

[Введите название документа]



Министерство здравоохранения Республики Татарстан
ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»

Система менеджмента качества

2021-2022 год

Внутренний аудит

ИНФОРМАЦИЯ

для проведения внутреннего аудита



В соответствии с заключенным договором с Ассоциацией по сертификации "Русский Регистр» внешняя ресертификационная проверка системы менеджмента запланирована на январь 2022 года. Ресертификация – это аудит, который проводит сертифицирующая организация у компании-держателя сертификата для того, чтобы убедиться, что можно «обновить сертификат», то есть выдать аудируемой организации документ о соответствии ISO 9001:2015 еще на три года. По времени ресертификационный аудит обычно занимает больше времени, чем проверки при инспекционном контроле, но меньше, чем сертификационный аудит. Проверка запланирована по всем процессам и подразделениям, связанным с заявленной областью сертификации, а именно: проектирование, разработка и осуществление образовательной деятельности при реализации основных профессиональных образовательных программ в соответствии с областью лицензирования и государственной аккредитации. При ресертификационном аудите рассматривается работа системы менеджмента качества на протяжении всего трехлетнего срока, то есть обязательно должны анализироваться отчеты о проведении инспекционных контролей, отражающие, как организация работала над изменениями к лучшему в системе, после того, как внешняя проверка обнаруживала проблему. Необходимо еще обратить внимание на результативность системы в контексте меняющихся внешних и внутренних обстоятельств и выполнение обязательств по поддержанию результативности и совершенствованию системы менеджмента. При ресертификационном аудите в центре внимания оказываются политика и цели в области качества: внешние проверяющие изучают: насколько функционирование системы в ее нынешнем виде способствует их реализации. В том случае, если по результатам ресертификационного аудита проверяющие обнаружили несоответствия, то компания, который проводит ресертификацию, устанавливает время, за которое должны быть предприняты соответствующие корректирующие действия «до истечения срока действия сертификата». Естественно, не устранив несоответствия, нельзя получить новый сертификат.

Ежегодная внутренняя проверка (внутренний аудит) запланирована на ноябрь 2021 года.

Цель внутреннего аудита

Целью внутреннего аудита является получение информации о том, соответствует ли система менеджмента:

- требованиям действующего ИСО 9001;
- внутренним требованиям, которые были определены самим Колледжем в ходе создания своей системы управления;
- насколько внедренная система результативна;
- приносит пользу, которую высшее руководство ожидало получить.

Таким образом, аудит системы качества ориентирован на выявление причин возникновения несоответствий в системе управления или в продуктах (услугах) организации. Отсюда возникает и основная цель **внутреннего**



аудита – собрать объективные свидетельства, которые позволят выявить несоответствия в процессах, продуктах (услугах) или системе качества.

