	5		
Кафедра отоларингологии и	-	6	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0	8	8	6		

клинической иммунологии																	
Деканат СФ	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	
ИТОГО:	4	28	6	17	5	19	0	0	5	0	2	2	23	23	28	1	

Примечание. **Причины несоответствий:** 1 – низкая исполнительская дисциплина, 2 – отсутствие необходимых ресурсов, 3 – недостаточность полномочий, 4 – зависимость от «поставщика» предыдущего процесса, 5 – отсутствие необходимой квалификации персонала, 6 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами, 7 – прочие.

Самооценка СМК на кафедрах: Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК на кафедрах стоматологического факультета в 2018г. составило 4. Низкая выявляемость несоответствий в ходе самооценки СМК на кафедрах обусловлена недостаточной информированностью кафедр в вопросах СМК и низкой исполнительской дисциплиной, а также некорректно сформулированными критериями для самооценки СМК.

Из общего числа (6) кафедр стоматологического факультета, представленных на внутренний аудит в 2018 г., 2 кафедры (**кафедра истории и психологии, кафедра отоларингологии и клинической иммунологии**) самооценку СМК не предоставили.

В 2018 году в результате внутреннего аудита на 6 кафедрах стоматологического факультета выявлено 28 несоответствий, что на 7,69% больше по сравнению с прошлым 2017 г. (26 несоответствий). В сравнении с 2017 годом увеличилось количество выявленных несоответствий в виде значительных несоответствий в 2,5 раза, за счет уменьшения количества незначительных. В результате аудита в 2018 и 2017 годах в деканате стоматологического факультета выявлено по 1 несоответствие в виде уведомления (Рис. 1-3).

В структуре причин выявленных несоответствий лидирует низкая исполнительская дисциплина. Однако отмечается увеличение данной причины на 26% в текущем году по сравнению с прошедшим периодом (с 15 до 19). На кафедре детской стоматологии в качестве причины несоответствия фигурирует «зависимость от поставщика предыдущего процесса» - 18%. В предыдущий период данная причина не выявлялась. Остается на прежнем уровне такая причина несоответствий как недостаточная информированность подразделения соответствующими службами (2 случая в 2017 и 2018 году соответственно. Рис 4-5).

В 2017 году запланировано 23 корректирующих мероприятий по устранению несоответствий, которые были выполнены в установленные сроки.

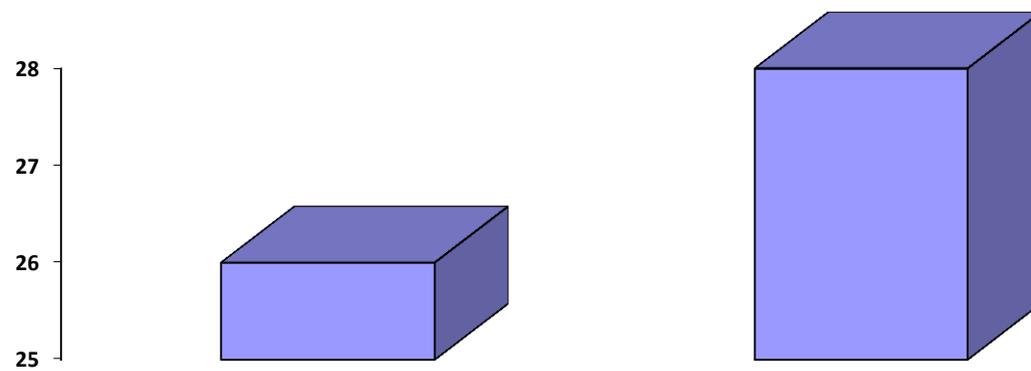


Рис. 1. Динамика выявленных несоответствий 2017 -2018 гг.

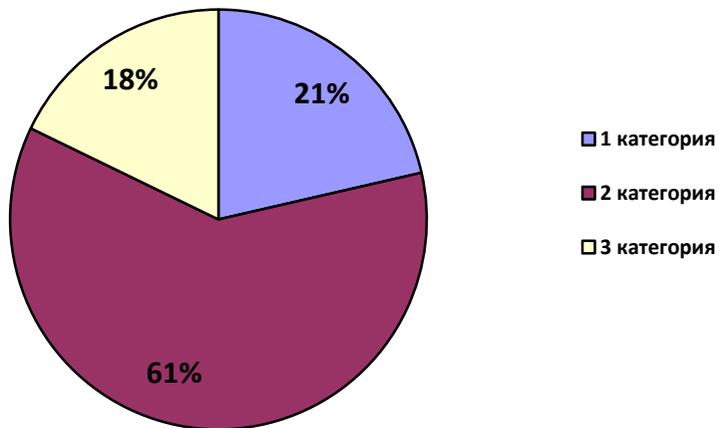


Рис. 2. Категории несоответствий по категориям 2018г.

