



Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
Система менеджмента качества

УТВЕРЖДЕНО
Приказ учреждения
образования «Белорусский
государственный
медицинский университет»
19.07.2023 № 553

СТАНДАРТ
учреждения образования
«Белорусский государственный медицинский университет»

СТУ П 1.02-2023

**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ,
АНАЛИЗ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
СО СТОРОНЫ РУКОВОДСТВА
И ПОСТОЯННОЕ УЛУЧШЕНИЕ**

Редакция 07

Внимание!

Актуальная версия документа только в электронном виде.

Распечатанная бумажная версия документа считается неучтенной и об изменениях не сообщается.

Минск 2023

Стандарт разработали:

Первый проректор



И.Н.Мороз

Заместитель начальника отдела
научно-методического обеспечения
образовательного процесса Управления
образовательной деятельности



И.Г.Береснева

СОДЕРЖАНИЕ

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	4
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	5
2.1. Нормативные правовые акты	5
2.2. Технические нормативные правовые акты	5
3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ.....	6
3.1. Термины и определения.....	6
3.2. Сокращения и обозначения	6
4. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА	8
4.1. Цель процесса.....	8
4.2. Руководитель процесса и ответственные исполнители.....	8
4.3. Входные данные и их мониторинг.....	8
4.4. Выходные данные и их мониторинг	9
4.5. Менеджмент ресурсов.....	10
4.6. Внешние и внутренние коммуникации по процессу	11
4.7. Схема процесса с ответственностью	11
4.8. Стратегическое планирование	13
4.9. Оперативное планирование	17
4.10. Анализ СМК и постоянное улучшение процессов СМК	18
4.11. Анализ функционирования СМК со стороны руководства	20
4.12. Выработка решений и разработка предложений по совершенствованию СМК.....	30
4.13. Реализация решений, принятых руководством университета, и оценка их выполнения.....	31
4.14. Оценка и анализ рисков и возможностей.....	31
4.15. Мониторинг	31
4.16. Контрольные (критические) точки	32
4.17. Оценка результативности, пригодности процесса.....	32
4.18. Улучшение процесса	32
5. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ	34
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	36

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Настоящий стандарт – документ системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» (далее – стандарт университета) определяет требования по управлению процессом «Стратегическое и оперативное планирование, анализ системы менеджмента качества со стороны руководства и постоянное улучшение», необходимыми для результативного функционирования системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» в соответствии с требованиями СТБ ISO 9001-2015, а также определяет основное содержание стратегического и оперативного планирования, устанавливает порядок проведения мониторинга и анализа системы менеджмента качества со стороны руководства, включая порядок подготовки, представления информации, оценки результативности функционирования системы менеджмента качества в учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

1.2. Настоящий стандарт университета распространяется на деятельность руководства и работников университета в рамках функционирования процесса в соответствии с требованиями СТБ ISO 9001-2015.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

2.1. Нормативные правовые акты

2.1.1. Закон Республики Беларусь О здравоохранении № 2435-ХІІ от 18.06.1993;

2.1.2. Кодекс Республики Беларусь об образовании.

2.2. Технические нормативные правовые акты

2.2.1. СТБ ISO 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования;

2.2.2. СТБ ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

3.1. Термины и определения

Входные данные – данные, необходимые для работы процесса.

Выходные данные – результат выполнения процесса.

Запись – документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществления деятельности.

Контрольные точки – показатели результативности процесса.

Локальный правовой акт – правовой акт, действие которого ограничено рамками одной или нескольких организаций.

Мониторинг – деятельность, включающая постоянное наблюдение, сбор данных, анализ, оценку функционирования процесса, системы менеджмента качества в целом.

Нормативный правовой акт – официальный документ установленной формы, принятый (изданный) нормотворческим органом (должностным лицом) в пределах его компетенции или референдумом с соблюдением предусмотренной законодательством процедуры, который направлен на установление, изменение, официальное толкование, приостановление, возобновление, продление и прекращение действия норм права как общеобязательных правил поведения постоянного или временного характера, рассчитанных на индивидуально не определенный круг лиц и неоднократное применение.

