

**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**

2019

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННИЙ АУДИТ 2019 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 5 человек из числа ППС провела аудит 15 структурных подразделений, 5 деканатов и 43 кафедр Университета.

Результаты внутреннего аудита. В ходе внутреннего аудита выявлено 212 несоответствий (237 в 2018 году), из них 3 уведомления, 102 – незначительные несоответствия, 77 – значительные несоответствия.

По сравнению с предыдущим периодом количество выявленных несоответствий снизилось на 11%. Вместе с тем отмечен рост количества значительных несоответствий на 16,7 % (66 в 2018 г), снизилась доля уведомлений на 31,5% (54 в 2018 г.) и незначительных несоответствий на 12,8% (117 в 2018 г.).

Наибольшая доля выявленных несоответствий приходится на небрежное ведение документации СМК.

В результате изменения формата работы ЦКО (издание методических указаний по оформлению документации, консультационная работа, диагностические аудиты в течении года) произошло снижение таких несоответствий, как некорректное оформление плана-отчета, не своевременное ознакомление сотрудников с документами СМК.

Ведущими в структуре причин выявленных несоответствий являются: низкая исполнительская дисциплина, недостаточная информированность подразделения соответствующими службами (приложение 5-10).

В 2018 году было запланировано 237 корректирующих мероприятий, выполнены все. В данном отчетном году запланировано 212 мероприятий. Выполнено к моменту составления отчета 95 корректирующих мероприятий.

По данным самообследования выявлено 9 несоответствий что на 95,7% меньше выявленных в ходе внутреннего аудита. Основные причины низкой выявляемости несоответствий в ходе самообследования это формальное отношение к процедуре, низкая исполнительская дисциплина (приложение 5-10).

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.

ПРИЛОЖЕНИЯ

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

ПРИКАЗ

26.03.2019 г.

г. Кемерово

№ 213

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 01 апреля по 10
апреля 2019 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. Синькова М.Н. руководитель ЦКО.

Члены аудиторской группы:

Синькова М.Н. – руководитель ЦКО, к.м.н., доц.

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

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

Попкова Л.В. – доцент кафедры гигиены, к.м.н., доц.

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

И.о. ректора д.м.н., проф.



Е.В. Коськина

**График проведения внутреннего аудита в 2019 году
(01 апреля – 10 апреля 2019 г.)**

Группа аудиторов (проверяемые объекты):

1. Синькова М.Н.
2. Леванова Л.А.
3. Салтанова Е.В.
4. Попкова Л.В.
5. Штернис Т.А.

№п/п	Дата	Время	Леванова Л.А.	Синькова М.Н.	Попкова Л.В./ Штернис Т.А.	Салтанова Е.В.
1	01.04.19	09.00	Деканат педиатрического факультета	Деканат медико-профилактического факультета	Деканат фармацевтического факультета	Деканат лечебного факультета
2	01.04.19	11.00	Управление информационных технологий	Деканат стоматологического факультета	Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии	Управление ПДП
3	02.04.19	09.00	Кафедра акушерства и гинекологии	Кафедра терапевтической и ортопедической стоматологии с курсом материаловедения	Кафедра медицинской и биологической физики и высшей математики	Кафедра пропедевтики внутренних болезней
4	02.04.19	11.00	Кафедра педиатрии и неонатологии	Кафедра дерматовенерологии	Кафедра фармакологии	Кафедра анестезиологии, реаниматологии, травматологии и ортопедии
5	03.04.19	09.00	Научная библиотека	Кафедра истории	Планово-финансовое управление	Кафедра факультетской хирургии, урологии
6		11.00	Кафедра детских болезней	Кафедра инфекционных	Центр довузовской	Кафедра неврологии,

	03.04.19			болезней	подготовки	нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации
7	04.04.19	09.00	Кафедра анатомии человека	Кафедра оториноларингологии	Кафедра фармацевтической и общей химии	Кафедра общей хирургии
8	04.04.19	11.00	Кафедра детских хирургических болезней	Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии	Кафедра фармации	Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
9	05.04.19	09.00	Кафедра факультетской терапии, проф. болезней и эндокринологии	Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики	Центральная научно-исследовательская лаборатория	Отдел по работе с иностранными студентами
10	05.04.19	11.00	Кафедра поликлинической педиатрии, пропедевтики детских болезней последипломной подготовки	Кафедра хирургической стоматологии, ЧХЛ с курсом офтальмологии	Учебное управление	Кафедра судебной медицины и медицинского права
11	08.04.19	09.00	Центр содействия трудоустройству выпускников	Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф	Управление делопроизводством	Кафедра госпитальной хирургии
12	08.04.19	11.00	Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии	Кафедра детской стоматологии, ортодонтии и пропедевтики стоматологических заболеваний	Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела	Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии
13	09.04.19	09.00	Кафедра философии и культурологии	Кафедра гигиены	Кафедра патологической физиологии	Управление кадров
14	09.04.19	11.00	Кафедра фтизиатрии	Кафедра эпидемиологии	Кафедра кардиологии и ССХ	Контрактная служба
15	10.04.19	09.00	Центр симуляционного обучения и аккредитации	Кафедра биологии с основами генетики и паразитологии	Кафедра нормальной физиологии	Административно-хозяйственное управление (+ ОТ и ТБ)
16	10.04.19	11.00	Кафедра патологической анатомии и гистологии	Кафедра медицинской биохимии		Научное управление

ПРОГРАММА
внутреннего аудита КАФЕДР КемГМУ в 2019 году
на соответствие требованиям международного стандарта ГОСТ Р ИСО 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, предпринятые 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 обучаемых
	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 26.03.2019 г. № 213

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА
внутреннего аудита ПРОЦЕССОВ СМК КемГМУ в 2019 году
на соответствие требованиям международного стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015

Пункт ГОСТ Р ИСО 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

ТИПОВАЯ ПРОГРАММА
внутреннего аудита ФАКУЛЬТЕТОВ КемГМУ в 2019 году
на соответствие требованиям международного стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015

Пункт ГОСТ Р ИСО 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- станицы 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.

Пункт ГОСТ Р ИСО 9001-2015	Основные требования стандарта
	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
	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, принятые факультетом по результатам социологических исследований степени удовлетворённости потребителей
8.3.	Проектирование и разработка продукции и услуг
	Меры, принятые 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

Пункт ГОСТ Р ИСО 9001-2015	Основные требования стандарта
	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
	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 5-10

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА КАФЕДРАХ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА в 2019 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	6	-	1	5	6	-	-	-	-	-	-	3	3	6		
кафедра общей хирургии	0	7	1	1	5	4	-	-	-	-	1	2	6	6	7		
кафедра патологической анатомии и гистологии	0	3	-	3	-	-	-	-	-	-	3	-	6	6	3		
кафедра кардиологии и ССХ	0	3	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	3	3	3		
кафедра патофизиологии	-	5	-	5	-	5	-	-	-	-	-	-	4	4	5		
Кафедра нормальной физиологии	-	5	2	2	1	5	-	-	-	-	-	-	3	3	5		
кафедра госпитальной хирургии	0	3	1	2	2	-	-	-	-	1	2	-	5	5	3		
кафедра анестезиологии, реанимации, травматологи	0	7	-	-	7	7	-	-	-	-	-	-	5	5	7		

и и ортопедии																	
кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии	-	4	2	-	2	2	-	-	-	-	1	1	3	3	4		
кафедра поликлиничес кой терапии и сестринского дела	0	2	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-	2	2	2		
кафедра факультетско й хирургии, урологии	0	2	-	-	3	1	-	-	-	-	1	-	3	3	2		
кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии	-	7	-	-	7	7	-	-	-	-	-	-	6	6	7		
кафедра пропедвтики внутренних болезней	0	5	-	1	4	1	-	-	1	-	1	-	3	3	5	5	
кафедра неврологии, нейрохирурги и, мед генетики и мед реабилитации	0	4	1	3	-	-	-	1	-	-	3	-	4	4	4	3	
кафедра факультетско й терапии, профболезней и эндокринолог ии	0	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2	1		

кафедра судебной медицины и медицинского права	-	1	-	2	-	-	-	-	-	5	-	-	5	5	1		
ИТОГО:	-	65	8	25	36	43	0	1	1	6	13	3	63	63	65		

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: несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК на кафедрах лечебного факультета в 2019г. не выявлено. Отсутствие 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 нормальной физиологии, кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии; судебной медицины и медицинского права, кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии**) самооценку СМК не предоставили.