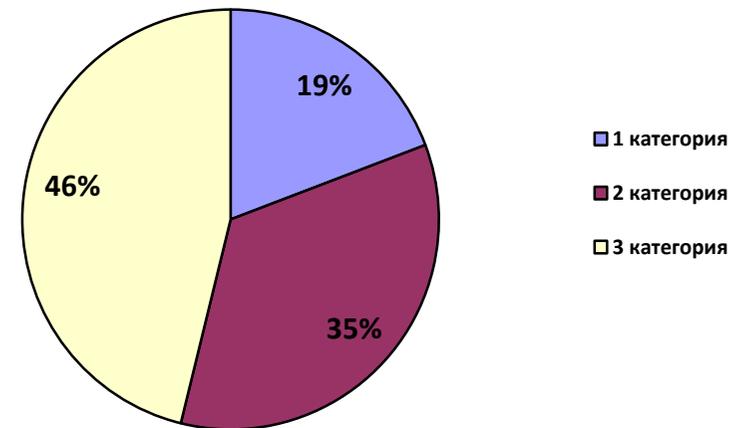


Рис. 3. Категории несоответствий по категориям 2017г.

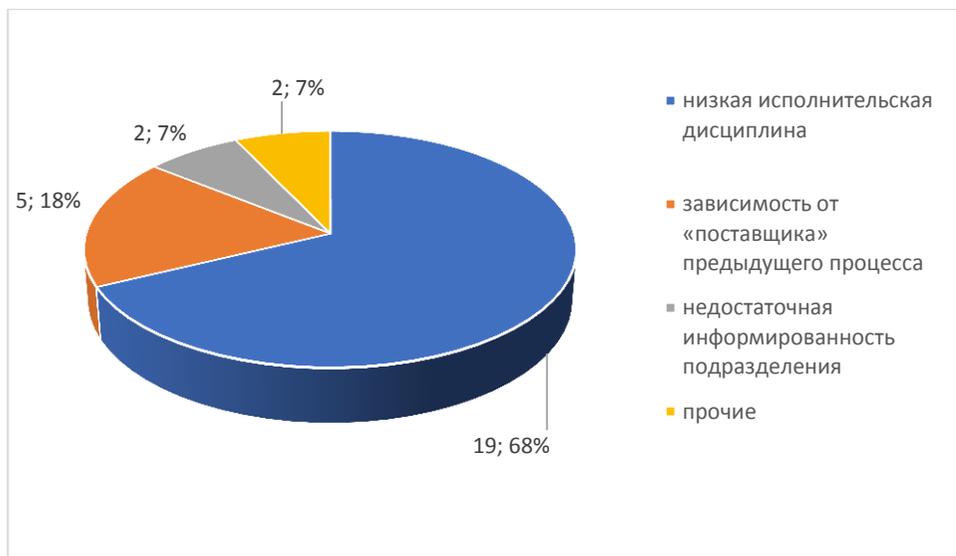


Рис. 4. Причины выявленных несоответствий в 2018г.

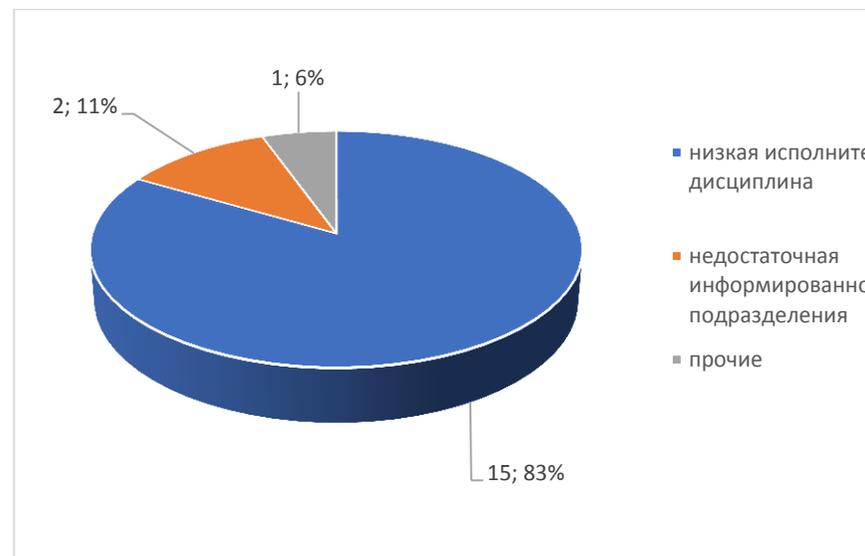


Рис. 5. Причины выявленных несоответствий в 2017г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Новикова О.Н. _____ 2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА КАФЕДРАХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА в 2018 г.