Потребители – обучающиеся (слушатели подготовительного отделения, студенты, курсанты, магистранты, аспиранты, соискатели, врачи-интерны, клинические ординаторы), работники, заказчики научно-исследовательских работ, пациенты, покупатели редакционно-издательской продукции.

Процесс – совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы.

Риск – воздействие неопределенности на цели.

Руководитель процесса – должностное лицо, наделенное необходимыми полномочиями для управления процессом, несущее ответственность за организацию, надлежащее функционирование и результаты процесса.

3.2. Сокращения и обозначения

БГМУ – учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»;

МЗ РБ – Министерство здравоохранения Республики Беларусь;

МО РБ – Министерство образования Республики Беларусь;

МС – международные связи;

НПА – нормативные правовые акты;

НИЧ – научно-исследовательская часть;

ОВРМ – отдел воспитательной работы с молодежью;

ОНМООП – отдел научно-методического обеспечения образовательного процесса Управления образовательной деятельности;

ОМС – отдел международных связей;
ОММК – отдел мониторинга менеджмента качества Управления образовательной деятельности;
ОК – отдел кадров;
ОСТ РБ – Образовательный стандарт Республики Беларусь;
ППР – Программа и план развития университета на пятилетний период;
ПФО – планово-финансовый отдел;
РГ – рабочая группа;
РИО – редакционно-издательский отдел;
РП – руководитель процесса;
РЭ – рабочий экземпляр;
СДУ – стратегические документы университета;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение;
СТБ – Государственный стандарт Республики Беларусь;
СТУ Д – стандарт университета, описывающий вид деятельности;
СТУ П – стандарт университета, описывающий процесс;
ТНПА – технические нормативные правовые акты;
УБУЭО – Управление бухгалтерского учета, экономики и отчетности
УО – учебный отдел Управления образовательной деятельности;
УОД – Управление образовательной деятельности;
УПРК – уполномоченный представитель руководства по качеству;
ЦРИТ – центр развития информационных технологий.

4. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

4.1. Цель процесса

Таблица 1

Цель процесса	Показатели достижения цели
Обеспечить устойчивое развитие университета, повышение результативности СМК, постоянное улучшение	1. Позиция университета в международном рейтинге UniRank (4icu)
	2. Повышение результативности СМК
	3. Результативность мероприятий по предупреждению рисков и реализация возможностей

4.2. Руководитель процесса и ответственные исполнители

Таблица 2

Руководитель процесса	Ответственный исполнитель
Ректор	1. Проректоры
	2. Начальник УБУЭО, главный бухгалтер
	3. Деканы
	4. Начальник УОД
	5. Начальник ОММК

4.3. Входные данные и их мониторинг

Таблица 3

Входные данные	Лицо, проводящее мониторинг	Поставщик данных (должностное лицо или процесс)	Периодичность мониторинга
План набора	Первый проректор	МЗ РБ	Ежегодно (до марта текущего года)
Результаты маркетинговой деятельности	Первый проректор Проректор по международной деятельности	СТУ Д 1.03	Ежегодно
Результаты анализа СМК со стороны руководства	Первый проректор	Ректор	Ежегодно
Решение Совета университета	Первый проректор	Председатель Совета университета	По мере проведения Совета университета
Изменения организационной структуры университета и (или) реализации процессов (видов деятельности)	Ректор	Министерство труда Республики Беларусь, МЗ РБ, МО РБ	По необходимости
Результаты сертификационного и	Первый проректор	Орган по сертификации	Ежегодно

Входные данные	Лицо, проводящее мониторинг	Поставщик данных (должностное лицо или процесс)	Периодичность мониторинга
инспекционных аудитов СМК			
Результаты внутренних аудитов	Первый проректор	Руководители групп аудитов	По мере проведения