В 2019 году в результате внутреннего аудита на кафедрах лечебного факультета выявлено 65 несоответствий, что на 15% меньше, чем в 2018 г. (77 несоответствий Рис 1).

В сравнении с 2018 годом уменьшилось количество выявленных несоответствий в виде уведомлений с 18 до 8, количество незначительных несоответствий с 32 до 25 и увеличилось число значительных несоответствий с 27 до 36 (Рис. 2-3).

Причины выявленных несоответствий на лечебном факультете:

38% - низкая исполнительская дисциплина сотрудников;

9% - отсутствие необходимых ресурсов

2% - отсутствие необходимой квалификации персонала

4% - зависимость от «поставщика» предыдущего процесса

25% - недостаточная информированность подразделения соответствующими службами;

4% – прочие причин (Рис. 4)

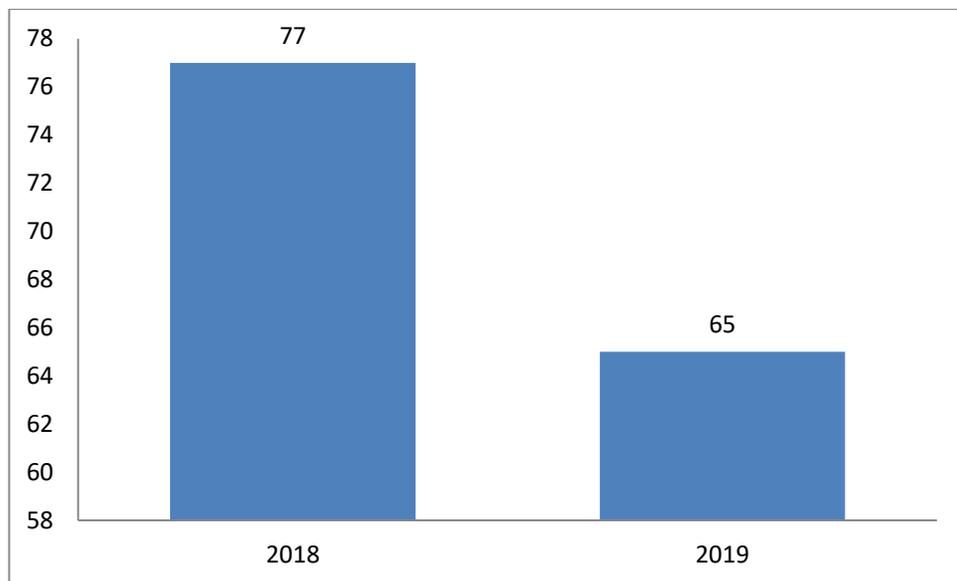


Рис. 1 Динамика выявленных несоответствий 2018-2019 гг.

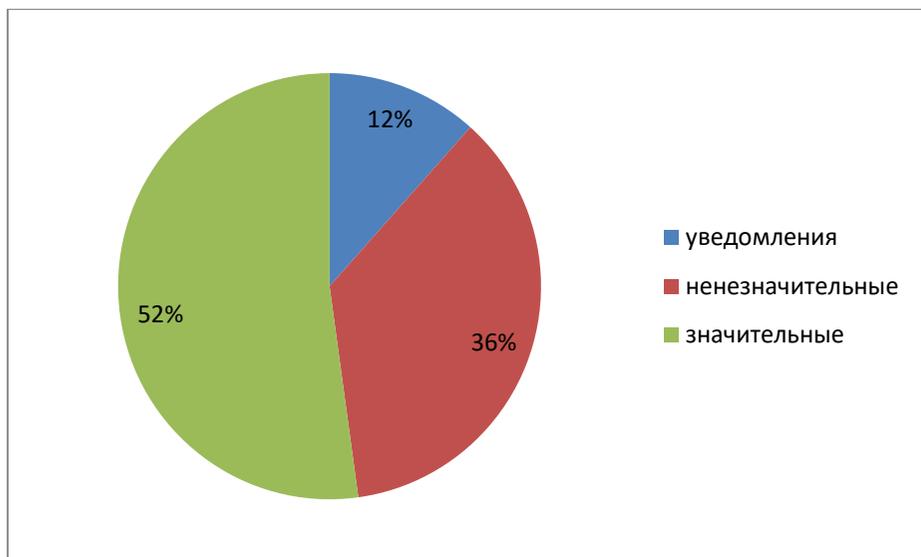


Рис. 2 Категории несоответствий 2019 г.

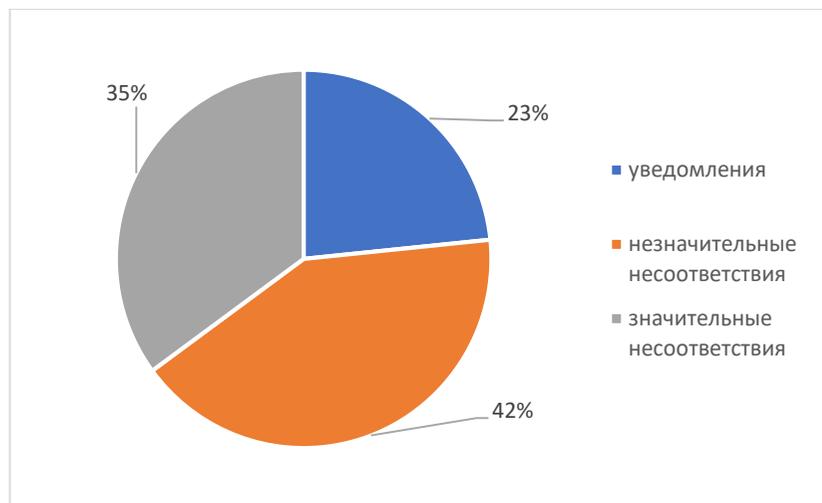


Рис. 3 Категории несоответствий 2018 г.

В сравнении с **2018 годом** отсутствуют причины несоответствий, связанных с отсутствием необходимых ресурсов (в 2018г – 2019), уменьшилось количество причин несоответствий, связанных с зависимостью от «поставщика» предыдущего процесса с 4 до 1.

Значительно уменьшилось количество причин несоответствий, связанных с недостаточной информированностью подразделения соответствующими службами с 25 до 13.

Значительно увеличилось количество причин несоответствий, связанных с отсутствием необходимой квалификации персонала с 2 до 6, основная причина – значительное количество вновь принятого персонала, который не успел устранить выявленные несоответствия.

По сравнению с предыдущим периодом увеличилась доля несоответствий связанная с низкой исполнительной дисциплиной с 38 до 43 (рис. 5).

В 2018 году запланировано 77 корректирующих действий по устранению несоответствий, которые были выполнены в установленные сроки.