Структурное подразделение	Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки и СМК	Количество несоответствий выявленных в ходе внутреннего аудита СМК	Количество несоответствий по категориям			Причины выявленных несоответствий							Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Подпись уполномоченного по качеству подразделения КемГМУ	
			1	2	3	1	2	3	4	5	6	7						
Деканат Фармацевтического факультета		2	1	1		2								3	3	2	2	
Медицинская и биологическая физика и высшая математика		4		1	3	3							1	4	4	4	4	
Управление и экономика фармации		7	1	4	2	7								1	1	7	7	
Фармакология		6	2	4		6								3	3	6	6	
Фармацевтическая технология и фармакология		2	1	1		2								3	3	2	2	
Фармацевтическая химия		4		2	2	4								3	3	4	4	
Химия		6	2	4		3						3		3	3	6	6	
ИТОГО:		31	7	17	7	27						4		20	20	31	31	

Примечание. Причины несоответствий: 1 – низкая исполнительская дисциплина, 2 – отсутствие необходимых ресурсов, 3 – недостаточность полномочий, 4 – зависимость от «поставщика» предыдущего процесса, 5 – отсутствие необходимой квалификации персонала, 6 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами, 7 – прочие.

Самооценка: Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК в 2018г. составило 0. Низкая выявляемость несоответствий в ходе самооценки СМК в подразделениях обусловлена недостаточной информированностью подразделений в вопросах СМК и низкой исполнительской дисциплиной, а также некорректно сформулированными критериями для самооценки СМК.

2018 г. в результате внутреннего аудита СМК 6 кафедр фармацевтического факультета выявлено 31 несоответствие, что на 72% больше, чем в 2017 г (18. Рис. 1). По сравнению с 2017 г. количество уведомлений не изменилось. Однако в 3,4 раза увеличилось количество незначительных уведомлений с 5 до 17, и на 1 увеличилось количество значительных уведомлений (Рис. 2-3).

Причины выявленных несоответствий:

27 - низкая исполнительская дисциплина

0 – отсутствие необходимых ресурсов

0 – недостаточность полномочий

0 – отсутствие необходимой квалификации персонала

4 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами

Среди причин выявленных несоответствий на первом месте находится низкая исполнительская дисциплина. Однако в 2018 году данная причина несоответствия увеличилась с 15 до 27 (80%) по сравнению с 2017 г. На втором месте среди выявленных причин несоответствия находится недостаточная информированность подразделения соответствующими службами. Данная причина несоответствия в 2018 г. была зарегистрирована 4 раза, в 2017 г. – 2. (Рис. 4-5).

Запланировано 31 мероприятие по устранению данных несоответствий (рис. 7).

2017 г. в результате внутреннего аудита СМК 6 кафедр фармацевтического факультета выявлено 18 несоответствий; из них 7 уведомлений, 5 – незначительных, 6 – значительных.

Причины выявленных несоответствий:

15 - низкая исполнительская дисциплина

0 – отсутствие необходимых ресурсов

0 – недостаточность полномочий

0- зависимость от «поставщика» предыдущего процесса

0 – отсутствие необходимой квалификации персонала

2 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами

1 - прочие

Запланировано 20 мероприятий по устранению данных несоответствий, из них выполнено 20, что составило 100% (рис. 6)



Рис. 1. Динамика выявленных несоответствий 2017- 2018 гг.

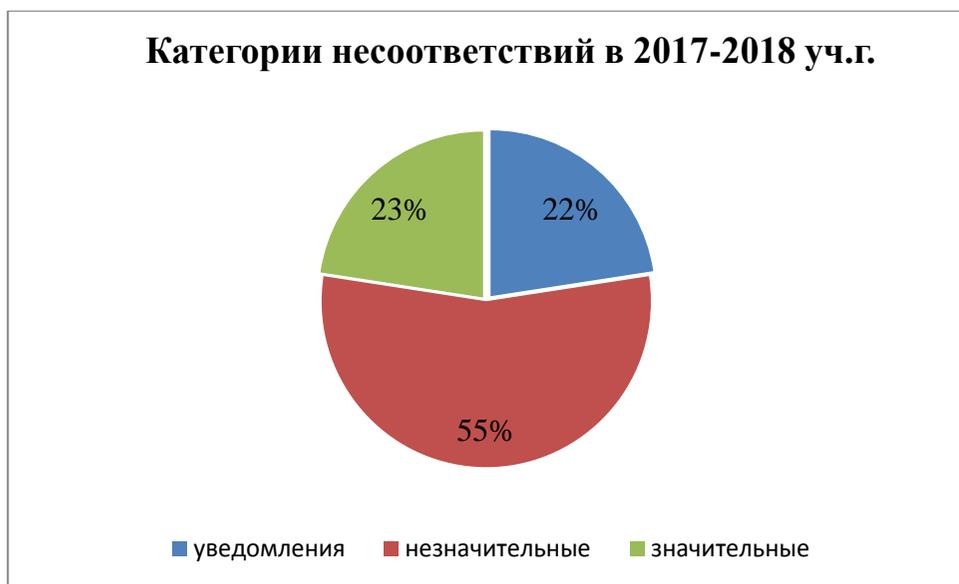


Рис. 2. Категории выявленных несоответствий 2017- 2018 гг.