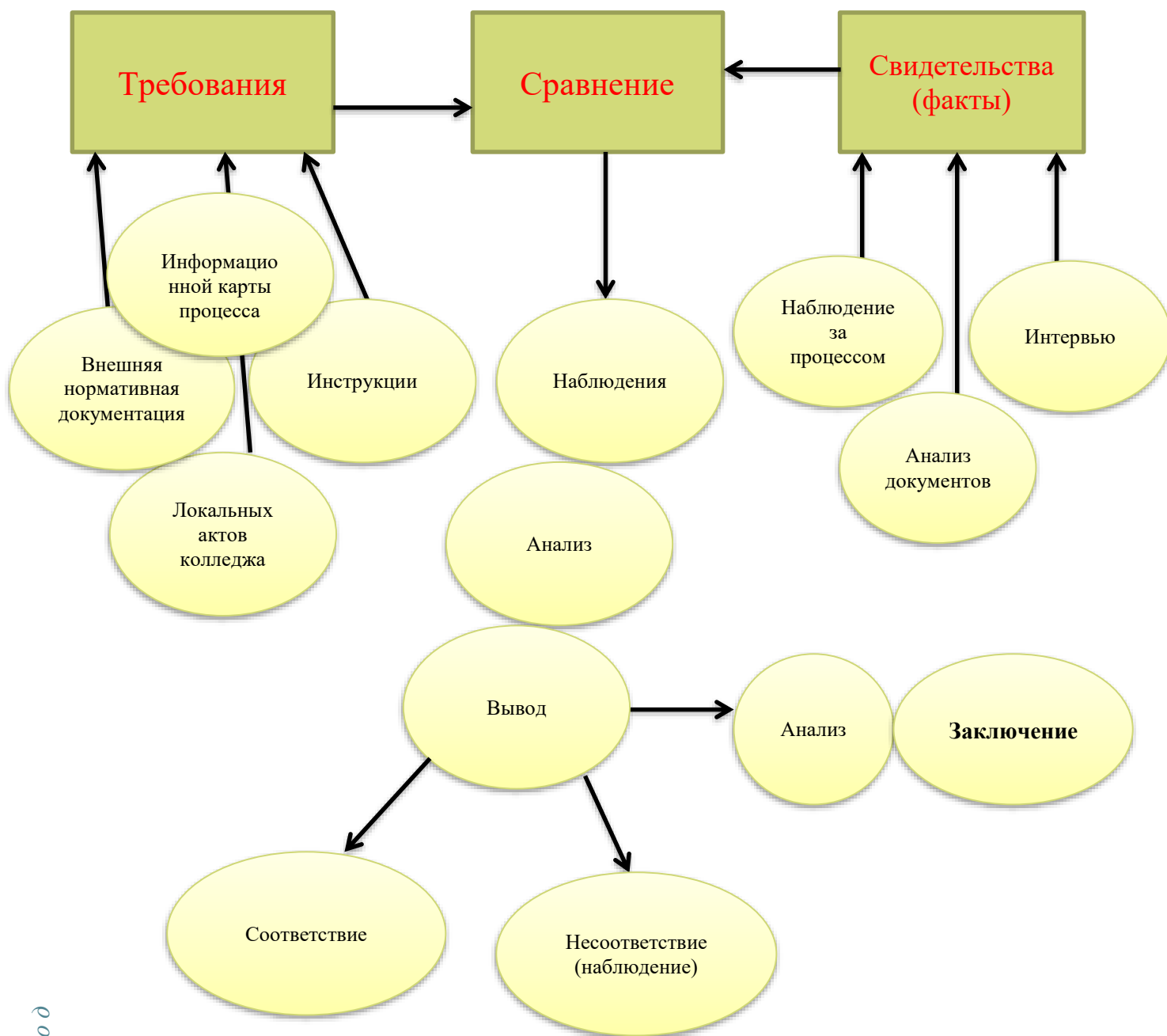


Рис.№1

Задачи:

- проверка качества предоставления услуг;
- установление соответствия или несоответствия элементов системы установленным требованиям;
- оценка результативности деятельности структурного подразделения;
- анализ предпринятых мероприятий по устранению несоответствий (наблюдений), выявленных при проведении предыдущих внутренних аудитов;



- проверка выполнения мероприятий, направленных на постоянное улучшение качества деятельности структурных подразделений колледжа;
- проверка актуальности документов, регламентирующих деятельность процесса.

Область аудита (объем и границы аудита) определена планом-графиком проверки и включает проверку основных и обеспечивающих процессов; политики; целей; организационной структуры управления; документации системы менеджмента. В ходе проверки будут использоваться традиционные методы проверки: наблюдение, сбор объективных свидетельств, сравнение с требованиями, опрос, обобщение, анализ документации процесса, анализ посещённых занятий (см. рис.№1).

В новом учебном году актуальными остаются следующие документы СМК:

- 1) Устав колледжа (в приемной колледжа)
- 2) 95 локальных нормативных актов (в приемной; на сайте)
- 3) Реестр процессов
- 4) Формы колледжа (на сайте, кабинет 13, в сети)
- 5) Политика в области качества
- 6) Цели в области качества
- 7) Стандарты колледжа (документированные процедуры, 6 шт.)

**РЕЕСТР ПРОЦЕССОВ СМК ГАПОУ
«НАБЕРЕЖНОЧЕЛНИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

2. Основные процессы		
2.1	Управление процессами, связанными с запросами потребителей (Маркетинг)	Тагирова А.Р. – заведующая практикой
2.2	Проектирование и разработка образовательных программ по подготовке специалистов среднего звена	Ахметганеева Ю.Е. - заместитель директора по учебной работе
2.3	Управление подготовкой абитуриентов и прием студентов	Галиуллина Л.Р. – ответственный секретарь приемной комиссии
2.4	Реализация образовательных программ по подготовке специалистов среднего звена	Гатиатулина Э.Р. – заведующая учебным отделением №1
2.5	Воспитательная и социальная деятельность со студентами	Нурмухаметова Н.Ф. – заместитель директора по воспитательной работе
3. Обеспечивающие процессы		