4.4. Выходные данные и их мониторинг

Таблица 4

Выходные данные	Лицо, проводящее мониторинг	Потребитель данных (должностное лицо или процесс)	Периодичность мониторинга
Миссия университета	Ректор	Все процессы и СП БГМУ, заинтересованные стороны	Ежегодно
Видение университета	Ректор	Все процессы и СП БГМУ, заинтересованные стороны	Ежегодно
Миссия образовательной программы	Ректор	Все процессы и СП БГМУ, заинтересованные стороны	Ежегодно
ППР	Первый проректор	Все процессы и СП БГМУ	Раз в пять лет
План работы университета на учебный, календарный год	Первый проректор	Все процессы и СП БГМУ	Ежегодно

4.5. Менеджмент ресурсов

Таблица 5

Наименование ресурсов	Должностное лицо, обеспечивающее и осуществляющее мониторинг ресурсов	Ссылки на документы, регламентирующие порядок обеспечения и мониторинга ресурсов
1. Персонал	Ректор, проректор по безопасности и кадрам, начальник ОК	СТУ П 1.16
2. Инфраструктура (здания, сооружения, оборудование, в т.ч. программное обеспечение, транспорт, связь, информационные системы)	Проректор по административно-хозяйственной работе, первый проректор, проректор по научной работе	СТУ П 1.23 СТУ Д 1.20 СТУ Д 1.28
3. Рабочая среда	Проректор по административно-хозяйственной работе	СТУ П 1.23 СНиП 2.04.01 СНиП 2.04.05
4. Финансы	Начальник УБУЭО, главный бухгалтер, начальник ПФО	СТУ Д 1.29 Бюджет Внебюджет
5. Технологии, методики	Первый проректор, проректор по воспитательной работе, проректор по научной работе, проректор по международным связям, проректор по лечебной работе	Действующие ТНПА СТУ П 1.04 СТУ П 1.05 СТУ П 1.06 СТУ Д 1.07 СТУ П 1.08 СТУ П 1.09 СТУ Д 1.10 СТУ П 1.12 СТУ П 1.13 СТУ П 1.14 СТУ П 1.15 СТУ П 1.17 СТУ Д 1.24 СТУ Д 1.25 СТУ Д 1.27 СТУ Д 1.32
6. ТНПА НПА	Начальник юридического отдела Заведующий библиотекой	СТУ Д 1.30 СТУ П 1.18
7. Научные информационные ресурсы	Первый проректор Проректор по научной работе Заведующий библиотекой	СТУ П 1.09 СТУ П 1.18 СТУ Д 1.19 СТУ Д 1.20

4.6. Внешние и внутренние коммуникации по процессу

Процессы обмена информацией при функционировании процесса осуществляются при взаимодействии с внешними и внутренними сторонами.

Обмен информацией с внешними и внутренними заинтересованными сторонами осуществляется при функционировании процесса СМК в ходе получения входов процесса и при передаче выходов процесса.

Коммуникации и консультирование осуществляется при менеджменте рисков и возможностей.

К внешним заинтересованным сторонам, с которыми осуществляется обмен информацией, относятся потребители, поставщики, партнеры.

К внутренним заинтересованным сторонам относятся процессы поставляющие входы и ресурсы для функционирования процесса, а также получатели выходов из процесса.

Для различных сторон, с которыми осуществляется взаимодействие при функционировании процесса используются разные методы коммуникации, включая обмен официальными документами (в бумажной и электронной форме), а также при непосредственном контакте при официальных и рабочих встречах, при общении по телефону и с использованием информационно-коммуникационных технологий.

Схема взаимодействия процессов представлена в Руководстве по качеству БГМУ приложение 2.

4.7. Схема процесса с ответственностью

4.7.1. Процесс «Стратегическое и оперативное планирование, анализ системы менеджмента качества со стороны руководства и постоянное улучшение» включает:

- стратегическое планирование;
- оперативное планирование;
- анализ СМК и постоянное улучшение процессов СМК;
- анализ функционирования СМК со стороны руководства.