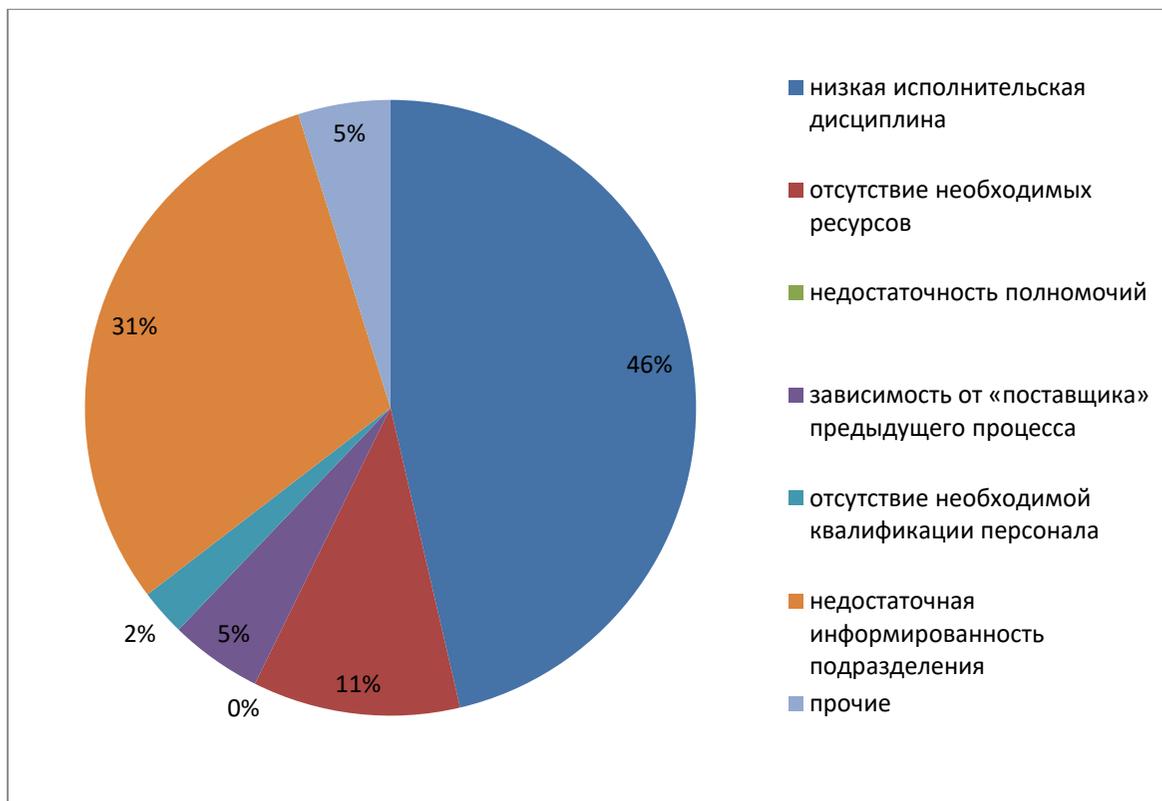


Рис. 4. Причины выявленных несоответствий в 2019 году

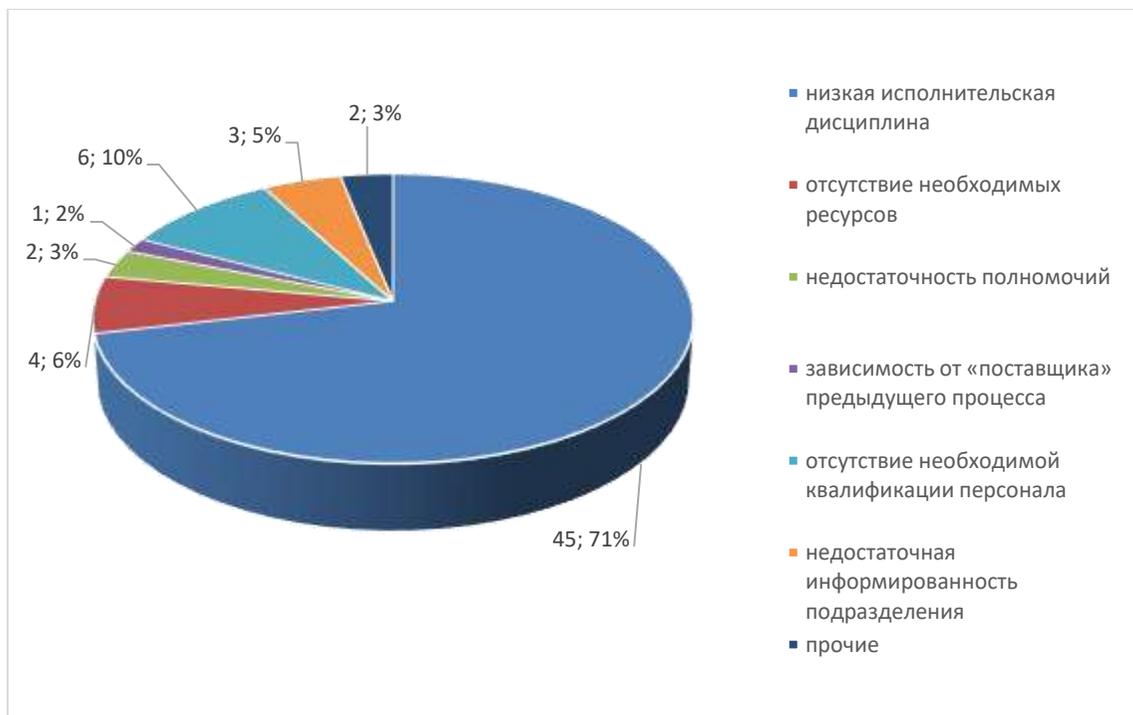


Рис. 5. Причины выявленных несоответствий в 2018 году

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Салтанова Е.В. _____

2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА КАФЕДРАХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА в 2019 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 2018 году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в 2018 году	Запланировано корректирующих действий по результатам аудита в 2019 году	Выполнено корректирующих действий по результатам аудита в 2019 году	Подпись уполномоченного по качеству подразделения КемГМУ
			1	2	3	1	2	3	4	5	6	7					
0.деканат педиатрического факультета	0	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1		
1.кафедра акушерства и гинекологии	1	4	-	2	2	4	-	-	-	-	-	-	1	1	4		
2.кафедра анатомии человека	0	4	-	1	3	3	-	-	-	-	-	1	5	5	4		
3.кафедра детских болезней	0	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1		
4. кафедра детских хирургических болезней	0	4	-	1	3	3	-	-	-	-	-	1	7	7	4		
5.кафедра иностранных языков и медицинской	0	4		4		1						1	1	1	4		

терминологии																	
6.кафедра педиатрии и неонатологии	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	2	2	2		
7.кафедра поликлинической педиатрии, пропедевтики детских болезней и последипломной подготовки	3	3	-	2	1	-	-	-	-	-	3	-	4	4	3		
8.кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии	4	2	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	2	2	2		
9.кафедра философии и культурологии	0	3	-	3	-	-	-	-	-	-	3	-	2	2	3		
10. кафедра фтизиатрии	0	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1		
ИТОГО:	7	29	1	9	9	1	0	0	0	0	2	6	28	28	29		

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.

В 2019 году в результате внутреннего аудита на 10 кафедрах педиатрического факультета выявлено 29 несоответствий, что на 3,5% больше по сравнению с прошлым 2018 г. (28 несоответствий. Рис 1). В сравнении с 2018 годом увеличилось количество выявленных несоответствий в виде незначительных с 14 до 19, количество значительных несоответствий с 1 до 9 и значительно сократилось число несоответствий в виде уведомлений с 13 до 1. В результате аудита в 2019 и 2018 годах в деканате Педфака выявлено по 1 несоответствию в виде уведомления (Рис. 2-3).

В итоге на кафедрах и деканате педиатрического факультета в 2019 году выявлено 29 несоответствий.

Причины выявленных несоответствий на кафедрах и деканате:

11 - низкая исполнительская дисциплина сотрудников;

12 - недостаточная информированность подразделения соответствующими службами;

6 – прочие (Рис. 4)

В сравнении с **2018 годом** на кафедрах и деканате педиатрического факультета снизилось количество причин несоответствий, связанных с низкой исполнительской дисциплиной с 15 до 11, незначительно увеличилось количество причин несоответствий, связанных с недостаточной информированностью подразделения соответствующими службами с 11 до 12 и относящиеся к прочим с 2 до 6 (Рис.5).

В 2018 году запланировано 28 корректирующих действий по устранению несоответствий, которые были выполнены в установленные сроки. По данным аудита 2019 года запланировано 29 корректирующих действий. Срок исполнения не истек (Рис. 6-7).