3.1	Управление персоналом	Николаева О.Н. – специалист по кадрам
3.2	Управление методической деятельностью	Нурмухаметова М.С. – методист колледжа
3.3	Библиотечное и информационное обеспечение	Камзолкина А.Г. – ведущий библиотекарь
3.4	Управление образовательной средой, инфраструктурой и охрана труда	Ахметзянова Л.И. - заместитель директора по хозяйственной работе
3.5	Управление материально-техническим обеспечением (закупки)	Хузина И.Ю. – главный бухгалтер
3.6	Обеспечение безопасности жизнедеятельности обучающихся студентов и персонала	Андреев Д.В. – ведущий инженер по ГО И ЧС
3.7	Социальная поддержка студентов и персонала колледжа	Нурмухаметова Н.Ф. – заместитель директора по воспитательной работе

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение «Набережночелнинский медицинский колледж» видит свою **миссию в подготовке квалифицированных специалистов среднего медицинского звена, востребованных работодателями, конкурентоспособных на рынке труда с целью укрепления отрасли здравоохранения.** Деятельность колледжа направлена на достижение лидирующего положения в предоставлении комплекса образовательных услуг и обеспечение устойчивого доверия абитуриентов, студентов, слушателей, родителей, преподавательского состава, персонала путем непрерывного совершенствования всех видов деятельности с учетом требований всех заинтересованных сторон.

КОЛЛЕДЖ СЛЕДУЕТ ПРИНЦИПАМ:

Колледж - организация,

ориентирующаяся на потребителя

Мы работаем на перспективу, чтобы удовлетворить все более возрастающие требования (ожидания и видения) постоянных потребителей и установить новые долгосрочные партнёрские отношения.



Колледж - образовательная организация,
ориентированная на процессный подход

Для достижения поставленных целей мы применяем систему процессов, каждый из которых управляется с помощью модели «**План - Действие - Анализ - Улучшение**»

Колледж является развивающейся организацией,
восприимчивой к новому

Любая проблема рассматривается нами в контексте системы, в которой она возникла. Применение системного подхода позволяет наилучшим образом принимать решения на всех уровнях управления, что содействует максимально эффективному использованию материальной и учебно-методической базы в соответствии с современными требованиями практического здравоохранения и фармации. Ориентируясь на достижения лидеров в области среднего профессионального образования, колледж постоянно оценивает собственные возможности и анализирует достигнутые результаты, совершенствует свою деятельность путем улучшения структуры и технологии подготовки кадров, создании условий для продуктивной работы.

Колледж строит свою деятельность
на вовлеченности персонала

Квалифицированный персонал является главной ценностью и основой имиджа колледжа. Успех нашей деятельности напрямую связан с вкладом каждого работника. Руководство колледжа видит свою основную задачу в создании условий для максимально полной реализации каждым работником своих творческих способностей и стремлений.

Колледж организует свою деятельность
на лидерстве руководителя

Руководство колледжа утверждает политику в области качества, преобразует запросы потребителей в измеряемые цели, предоставляет необходимые ресурсы для их реализации. Ответственность руководства за качество по всем направлениям деятельности обеспечивается распределением обязанностей и полномочий, созданием организационной среды взаимодействия, направленной на достижение стратегических целей, поощрением творческой инициативы преподавателей по внедрению новых педагогических технологий, повышающих качество обучения.



Колледж принимает
решения на основании фактов

Мониторинг требований работодателей, качества образования и результатов работы колледжа позволяют принимать эффективные решения по корректировке и улучшению деятельности. **Любое решение принимается нами на основе анализа достоверных данных и объективной информации.**

Колледж стремится
к непрерывному улучшению

Улучшения в колледже – планомерная работа, обусловленная ростом требований потребителей к качеству подготовки специалистов в области здравоохранения и фармации и возрастающей конкуренцией на рынке образовательных услуг.

Колледж - **организация партнерского типа**

Мы стремимся к взаимовыгодным отношениям с нашими социальными партнерами в лице лечебно-профилактических и фармацевтических организаций, которые разделяют нашу цель и политику в области качества. Устойчивое развитие колледжа видим и в тесном сотрудничестве с другими организациями профессионального и высшего образования.

Руководство колледжа принимает на себя обязательства соответствовать требованиям международного стандарта ИСО 9001 и постоянно повышать результативность системы менеджмента качества. Руководство несет ответственность за создание условий, необходимых для достижения целей в области качества, обеспечивает понимание, проведение и реализацию настоящей политики на всех уровнях.