4.7.2. Распределение ответственности

Ректор несет ответственность за:

определение Миссии, Видения, Политики и Целей в области качества и принятие решений по улучшению деятельности университета;

принятие решения о разработке и утверждении ППР;

определение стратегических направлений развития университета;

утверждение Плана деятельности университета на учебный, календарный год;

утверждение Целей в области качества университета.

Первый проректор несет ответственность за:

подготовку приказа (распоряжения) о проведении анализа выполнения ППР за предыдущий период и о разработке ППР на последующий период;

координацию разработки целей в области качества университета на учебный, календарный год.

Проректоры по направлениям деятельности несут ответственность за:
 формирование разделов ППР, Плана деятельности университета на учебный, календарный год по курируемым направлениям деятельности;

определение целей университета в области качества по курируемым направлениям деятельности;

качественный анализ реализации ППР, Плана деятельности университета за учебный, календарный год, а также целей в области качества университета по курируемым направлениям деятельности;

утверждение и согласование планов деятельности курируемых СП;

определение направлений для улучшения деятельности.

Деканы факультетов несут ответственность за:

разработку, реализацию и актуализацию Миссии образовательной программы, доведения ее до заинтересованных сторон;

разработку и реализацию планов работы факультетов на год;

утверждение планов работы кафедр;

контроль реализации планов.

Начальник УБУЭО несет ответственность за:

планирование и реализацию финансового обеспечения деятельности университета.

Начальник УОД несет ответственность за:

подготовку проектов ППР и Плана деятельности университета на учебный, календарный год;

тиражирование печатных экземпляров ППР и Плана деятельности университета на учебный, календарный год, размещение их на внутреннем сайте университета;

подготовку проекта результатов мониторинга ППР за истекший период и Плана деятельности университета за учебный, календарный год по распоряжению первого проректора.

Начальник ОММК несет ответственность за:

подготовку проекта анализа функционирования СМК университета;

организацию и проведение периодического мониторинга выполнения ППР и Плана деятельности университета на учебный, календарный год, целевых показателей в области качества.

Заведующие кафедрами несут ответственность за:

разработку плана работы кафедры на учебный год;

утверждение индивидуальных планов работы преподавателей;

контроль реализации планов.

Руководители СП несут ответственность за:

определение приоритетных направлений деятельности подразделения и механизмов реализации поставленных задач, направленных на достижение оптимального результата, разработку планов деятельности подразделения;

контроль реализации планов деятельности подразделения, качественный анализ реализации планов деятельности, выявление причин невыполнения

запланированных показателей и определение областей улучшения работы подразделения, а также подготовку и реализацию мероприятий по улучшению деятельности подразделения.

4.8. Стратегическое планирование

Стратегическое планирование направлено на реализацию Миссии университета, миссий образовательных программ и достижение университетом желаемого образа будущего (Видения) и максимально полного соответствия интересам потребителей (блок-схема 1, приложение 1).

Задачи: определить долгосрочную перспективу развития университета, необходимые средства и методы для ее достижения.

В процессе стратегического планирования учитываются основные приоритеты развития университета.

Результатом стратегического планирования является разработка проектов стратегических документов БГМУ и их одобрение Советом БГМУ.

К стратегическим документам университета относятся:

- Миссия университета,
- Видение университета,
- Миссия образовательной программы,
- Политика в области качества,
- Программа развития.

Стратегические документы разрабатываются на долгосрочную перспективу (более пяти лет).

4.8.1. Миссия, Видение и Политика в области качества университета устанавливает цели и образовательную стратегию, позволяющую подготовить компетентного врача, провизора, направления деятельности университета по обеспечению всех заинтересованных сторон соответствующими услугами и непрерывное улучшение их качества, а также включает обязательства соответствовать предъявляемым требованиям.