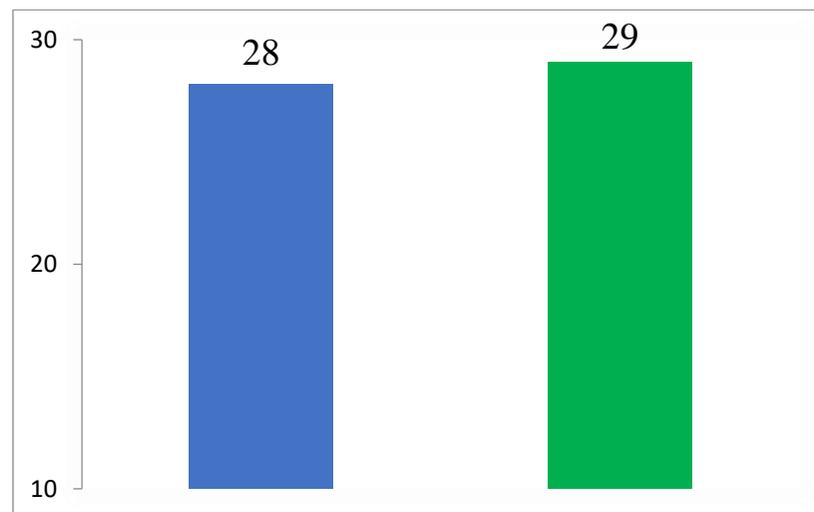


Рис. 1. Динамика выявленных несоответствий 2018 г и 2019 г

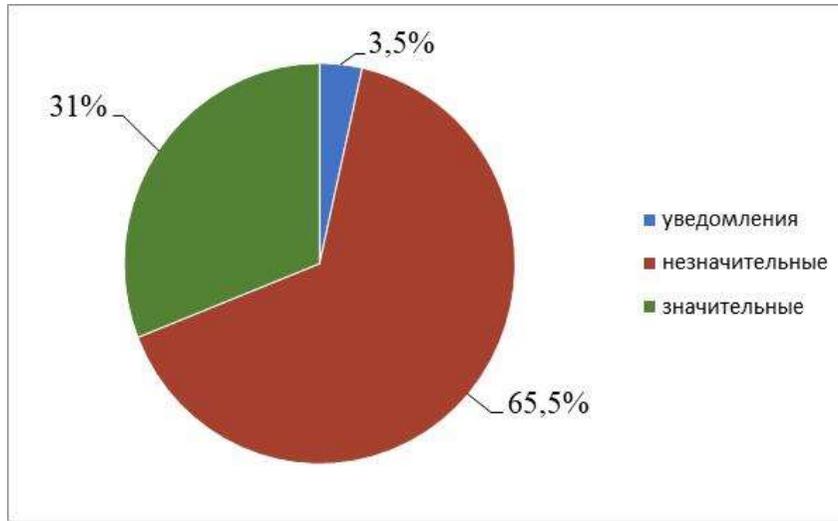


Рис. 2. Категории выявленных несоответствий 2019 г.