Рис. 3. Категории выявленных несоответствий 2016- 2017 гг.

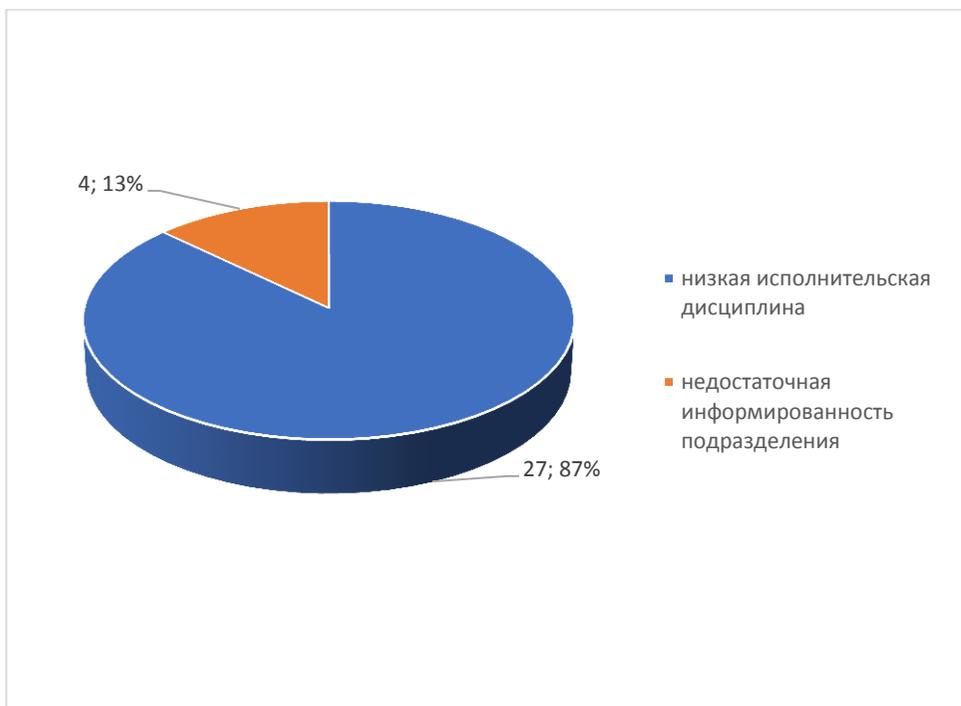


Рис 4. Причины выявленных несоответствий в 2018 г.

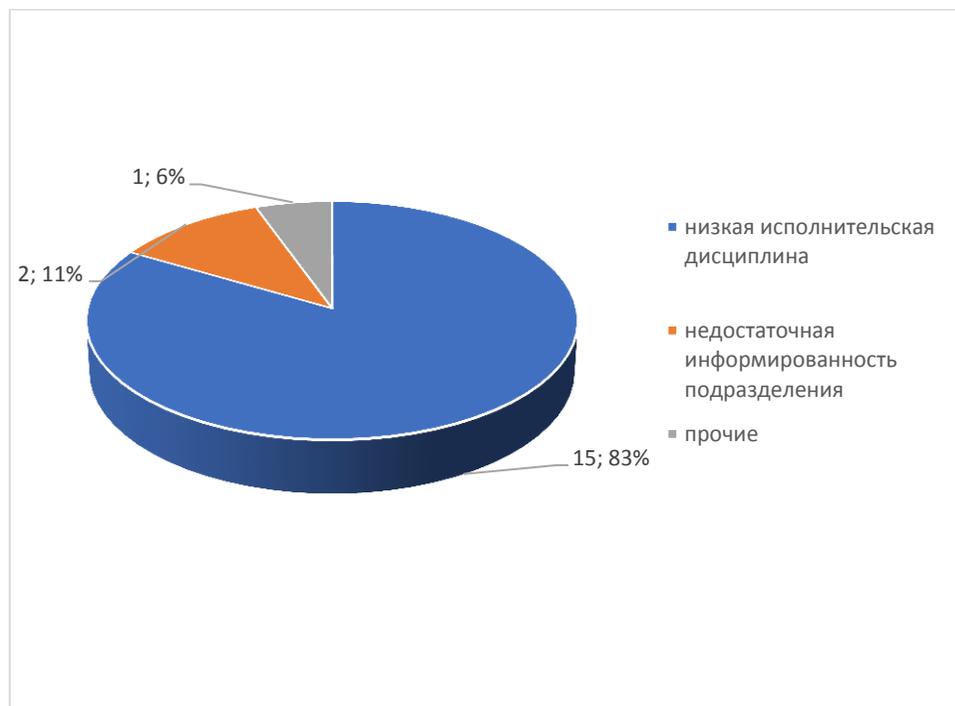


Рис 5. Причины выявленных несоответствий в 2017г.