Процедура анализа и разработки новых Миссии, Видения, Политики университета в области менеджмента качества включает в себя следующие этапы:

принятие решения о разработке, анализе или актуализации (ответственный - ректор, первый проректор (УПРК));

разработка новой редакции Миссии, Видения и Политики в области качества (ответственный - первый проректор (УПРК));

размещение проекта Миссии, Видения и Политики в области качества на сайте университета для обсуждения со всеми заинтересованными сторонами;

рассмотрение предложений по изменению и дополнению проекта Миссии, Видения и Политики в области качества университета, поступивших от заинтересованных сторон:

обсуждение Миссии, Видения и Политики в области качества университета на Совете университета (ответственный - первый проректор (УПРК));

анализ замечаний и предложений; составление окончательного варианта Миссии. Видения и Политики в области качества (ответственный - первый проректор (УПРК));

утверждение Миссии. Видения и Политики в области качества университета на Совете университета.

Подписанные высшим руководством Миссия, Видение и Политика в области качества университета доводятся до сведения работников университета и всех заинтересованных сторон и размещается на сайте университета.

Анализ актуальности Миссии, Видения и Политики в области качества осуществляется ежегодно при подведении итогов деятельности университета.

4.8.2. Миссия образовательной программы. Процедура анализа и разработки Миссии образовательной программы включает в себя следующие этапы:

принятие решения о разработке, анализе или актуализации (ответственный - ректор, первый проректор (УПРК), декан факультета);

разработка новой редакции Миссии образовательной программы (ответственный - декан факультета, первый проректор (УПРК));

размещение проекта Миссии образовательной программы на сайте университета для обсуждения со всеми заинтересованными сторонами;

рассмотрение предложений по изменению и дополнению проекта Миссии образовательной программы, поступивших от заинтересованных сторон;

обсуждение Миссии образовательной программы на Совете факультета (ответственный - декан факультета);

анализ замечаний и предложений; составление окончательного варианта Миссии образовательной программы (ответственный - декан факультета);

утверждение Миссии образовательной программы на Совете факультета.

Миссия, Видение и Политика в области качества университета, Миссии образовательных программ доводятся до сведения работников университета и всех заинтересованных сторон путем размещения на университетском сайте.

Миссия, Видение и Политика в области качества, Миссии образовательных программ доводится и разъясняется работникам университета, обучающимся и другим заинтересованным лицам:

размещением на информационных стендах во всех СП, в т.ч. на клинических базах кафедр;

посредством размещения на сайте университета;

в ходе учебы по качеству;

на совещаниях, заседаниях коллегиальных органов университета и собраниях трудовых коллективов;

информированием при проведении старостатов, кураторских часов, информированием через электронный личный кабинет студента;

путем ознакомления с текстом Миссии, Видения и Политики в области качества при приеме на работу.

Анализ актуальности Миссии, Видения и Политики в области качества университета осуществляется ежегодно при подведении итогов деятельности университета.

Анализ актуальности Миссии образовательной программы осуществляется ежегодно при подведении итогов деятельности факультета.

Ответственные должностные лица знакомят работников с Миссией, Видением и Политикой в области качества под подпись, лист ознакомления хранится у ответственных должностных лиц.

Миссия, Видение и Политика в области качества создает основу для установления и анализа целей университет в области качества.

4.8.3. Разработка ППР. ППР разрабатывается проректорами, руководителями соответствующих СП с учетом положений Миссии, Видения, Политики университета и стратегических приоритетов развития. Основы ППР далее проектируются на факультеты и иные СП и служат основой планов деятельности подразделений. Форма ППР составлена на основе Макета ППР учреждения образования, обеспечивающего получение высшего, среднего специального, профессионально-технического образования, утвержденной МО РБ.

ППР включает следующие разделы:

Миссия, Видение;

Анализ текущего состояния университета;

Стратегические направления (приоритеты) развития университета;

Основные риски, механизмы по управлению рисками и меры их минимизации;

Сводная таблица индикаторов по приоритетам.

С учетом приоритетов стратегического развития университета, оценок текущего и планируемых состояний развития определяются задачи по каждому из направлений деятельности.

Разработка ППР предусматривает наличие системы планируемых показателей, которые могут быть как количественными, так и качественными.