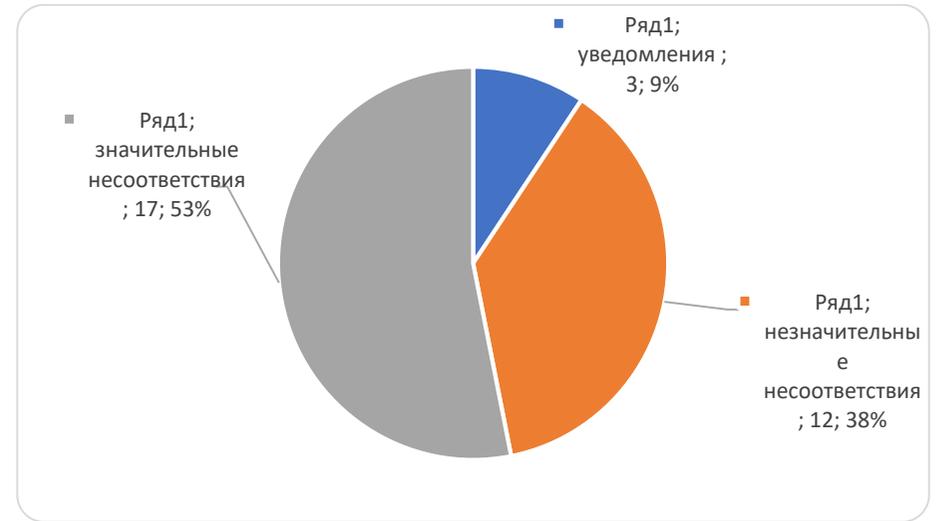


Рис. 3. Категории выявленных несоответствий 2018 г

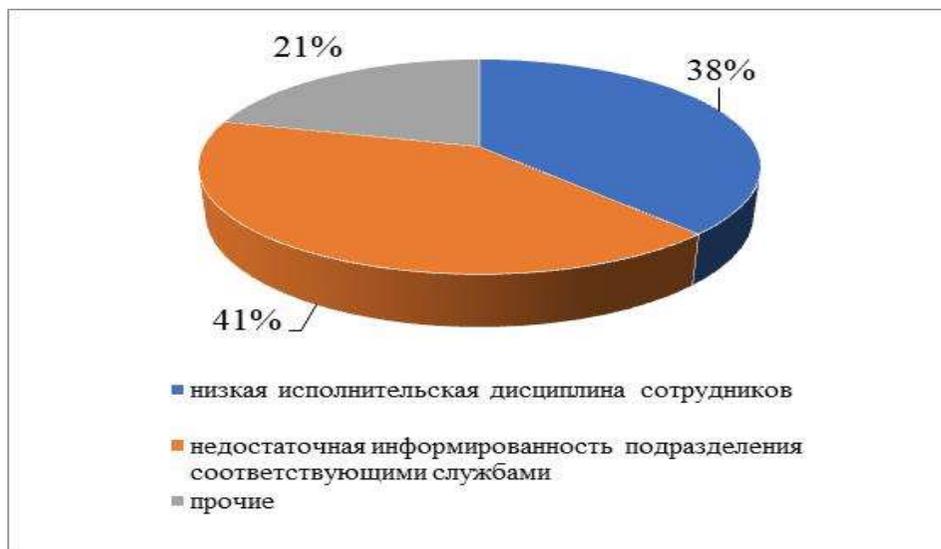


Рис. 4. Причины выявленных несоответствий 2019 г

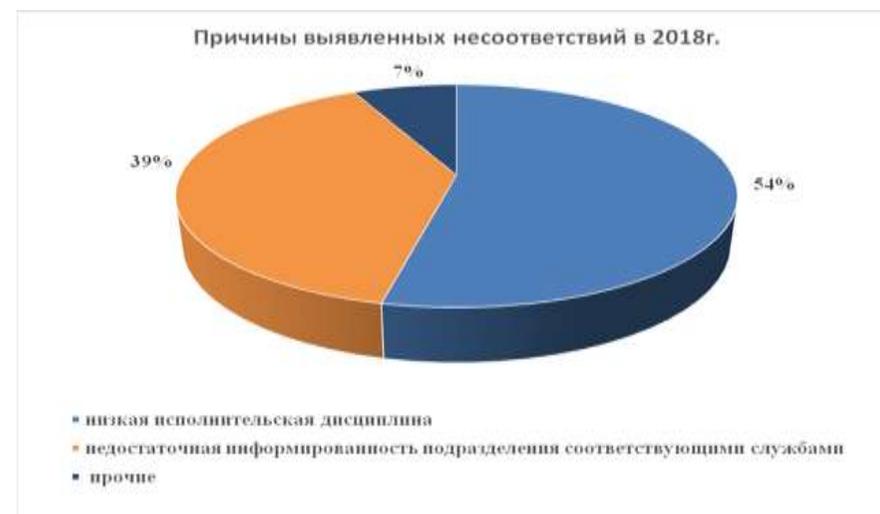


Рис. 5. Причины выявленных несоответствий в 2018 г

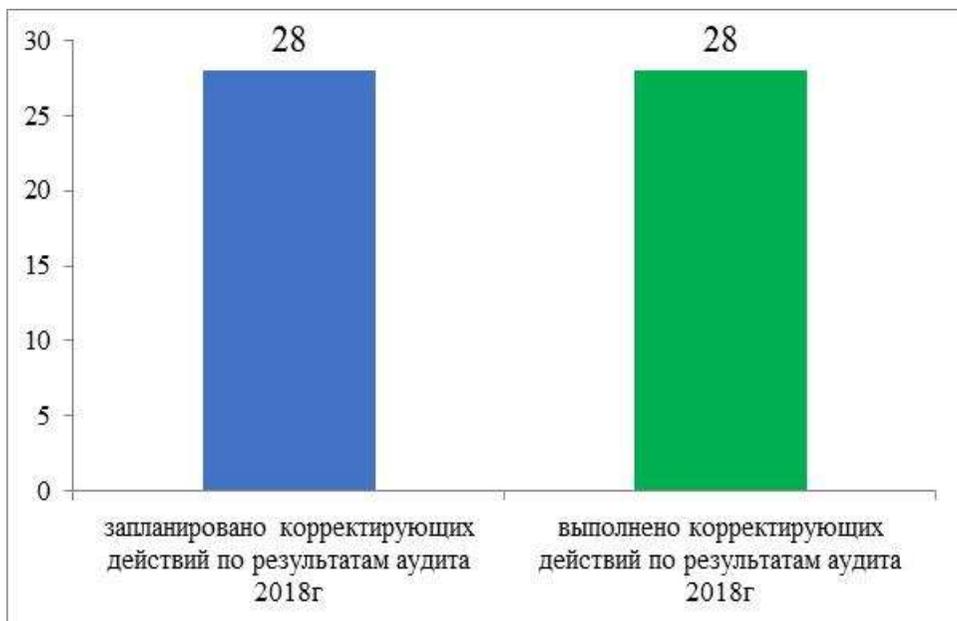


Рис. 6. Корректирующие действия по результатам аудита 2018 г.

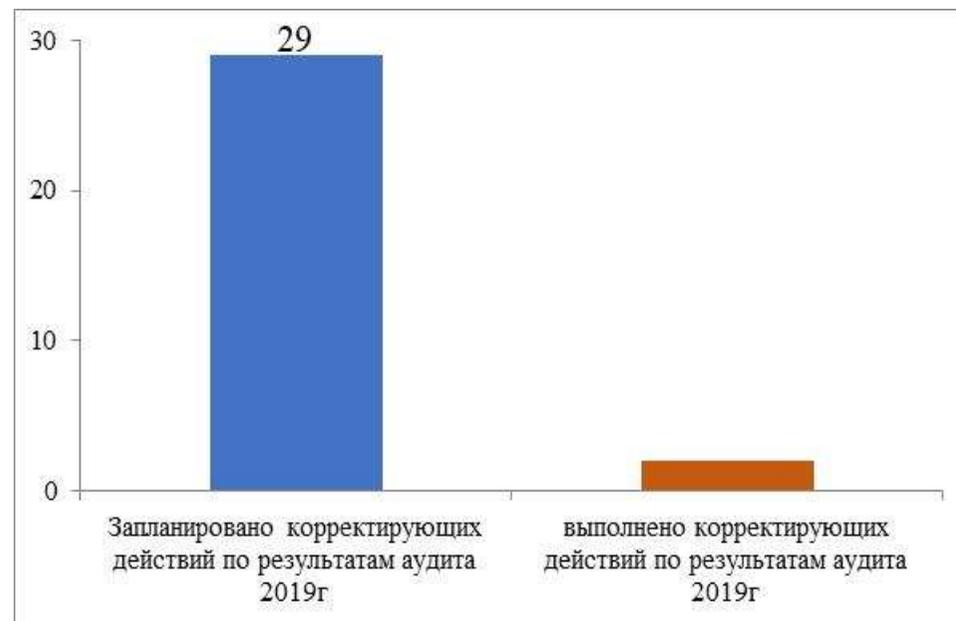


Рис. 7. Корректирующие действия по результатам аудита 2019 г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Леванова Л.А. _____ 2019 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК на кафедрах медико-профилактического факультета в 2019 ГОДУ

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					
1. Деканат МПФ	-	3	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	1	1	3	3	
2. Гигиены	-	2	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	2	2		
3. Дерматовенерологии	-	5	2	1	2	5	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	
4. Инфекционных болезней	-	3	1	1	1	2	-	-	-	-	1	-	4	4	3	3	
5. Медицинской биохимии	-	3	-	3	-	2	-	-	-	-	1	-	5	5	3	3	
6. Микробиологии, иммунологии и вирусологии	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
7. Мобилизационной подготовки	5	5	-	4	1	5	-	-	-	-	-	-	4	3	5		

здравоохранения и медицины катастроф																			
8. Организации здоровья, здравоохранения и медицинской информатики	-	8	2	4	2	8	-	-	-	-	-	5	5	8	5				
9. Эпидемиологии	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1				
ВСЕГО	-	31	9	16	6	27	-	-	-	-	4	27	27	31	21				

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 медико-профилактического факультета в 2019 г.: количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК на кафедрах медико-профилактического факультета в 2019 г. составило 5, что обусловлено низкой исполнительской дисциплиной.

Внутренний аудит в 2019 г.: проведен в деканате и на 8 кафедрах медико-профилактического факультета. В результате аудита выявлено 31 несоответствие, что на 9 несоответствий больше по сравнению с прошлым 2018 г. (22 несоответствия. Рис 1). В сравнении с 2018 годом (Рис. 2, Рис. 3): увеличилось количество выявленных несоответствий в виде уведомлений с 6 до 9 (с 27% до 30% соответственно), увеличилось количество незначительных несоответствий с 14 до 16 (с 53% до 64% соответственно), увеличилось количество значительных несоответствий с 2 до 6 (с 9% до 17% соответственно). Данная динамика обусловлена лучшей выявляемостью несоответствий в ходе проведенного аудита.

Причинами данных несоответствий являются (Рис. 4, Рис. 5): в 27 случаях – низкая исполнительская дисциплина, в 4 случаях – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами.

По результатам внутреннего аудита 2018 года было запланировано 27 мероприятий по устранению несоответствий, из них выполнено 27. В 2019 году запланировано 30 мероприятий по устранению выявленных несоответствий. Срок исполнения не истек.

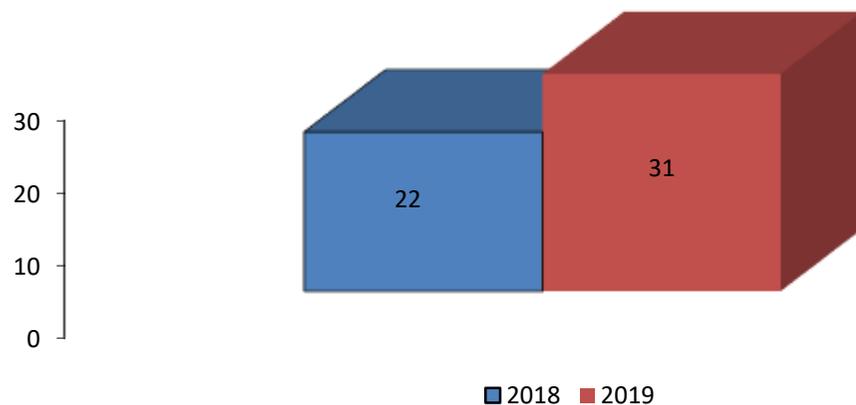


Рис. 1. Количество выявленных несоответствий в динамике 2018-19 гг.

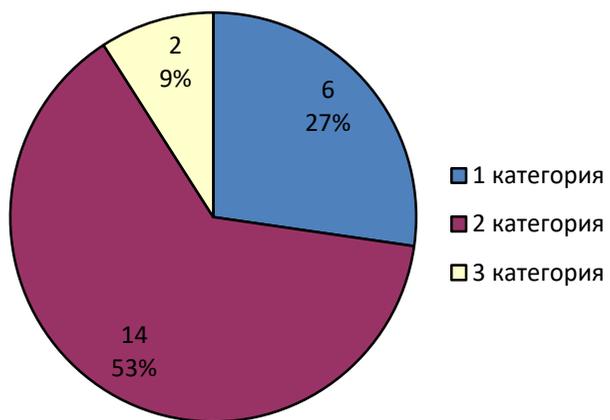


Рис. 2. Категории несоответствий МПФ 2018 г.