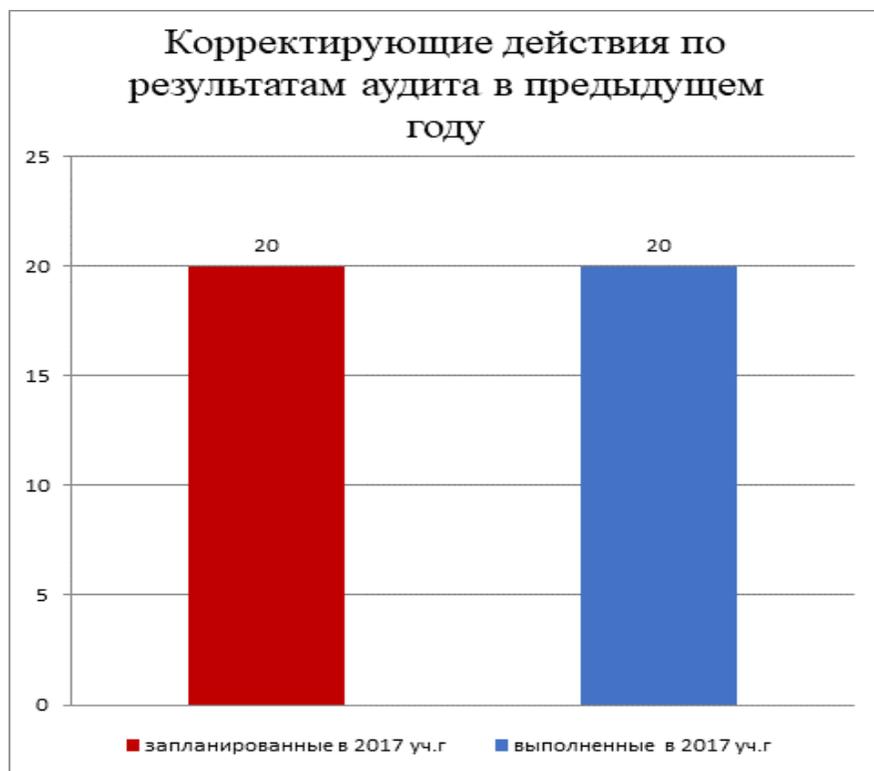


Рис 6. Корректирующие действия по результатам предыдущего аудита 2017 г.

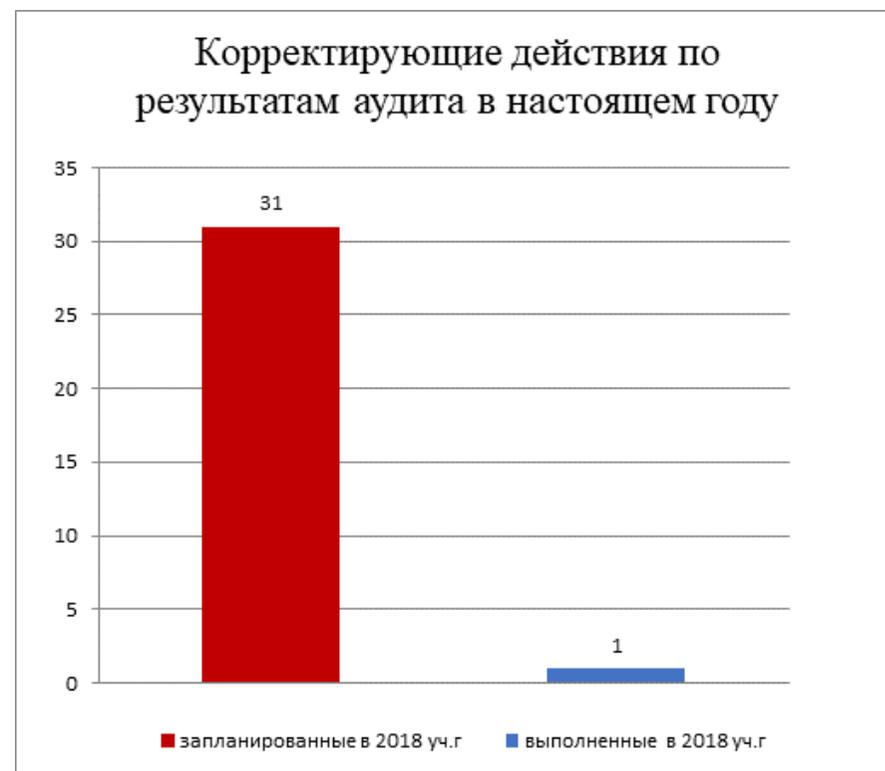


Рис 7. Корректирующие действия по результатам аудита 2018 г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Леванова Л.А. _____ 2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК В ДЕКАНАТЕ И КАФЕДРАХ ФППС В 2018 Г