Основанием для разработки ППР являются:

истечение срока действия предшествующей ППР;

результаты сертификационного и инспекционных аудитов СМК;

результаты внутренних аудитов;

результаты анализа рисков и возможностей;

результаты анализа СМК со стороны руководства;

решение Совета университета;

изменения организационной структуры университета и (или) реализации процессов (видов деятельности);

предложения руководства, РП или руководителей СП, рассмотренные и одобренные на Совете университета.

Также основанием для разработки ППР является распоряжение МО РБ либо МЗ РБ о разработке ППР.

Первый проректор готовит проект приказа, в котором определяются ответственные должностные лица за проведение работ по анализу исходной ситуации и выполнению ППР за предыдущий период, а также формируется комиссия по разработке проекта ППР на последующий период по основным направлениям деятельности университета, сроки выполнения работ. Приказ доводится до сведения работников университета.

Анализ исходной ситуации, выполнения ППР за предыдущий период (как правило, за последние 5 лет) проводится по основным направлениям деятельности университета.

Анализ макроокружения университета проводится по факторам:
политическому;
правовому;
экономическому;
социальному;
культурному;
технологическому.

Выделяются требования и ожидания, угрозы, препятствия, а также стратегические возможности.

Анализ внутренней среды включает:
организацию общего управления;
кадровое обеспечение;
образовательный процесс,
научную и инновационную деятельность;
международную деятельность;
экспорт образовательных услуг;
медицинскую деятельность;
маркетинг;
финансы и учет;
имеющиеся и требуемые ресурсы;
другие виды деятельности университета.

Выделяются сильные и слабые стороны университета, анализируются целевые показатели выполнения ППР за предыдущий период.

Результаты анализа в виде отчетов представляются комиссии по подготовке ППР.

По каждому из стратегических направлений (приоритетов) развития университета проректорами по направлениям деятельности разрабатываются мероприятия, направленные на реализацию основных направлений развития университета и предоставляются в комиссию для составления проекта.

Далее проект ППР рассылается руководителям СП и членам Совета университета для ознакомления и внесения дополнений и изменений.

Комиссия по подготовке ППР на основе подготовленных материалов по различным программам и проектам стратегического развития университета

уточняет структуру и формирует проект ППР, который предоставляется ректору.

Проект ППР рассматривается на заседании Совета университета.

По итогам обсуждения на Совете университета принимается решение: одобрить проект ППР в целом, либо, при наличии замечаний и предложений, отклонить предложенный вариант ППР в целом или же отдельные его разделы, предложив вернуться к их доработке, определив сроки подготовки проекта.

После доработки проект ППР повторно рассматривается на заседании Совета университета и принимается решение о его одобрении.

Одобренный Советом университета ППР направляется для утверждения в МЗ РБ.

4.9. Оперативное планирование

Оперативное планирование направлено на определение краткосрочных (на календарный год, учебный год) целей развития университета и его СП, необходимых средств и методов их достижения.

Основанием для оперативного планирования являются СДУ, НПА и ТНПА, результаты анализа рисков и возможностей, результаты реализации целевых показателей всех уровней управления университета за предыдущий год.

Цели устанавливаются на всех уровнях управления университета в соответствии с его структурой управления. Планирование целей СП (факультетов, отделов), осуществляется на основании анализа распределения функциональных обязанностей и распределения ответственности и полномочий руководителей различных уровней. Цели СП согласуются, дополняют друг друга и в комплексном достижении обеспечивают осуществление стратегических целей университета и его Миссии.

Результатом оперативного планирования является План работы университета на учебный и календарный год (структура плана определяется нормативными документами МО РБ). Оперативные цели и целевые показатели в области качества на учебный и календарный год на уровне университета содержатся в разделе Сводные показатели и устанавливаются в соответствии с ППР.