СТАНДАРТЫ КОЛЛЕДЖА

(документированные процедуры):

(хранятся в кабинетах №13;23 и на сайте колледжа)

1. Руководство по качеству
2. Документированная процедура «Управление документацией»
3. Документированная процедура «Внутренний аудит»
4. Документированная процедура «Записи»
5. Документированная процедура «Корректирующие и предупреждающие действия»
6. Документированная процедура «Управление несоответствующей продукцией»

Вышеперечисленные документы актуализируются ежегодно и являются документами, регламентирующими деятельность всех процессов колледжа. В 2015 году принят новый международный стандарт ISO 9001:2015 в соответствии, с которым 6 документов колледжа были пересмотрены.



Чего мы хотим от аудита?

Доказательств того, что система управления в колледже:

- улучшает эффективность деятельности всех структурных подразделений колледжа;
- выполняет требования законодательства в сфере здравоохранения и образования, удовлетворяет кадровые потребности здравоохранения города;
- имеет надёжную структуру и улучшает целостность системы управления;
- снижает риски, сокращает отчисления студентов и количество жалоб со стороны потребителей;
- поддерживает результативность образовательного процесса по всем специальностям на уровне целевых показателей (см. Цели в области качества)
- развивает систему комплексной безопасности в колледже;
- обеспечивает профессиональное развитие студентов, формирует понимание выпускников социальной значимости получаемой профессии;

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ АУДИТОРА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОВЕРКЕ:

1. Определите вместе с руководителем процесса дату, время и место проведения аудита.
2. Сообщите руководителю аудитов (менеджеру по качеству) о дате и времени. Подпишите Лист согласований **Плана-графика*** к приказу о внутренних аудитах на 2021/2022 учебный год (Ф/01)

*- План аудита – описание мероприятий и порядка проведения аудита

3. Подготовьте **Программу аудита**** (Ф/03). Определите **цель аудита** в соответствии с назначением процесса. Цель аудита должна быть согласована с стратегией развития колледжа, а также быть связана с политикой и целями в области качества. Цель аудита устанавливается с учетом:

- потребностей и ожиданий потребителей услуг (внешних и внутренних);
- характеристик процесса и требований к нему;
- требований к системе менеджмента;
- выявленных рисков;
- результативности процесса;

Примеры целей:

- выявить возможности улучшения системы менеджмента и ее функционирования
- оценить способность определять риски и возможности, а также разрабатывать и осуществлять результативные меры по их обработке;
- подтвердить выполнение всех требований и обязательств в рамках сертификации;
- оценить согласованность целей системы менеджмента со стратегическим направлением развития колледжа;
- оценить пригодность, соответствие и результативность системы менеджмента процесса;



4. Ознакомьтесь с материалами прошлого аудита, какие наблюдения (несоответствия) были выявлены. Определите **критерии аудита******. Для этого выберите пункты ИСО 9001, пункты локальных актов, регламентирующих деятельность процесса, внешних актов, должностных инструкций, политики в области качества, рабочих инструкций. Все эти документы указаны в информационной карте процесса (бумажные варианты хранятся в кабинете №13 и у руководителя процесса).

** - **Программа аудита** – это мероприятия для одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленный на достижение конкретной цели.

*** - **Объективные свидетельства** – это данные, подтверждающие существование или истинность чего-либо (могут быть получены посредством наблюдения, испытания, записи, изложение фактов и др.).

**** - **Критерии аудит** – совокупность требований, используемых как эталон, с которыми сравнивают **объективные свидетельства******.

5. За **10 дней до даты** проведения аудита руководитель проверяемого процесса должен своей подписью согласовать программу аудита. Ознакомьтесь с критериями аудита. Именно эта дата должна стоять в программе аудита (Ф/03), а не дата проведения аудита.
6. Подготовьте Контрольный лист аудита (Ф/04). Сформулируйте вопросы, которые вы зададите. В начале вопроса укажите пункт ИСО, или пункт ДИ, или пункт ЛА, или иного документа, на требования которого ссылаетесь (можно записать формулировку из документа). В ходе аудита необходимо собрать **свидетельства аудита** (записи, изложение фактов или иная информация, которая существенна с точки зрения критериев аудита и может быть проверена.) Свидетельства аудита должны быть оценены в соответствии с критериями аудита для формирования вывода (соответствие, несоответствие). Наблюдения аудита – это результаты сравнения собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита. Наблюдения аудита могут указывать на соответствие или несоответствие критериям аудита или на возможности улучшения. В случае обнаружения несоответствия, то необходимо заполнить Протокол несоответствия (Ф/07). Во время аудита аудитор должен периодически информировать о ходе аудита, существенных выводах и рисках руководителя группы аудиторов. Контрольный лист и протокол несоответствия подписываются датой проведения аудита.
7. Заполните Ф/05. Для этого сформулируйте заключение аудита (выводы). В отчете укажите несоответствия, которые были обнаружены. Разногласия между аудитором и руководителем процесса должны быть разрешены до составления отчета по аудиту, либо изложены в отчете. В отчет вносят рекомендации по улучшению процесса. Данный отчет, подписанный обеими сторонами, сдается менеджеру по качеству в течение 10 дней после проведения аудита, но не в этот же день. Поэтому дата отчета должна быть отличной от даты аудита.
8. В случае обнаружения несоответствия, необходимо составить план корректирующих действий с указанием сроков устранения (Ф/07).