Структурное подразделение	Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки и СМК	Количество несоответствий выявленных в ходе внутреннего аудита СМК	Количество несоответствий по категориям			Причины выявленных несоответствий							Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Подпись уполномоченного по качеству подразделения КемГМУ	
			1	2	3	1	2	3	4	5	6	7						
Деканат факультета последипломной подготовки	0	5		1	4	4							1	5	5	5	5	
Подготовка врачей первичного звена здравоохранения	0	4		3	1	4								3	3	4	4	
Последипломная подготовка специалистов по надзору в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека и медицинского права	-	-												2	2	-	-	
ИТОГО:	0	9		4	5	8							1	10	10	9	9	

Примечание. *Причины несоответствий*: 1 – низкая исполнительская дисциплина, 2 – отсутствие необходимых ресурсов, 3 – недостаточность полномочий, 4 – зависимость от «поставщика» предыдущего процесса, 5 – отсутствие необходимой квалификации персонала, 6 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами, 7 – прочие.

Самооценка: Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК в 2018г. составило 0. Низкая выявляемость несоответствий в ходе самооценки СМК в подразделениях обусловлена недостаточной информированностью подразделений в вопросах СМК и низкой исполнительской дисциплиной, а также некорректно сформулированными критериями для самооценки СМК.

2018 г. в результате внутреннего аудита СМК 1 кафедры и деканата факультета последипломной подготовки специалистов выявлено 9 несоответствий, что на 10% меньше, чем в 2017 г. (Рис. 1). Не изменилось количество незначительных и значительных несоответствий. При этом такая категория несоответствия как уведомление в 2018 г. отсутствует (Рис. 2-3).

Причины выявленных несоответствий:

8 - низкая исполнительская дисциплина

0 – отсутствие необходимых ресурсов

0 – недостаточность полномочий

0- зависимость от «поставщика» предыдущего процесса

0 – отсутствие необходимой квалификации персонала

0 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами

1 – прочие. (Рис. 4)

Запланировано 9 мероприятий по устранению данных несоответствий. Срок исполнения не истек (Рис. 5).

В сравнении с 2017 г. произошло некоторое перераспределение несоответствий, однако на первом месте сохраняется низкая исполнительская дисциплина, увеличение которой в 2018 г. произошло на 14%, нет таких несоответствий как отсутствие необходимых ресурсов и недостаточная информированность подразделения соответствующими службами. Выявлен 1 случай прочих несоответствий.

2017 г. в результате внутреннего аудита СМК 2 кафедр и деканата факультета последипломной подготовки специалистов выявлено 10 несоответствий; из них 1 уведомление, 4 – незначительных, 5 – значительных (Рис. 3).

Причины выявленных несоответствий:

7 – низкая исполнительская дисциплина

2 – отсутствие необходимых ресурсов

0 – недостаточность полномочий

0- зависимость от «поставщика» предыдущего процесса

0 – отсутствие необходимой квалификации персонала

1 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами.

0 – прочие (Рис. 6)

В 2017 году было запланировано 10 корректирующих действий по результатам аудита, из них выполнено 10, что составило 100% (Рис

7).



Рис. 1. Динамика выявленных несоответствий 2017- 2018 гг.



Рис. 2. Категории выявленных несоответствий в 2018 г.

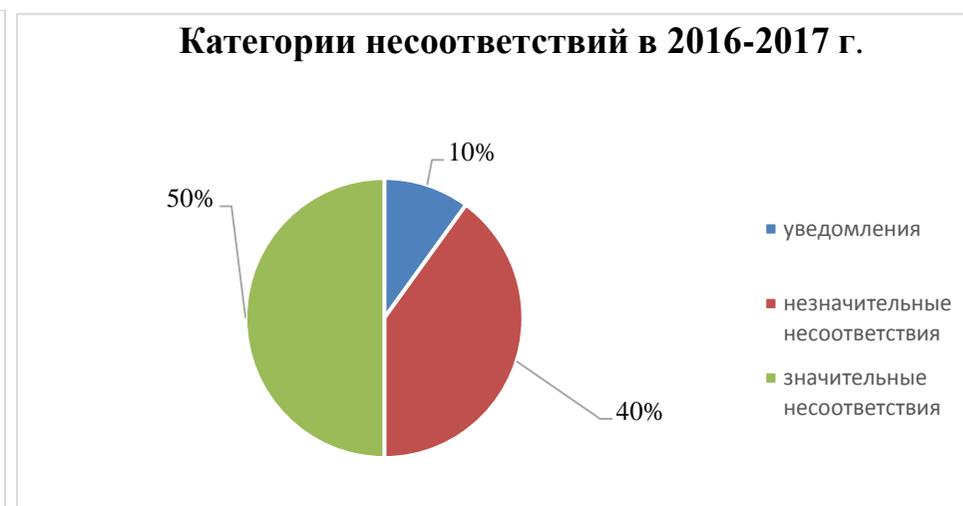
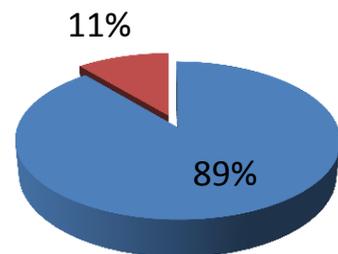


Рис. 3. Категории выявленных несоответствий в 2017 г.