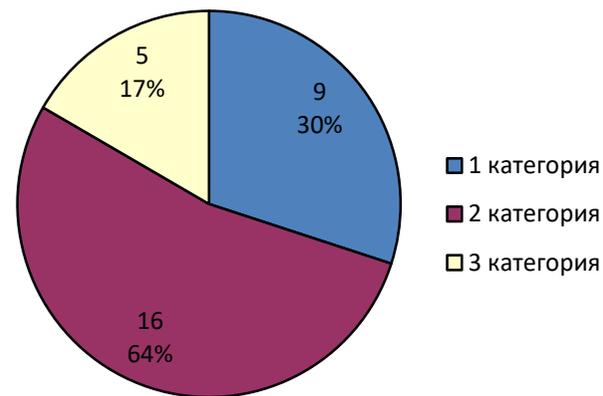


Рис. 3. Категории несоответствий МПФ 2019 г.



Рис. 4. Причины выявленных несоответствий 2018 г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____



Рис. 5. Причины выявленных несоответствий 2019 г.

Синькова М.Н. _____ 2019г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА КАФЕДРАХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В 2019 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					
1. Деканат СФ	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	
1. кафедра биологии с основами генетики и паразитологии	-	3	1	2	-	1	-	-	-	-	2	-	2	2	3		
2. кафедра детской стоматологии, ортодонтии и пропед. стом. заболеваний	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-	-	
3. кафедра истории	-	5	-	1	4	4	-	-	-	-	-	-	5	5	5		
4. кафедра оториноларин	-	6	1	5	-	4	-	-	-	1	1	-	6	6	6	6	

гологии																		
5. кафедра терапевтичес кой и ортопедическ ой стоматологии с курсом материаловед.	-	4	1	3	-	4	-	-	-	-	-	-	4	4	4	4		
6. кафедра хирургическо й стоматологии , ЧЛХ с курсом офтальмологи и	-	5	4	1	-	4	-	-	-	-	1	-	6	6	5	5		
ИТОГО:		24	7	1 3	4	1 8	-	-	-	1	4	-	28	28	24	16		

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 стоматологического факультета в 2019 г.: количество несоответствий, выявленных в ходе самооценки СМК на кафедрах стоматологического факультета в 2019 г. составило 0. Низкая выявляемость несоответствий в ходе самооценки СМК на кафедрах возможно обусловлена низкой исполнительской дисциплиной.

Внутренний аудит в 2019 г.: проведен в деканате и на 6 кафедрах стоматологического факультета. В результате аудита выявлено 24 несоответствия, что на 4 несоответствия меньше по сравнению с прошлым 2018 г. (28 несоответствий в 2018 г. Рис 1). В сравнении с 2018 годом (Рис. 2, Рис. 3): увеличилось количество выявленных несоответствий в виде уведомлений с 6 до 7 (с 21% до 29% соответственно), уменьшилось количество незначительных несоответствий с 17 до 13 (с 61% до 54% соответственно), уменьшилось количество значительных несоответствий с 5 до 4 (с 18% до 17% соответственно).

Причинами данных несоответствий являются (Рис. 4, Рис. 5): в 18 случаях – низкая исполнительская дисциплина, в 1 случае – отсутствие необходимой квалификации персонала, в 4 случаях – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами. По результатам внутреннего аудита 2018 года было запланировано 28 мероприятий по устранению несоответствий, из них выполнено 28. В 2019 году запланировано 24 мероприятия по устранению выявленных несоответствий. Срок исполнения не истек.

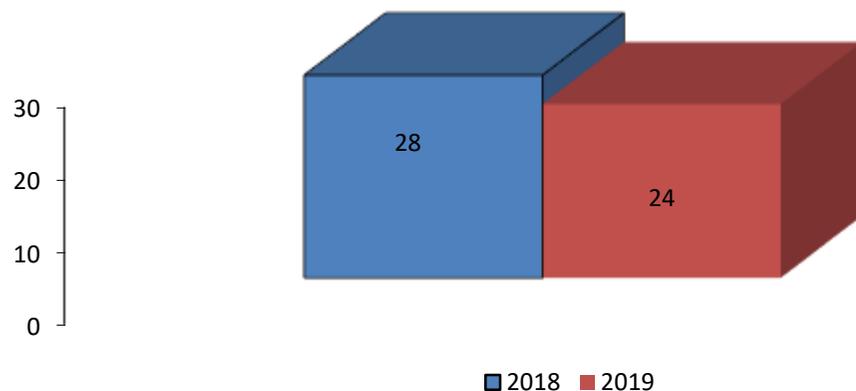


Рис. 1. Количество выявленных несоответствий в динамике 2018-19 гг.

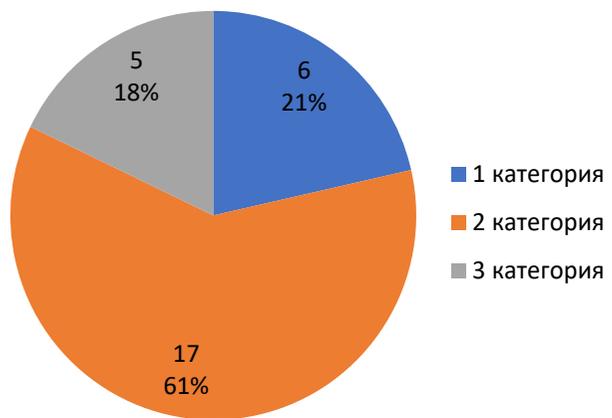


Рис. 2. Категории несоответствий 2018 г.

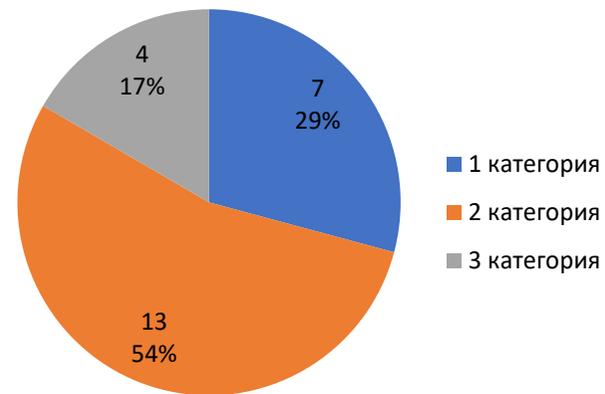


Рис. 3. Категории несоответствий 2019 г.



Рис. 4. Причины выявленных несоответствий 2018 г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____



Рис. 5. Причины выявленных несоответствий 2019 г.

Синькова М.Н. _____ 2019г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК НА КАФЕДРАХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА в 2019 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	0	6	3	3		1						4	1	2	2	6	6	
Медицинская и биологическая физика и высшая математика	0	4		4		4								4	4	4	4	
Фармация	0	3		2	1	3								9	9	3	3	
Фармакология	0	6	2	2	2	3						2	1	6	6	6	6	
Фармацевтическая и общая химия	0	6		6		6								10	10	6	64	
ИТОГО:	0	25	5	17	3	17						6	2	31	31	25	25	

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.

В сентябре 2018 г. Прошла реорганизация кафедр факультета. Кафедры Управления и экономики фармации и Фармацевтической технологии и фармакологии объединены в кафедру – Фармация: кафедры Фармацевтической химия и химия объединены в кафедру Фармацевтической и общей химии.

2019 г. в результате внутреннего аудита СМК 4 кафедры фармацевтического факультета выявлено 25 несоответствий, что на 20% меньше, чем в 2018 г (31) (Рис. 1). По сравнению с 2018 г. количество уведомлений снизилось. В 2,3 раза снизилось количество значительных уведомлений с 7 до 3, количество незначительных уведомлений осталось на уровне предыдущего года (Рис. 2).

Причины выявленных несоответствий:

17 - низкая исполнительская дисциплина

0 – отсутствие необходимых ресурсов

0 – недостаточность полномочий

0 – отсутствие необходимой квалификации персонала

6 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами

2 – другие причины (невнимательность)

Среди причин выявленных несоответствий на первом месте находится низкая исполнительская дисциплина. Однако в 2019 году данная причина несоответствия снизилась с 27 до 17 (37,1%) по сравнению с 2018 г. На втором месте среди выявленных причин несоответствия находится недостаточная информированность подразделения соответствующими службами. Данная причина несоответствия в 2019 г. была зарегистрирована 6 раз, в 2018 г. – 4. (Рис. 3).