МОЖНО ЗАПЛАНИРОВАТЬ ПРИ АУДИТЕ:

- распределение функций, ответственности и полномочий руководителя процесса в соответствии с назначением процесса /см п. 5.3 ИСО 9001/;
- понимание руководителем процесса цели в области качества на 2021-2022 учебный год / см п. 6.2.1 ИСО 9001/;
- определение основных рисков процесса /см п. 6.1 ИСО 9001/;
- требования, предъявляемые процессу (внешние документы, внутренние локальные акты, инструкции, потребители) /см п. 8.2 ИСО 9001/;
- Оценку деятельности процесса на соответствие целям и требованиям потребителя /см п. 5.1.2 ИСО 9001/;
- анализ документации /см п. 9.1.3 d) ИСО 9001/;
- проверку соответствия деятельности процесса законодательным и нормативно правовым требованиям /см п. 8.5.2. ИСО 9001/4/;
- установление того, что характеристики продукции и услуг определены / см п. 8.3.2.q) ИСО 9001/;
- проверку Записей соответствия требованиям процесса (определены, защищены и хранятся надлежащим способом) / см п. 7.5.3.1 ИСО 9001/;
- изучение Записей о несоответствующей продукции (коррекция, информирование потребителя...) /см п. 8.7.2 ИСО 9001/;
- анализ причин несоответствия и выполнение корректирующих действий во избежание повторных ошибок /см п. 10.2.1.b) ИСО 9001/;
- анализ жалоб потребителей / см п. 8.2.1c) ИСО 9001/;



ДОКУМЕНТАЦИЯ АУДИТА:

	Министерство здравоохранения Республики Татарстан ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»
	Система менеджмента качества
Ф/ 03	Программа внутреннего аудита

Программа внутреннего аудита.

1. Основание для аудита _____
(№ приказа)
2. Тип внутреннего аудита (плановый, внеплановый)
3. Цели аудита:
 - 1) _____
 - 2) _____

Критерии аудита	Объем аудита		Аудиторы	Представитель структурного подразделения
	Область аудита деятельность/ процесс/ структурное подразделение	Дата и время проведения аудита		

Согласовано:


Руководитель группы аудиторов

(подпись, дата, расшифровка подписи)

Руководитель структурного подразделения

(подпись, дата, расшифровка подписи)



	Министерство здравоохранения Республики Татарстан ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж».
	Система менеджмента качества
Ф/04	Контрольный лист аудита


Контрольный лист № _____

Должность	Ф. И. О. собеседника	дата	время
1.			
2.			
Проверяемое структурное подразделение			
Область аудита			
Контрольные вопросы	Записи аудитора		

Аудитор: _____
(подпись, дата, расшифровка подписи)

Аудируемый: _____
(подпись, дата, расшифровка подписи)



	Министерство здравоохранения Республики Татарстан ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж».
	Система менеджмента качества
Ф/05	Отчет об аудите

СОГЛАСОВАНО

руководитель группы аудиторов
_____ Ахметзянова Л.И.

УТВЕРЖДАЮ

руководитель Службы качества
_____ Ахметганеева Ю.Е.

Отчет о внутреннем аудите.

Дата аудита: _____ 20__ г.

Структурное подразделение / процесс _____

Цель аудита: _____

Область аудита _____

Документы, на соответствие которым проводился аудит _____

Пункт ИСО 9001	Пункт документа	Наблюдение (несоответствие)	Рекомендации
1	2	3	4

Руководитель аудита: _____

(подпись, дата, расшифровка подписи)

Руководитель структурного подразделения: _____

(подпись, дата, расшифровка подписи)