Причины выявленных несоответствий в 2017-2018

уч.г.



■ низкая исполнительская дисциплина ■ прочие

Рис. 4. Причины выявленных несоответствий 2018 г.

Корректирующие действия по результатам аудита в настоящем году

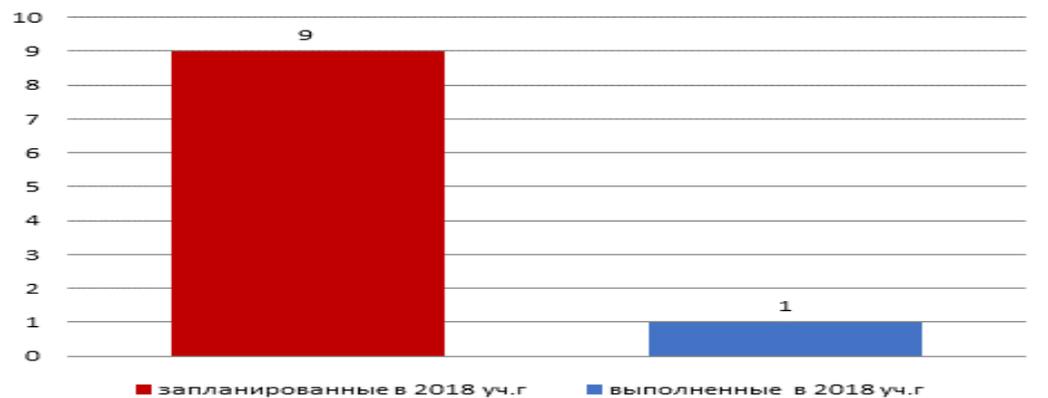


Рис. 5. Запланированные корректирующие действия по результатам аудита в 2018 г.



Рис. 6. Причины выявленных несоответствий 2017 г.

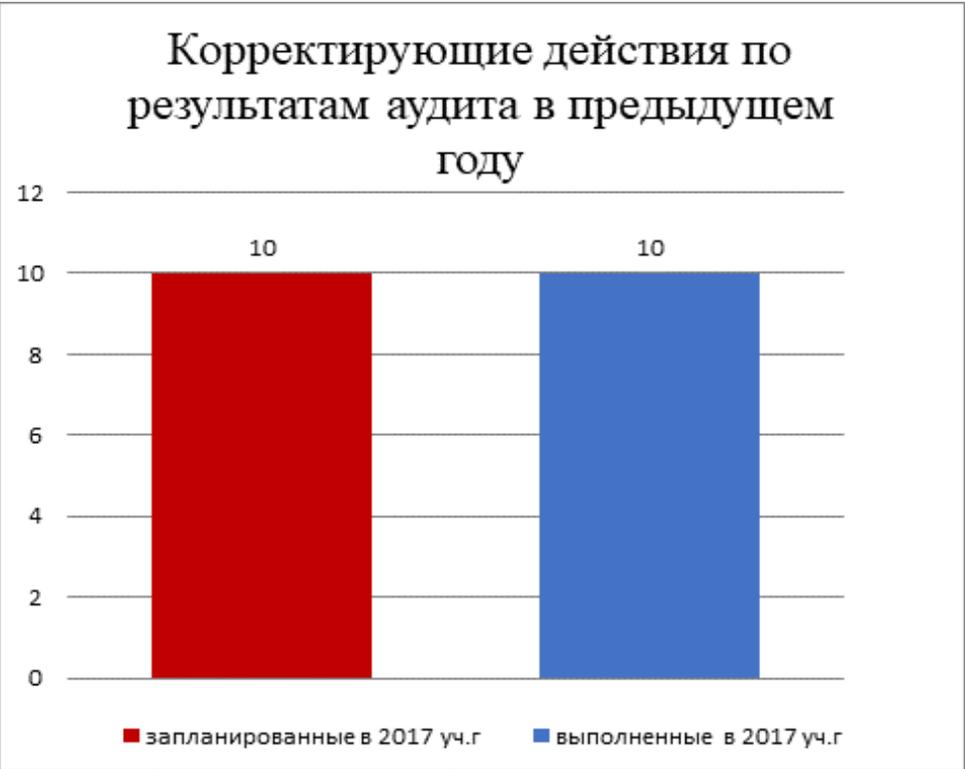


Рис. 7. Запланированные корректирующие действия по результатам аудита в 2017 г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Леванова Л.А. _____

2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ в 2018 г.