Запланировано 25 мероприятий по устранению данных несоответствий (рис. 4).

2018 г. в результате внутреннего аудита СМК 6 кафедр фармацевтического факультета выявлено 18 несоответствий; из них 7 уведомлений, 5 – незначительных, 6 – значительных.

Причины выявленных несоответствий:

27 - низкая исполнительская дисциплина

0 – отсутствие необходимых ресурсов

0 – недостаточность полномочий

0- зависимость от «поставщика» предыдущего процесса

0 – отсутствие необходимой квалификации персонала

4 – недостаточная информированность подразделения соответствующими службами

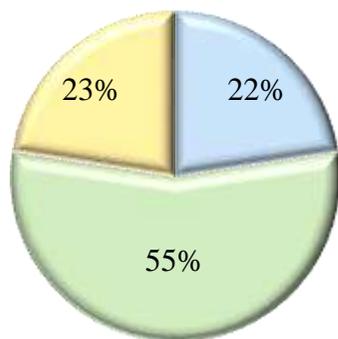
0 - прочие

Было запланировано 31 мероприятия по устранению данных несоответствий, из них выполнено 31, что составило 100% (рис. 4)



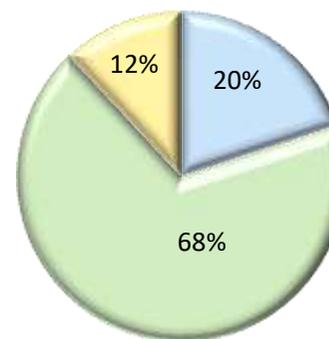
Рис. 1. Динамика выявленных несоответствий 2018- 2019 гг.

Категории несоответствий в 2017-2018 уч.г.



■ уведомления ■ незначительные ■ значительные

Категории несоответствий в 2018-2019 уч.г.



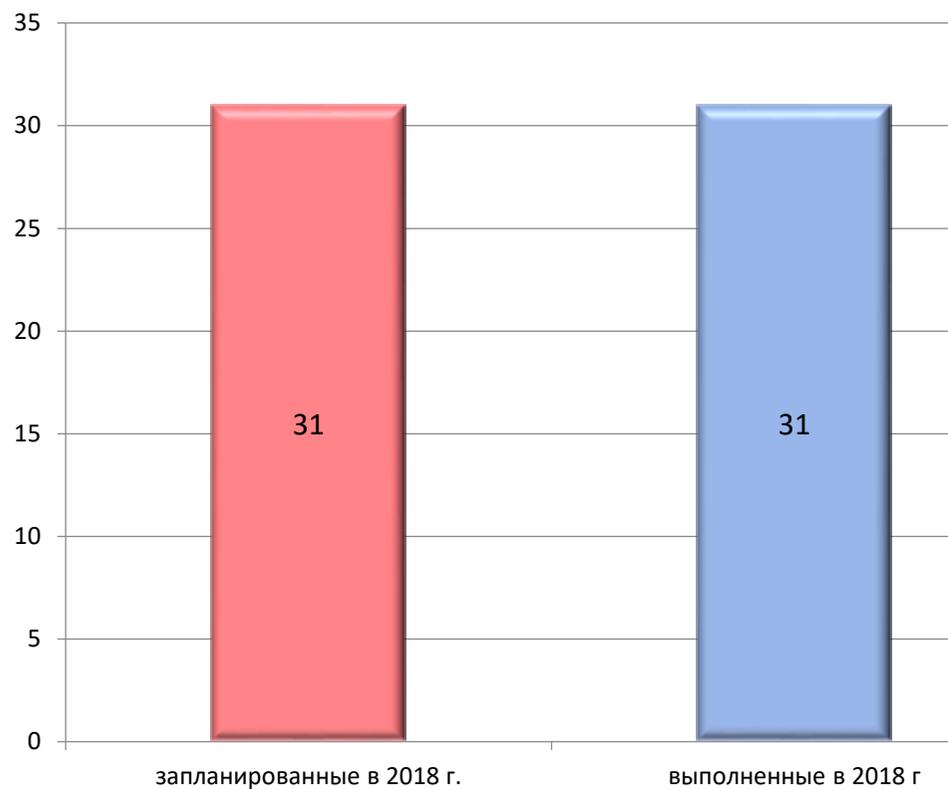
■ уведомления ■ незначительные ■ значительные

Рис. 2. Категории несоответствий в сравнении с предыдущим периодом



Рис 3. Причины выявленных несоответствий

Корректирующие действия по результатам аудита в предыдущем году



Корректирующие действия по результатам аудита в текущем году

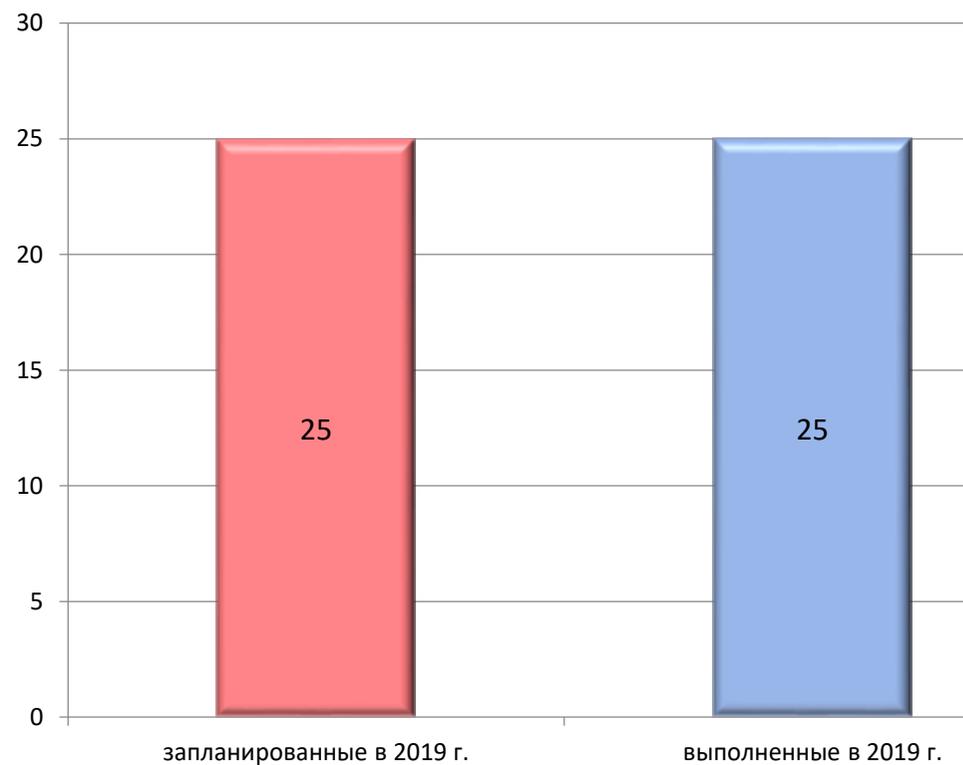


Рис 4. Корректирующие действия по результатам аудита

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Попкова Л.В. _____ 2019 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

ОТЧЁТ-АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ в 2019 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	1	1	1								1	4	4	1	1		
Научная библиотека	1	1		1							1	4	4	1	1		
Административно-хозяйственное управление	-	3			3	1					2	4	4	3	-		
Планово-финансовое управление	0	5	2	3		1					3	3	3	5	5		
Отдел по работе с иностранными и студентами	-	12		1	11	11					1	1	1	12	11		
Управление информационных технологий	0	4		4		3					1	1	1	4	4		

Учебное управление	0	2	2							2		1	1	2	2	
Управление делопроизводством	0	1		1								2	2	1	1	
Управление последипломной подготовки специалистов	-	3			3	3						5	5	3	2	
ЦСОиА	0	0										2	2	0	0	
ЦДО	0	1	1			1						2	2	1	1	
ЦСТВ	0	0										7	7	0	0	
Научное управление	0	1			1					1		2	2	1	1	
Управление кадров	-	1			1							1	1	1	1	
ЦНИЛ	-	3	1	2		2				1		4	4	3	3	
ИТОГО:	2	38	7	1/2	19	22				1	9	4	43	43	38	33

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 2019 г. составило 2, что на 8 ниже по сравнению с предыдущим годом.