Структурное подразделение	Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК	Количество несоответствий выявленных в ходе внутреннего аудита СМК	Количество несоответствий по категориям			Причины выявленных несоответствий							Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в предыдущем году	Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в настоящем году	Подпись уполномоченного по качеству подразделения КемГМУ		
			1	2	3	1	2	3	4	5	6	7							
Контрактная служба	3	4		1	3	3							1	2	2	4	-		
Научная библиотека	0	4		4			1						3	3	3	4	-		
Административно-хозяйственное управление	0	4		2	2	1							1	2	5	5	4	-	
Планово-финансовое управление	0	3		1	2	2							1	1	1	3	-		
Отдел по работе с иностранными студентами	-	1			1								1	-	-	1	-		
Управление информационных технологий	0	1		1									1	3	3	1	-		
Учебное управление	1	1		1									1	6	6	1	-		
Учебно-методическое управление	-	2		1	1								2	2	2	2	-		
Управление делопроизводством	2	2		2									1	1	4	4	2	-	
Студгородок	0	2		2									2	2	2	2	-		

ЦСОиА	3	2			2						2	-	-	2	-	
ЦДО	1	2	1		1	1					1	1	1	2	2	
ЦСТВ	-	7	1	2	4	5	1				1	2	2	7	-	
Научное управление		2	1		1						1	1	2	2	2	2
Управление кадров	0	1		1							1	2	2	1	-	
ЦНИЛ	0	4	1	1	2	4						4	4	4		
ИТОГО:	10	42	4	19	19	16	2				5	19	39	39	42	4

Примечание. *Причины несоответствий*: 1 – низкая исполнительская дисциплина, 2 – отсутствие необходимых ресурсов, 3 – недостаточность полномочий, 4 – зависимость от «поставщика» предыдущего процесса, 5 – отсутствие необходимой квалификации персонала, 6 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами, 7 – прочие.

Самооценка СМК в структурных подразделениях: Количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК в подразделениях в 2018г. составило 10. Низкая выявляемость несоответствий в ходе самооценки СМК в подразделениях обусловлена недостаточной информированностью подразделений в вопросах СМК и низкой исполнительской дисциплиной, а также некорректно сформулированными критериями для самооценки СМК.

Из общего числа (16) структурных подразделений КемГМУ, представленных на внутренний аудит в 2018 г., 4 подразделения (**отдел по работе с иностранными студентами, УМУ, ЦСТВ**) самооценку СМК не предоставили.

В результате внутреннего аудита в 2018 году в подразделениях университета было выявлено 42 несоответствия:

Отсутствуют даты утверждения план/отчета	1
Отсутствует план/отчет на 2017/2018	2
Отсутствует виза руководителя в план/отчете 2017/2018	2

Отсутствуют даты переноса выполнения план/отчете	1
Отсутствует отметка об исполнении план/отчета	6
В Журнале ознакомления с документацией отсутствуют даты ознакомления	2
Сотрудники ознакомлены не со всеми документами	5
Отсутствует паспорт рисков	5
Отсутствует документ, указанный в номенклатуре дел (акт об уничтожении)	1
Нет описи дел, переданных в архив	1
Неактуальная номенклатура дел	3
Отсутствует журнал регистрации протокольных данных	1
Недостаточно полно представлены достижения в план/отчете	5
Не проведены маркетинговые исследования	7

Данные несоответствия можно свести в две группы – небрежное ведение делопроизводства (71%) и отсутствие маркетинговых исследований и анализа данных (29%).

Количество выявленных несоответствий сократилось на 22% (Рис. 1). При этом снизилась доля уведомлений (на 78%), значительных несоответствий на 10% и увеличилась доля незначительных несоответствий (на 26%; Рис. 2-3).

Все корректирующие действия, запланированные по результатам предыдущего аудита выполнены на 100%. В текущем году выполнено 4 из 42 запланированных корректирующих действий. Срок исполнения не истек.



Рис. 1. Динамика выявленных несоответствий 2017 -2018 гг.

категории несоответствий в 2017г.

■ уведомления ■ незначительные несоответствия
■ значительные несоответствия

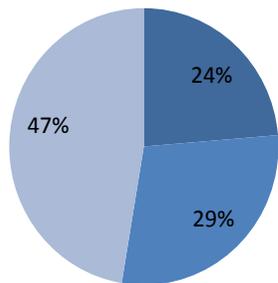


Рис. 2. Категории выявленных несоответствий 2017 г.

категории несоответствий в 2018 г.

■ уведомления ■ незначительные несоответствия
■ значительные несоответствия

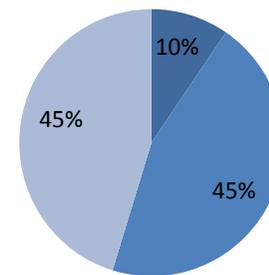


Рис. 3. Категории выявленных несоответствий 2018 г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Шевалова Н.В. _____ 2018 г.