Не подали отчет о самообследовании УППС, отдел по работе с иностранными студентами, управление кадров, ЦНИЛ, АХУ.

Причинами выявленных несоответствий в ходе самооценки в подразделениях явились отсутствие планирования сроков анкетирования потребителей (контрактная служба, ЦСОиА), актуализации и разработки документов подразделений (ЦСОиА), зависимость от поставщика предыдущего процесса (научная библиотека), отсутствие необходимых ресурсов (контрактная служба).

В среднем оценили качество работы ЦКО 4,4 балла

В результате внутреннего аудита в 2019 году в подразделениях университета было выявлено 38 несоответствий (в предыдущем – 43):

Отсутствие подписей в документах	7
Не утверждены документы	1
Отсутствие планирования деятельности (нет плана)	3
Неправильное оформление документации, расхождение данных в разных документах, отсутствие документов	23
Номенклатурные папки оформлены небрежно (нет наименований, индексов)	2
Не представлены результаты маркетинговых исследований	1
Ознакомление не со всеми документами СМК	1

Данные несоответствия можно свести в две группы – небрежное ведение документации – 89,5% (по предыдущему году 71%), отсутствие маркетинговых исследований и анализа данных 3%, (по предыдущему году 29%), отсутствие планирования деятельности 7,5%.

Количество выявленных несоответствий сократилось на 18,6% (Рис. 1). При этом увеличилась доля уведомлений (на 100%), значительных несоответствий на 2% и снизилась доля незначительных несоответствий (на 24,5%; Рис. 2-3).

Увеличение доли значительных несоответствий объясняется сменой кадрового состава в большинстве подразделений, их реорганизацией, вследствие чего сотрудники подразделений не справились в полном объеме с подготовкой документации.

Все корректирующие действия, запланированные по результатам предыдущего аудита выполнены на 100%. В текущем году выполнено 33 из 38 запланированных корректирующих действий. Срок исполнения не истек.

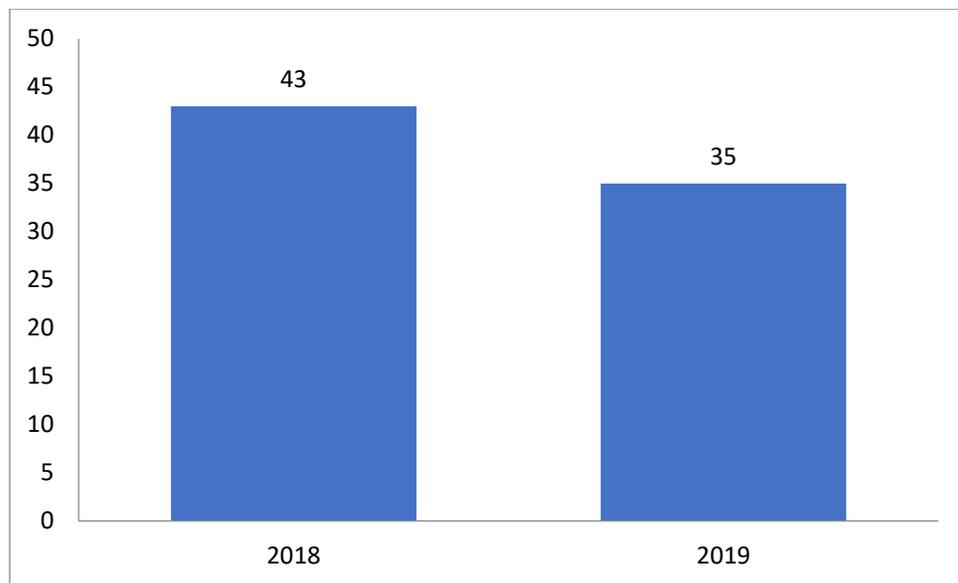


Рис. 1. Динамика выявленных несоответствий 2018 -2019 гг.

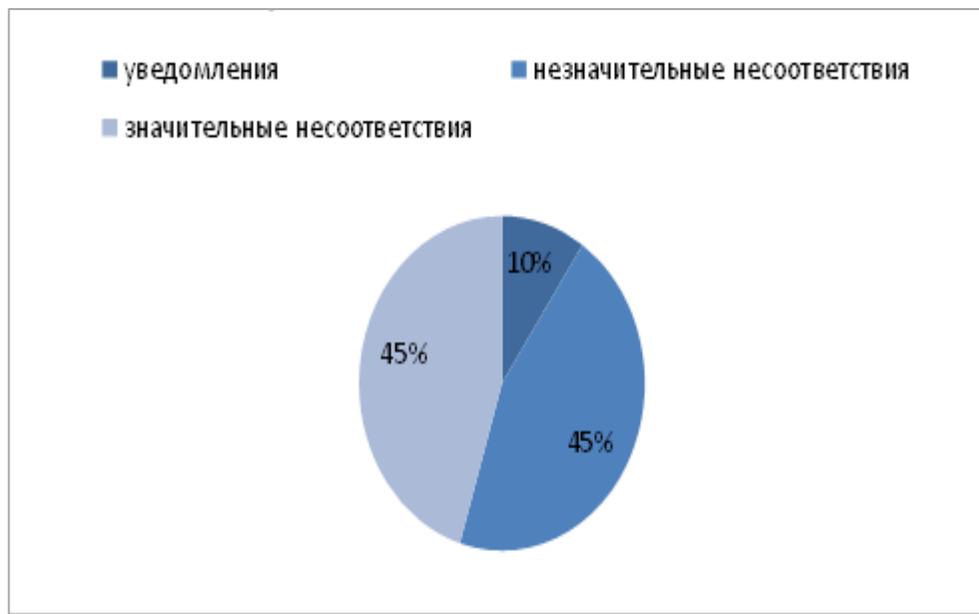


Рис. 2. Категории выявленных несоответствий 2018 г.

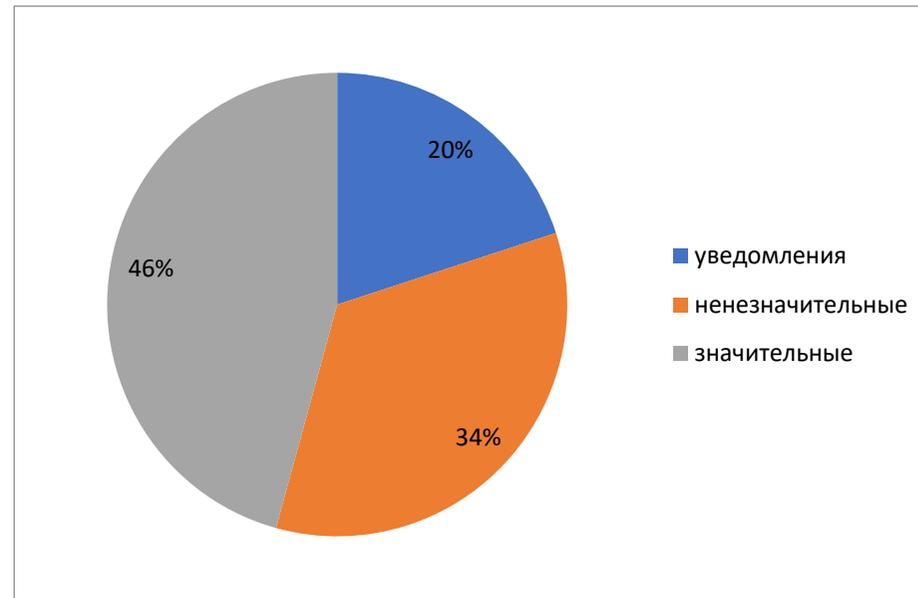


Рис. 3. Категории выявленных несоответствий 2019 г.

Руководитель группы внутреннего аудита _____

Штернис Т.А. _____ 2019 г.