Оперативное планирование охватывает все процессы и виды деятельности университета. План работы университета на учебный и календарный год, кроме разделов, определенных нормативными документами МО РБ, включает:

контекст БГМУ;

План мероприятий по совершенствованию СМК (Приложение 2, Ф-008);

планы заседаний коллегиальных органов университета (ректората, Совета университета, Научно-методического совета, Советов факультетов и др.) (Приложение 2, Ф-001);

план внутривузовского контроля (Приложение 2, Ф- 003);

планы работы СП (Приложение 2, Ф-002);

перспективный план по идеологической и воспитательной работы (форма согласно нормативным документам МО РБ, печатается отдельно, размещается на внутреннем сайте университета);

план по научно-исследовательской работе (форма согласно нормативным документам МЗ РБ, печатается отдельно, размещается на внутреннем сайте университета);

план мероприятий по развитию экспорта образовательных услуг БГМУ на учебный год (Приложение 2, Ф-005);

планы работы факультетов (Приложение 2, Ф-006).

Планы работы кафедр на учебный год, индивидуальный план работы заведующего кафедрой на учебный год, индивидуальный план работы преподавателя на учебный год разрабатываются заведующим кафедрой и ППС кафедры, согласовываются и утверждаются в установленном порядке, как правило, в срок до 15 сентября текущего года, если иное не определено приказом ректора университета. Форма планов и порядок их утверждения определяется ежегодно приказом ректора и размещается на внутреннем сайте университета.

Оперативное планирование в БГМУ осуществляется в соответствии с блок-схемой 2, приложение 1.

4.10. Анализ СМК и постоянное улучшение процессов СМК

4.10.1. Постоянное улучшение процессов СМК достигается на основании анализа со стороны руководства результативности процессов, анализа рисков и возможностей, выявления несоответствий, проведения корректирующих и предупреждающих действий (согласно СТУ Д 1.37 «Корректирующие действия»). Текущее улучшение процесса проводится постоянно в течение года.

РП устанавливают цели к процессам, ответственными за которые они являются, и на основании которых разрабатываются плановые документы по улучшению процессов СМК, включающие мероприятия, направленные на:

повышение результативности процесса,

улучшение деятельности по удовлетворению требований и ожиданий потребителей,

совершенствование СМК.

Оформление документов осуществляется в соответствии с СТУ Д 1.34 «Управление записями».

4.10.2. Ежегодно РП представляют проректорам и/ или УПРК предложения (мероприятия) по улучшению процесса СМК, которые служат информацией для составления Плана работы на учебный и календарный год. Представление осуществляется по итогам выполнения запланированных целевых показателей по истечению запланированного срока исполнения: при планировании на учебный год – не позднее 15 сентября учебного года, при планировании на календарный год – не позднее 15 декабря года, предшествующего планированию.

4.10.3. При наличии оснований для корректировки СДУ предпринимаются действия согласно п. 2 Блок-схемы 1. При их отсутствии улучшение процессов СМК осуществляется в соответствии с пп. 4.10.1, 4.10.2.

Мониторинг основных целей и достижения отчетных целевых показателей осуществляется посеместрово (по полугодиям), мониторинг достижения всех целей и отчетных целевых показателей осуществляется ежегодно. Достижение целей процесса обеспечивается выполнением целей, установленных для руководителей университета, СП, мониторинг которых осуществляется в соответствии с п. 4.10.4.

4.10.4. Руководители СП по окончании семестра (полугодия) собирают данные по мониторингу выполнения основных отчетных целевых показателей, и оформляют их в форме таблиц. Результаты мониторинга достижения основных целевых показателей, выявленные ими несоответствия и проблемы, требующие решения, а также предложения по совершенствованию процессов и видов деятельности фиксируются на электронных и/или бумажных носителях. Результаты мониторинга заслушиваются на заседаниях кафедр, заседаниях Советов факультетов, заседаниях ректората, отражаются в протоколах соответствующих заседаний. Результаты выполнения каждого отчетного целевого показателя заслушиваются не реже 1 раза в год (для показателей, планируемых на учебный год, - в августе-сентябре; для показателей, планируемых на календарный год - в январе-феврале) по итогам по истечению запланированного срока исполнения.

В случае наличия предложений по улучшению, руководители СП не позднее 10 числа следующего за отчетным семестром месяца направляет их в ОММК. ОММК производит промежуточный анализ полученных от руководителей СП предложений и направляет их в обобщенном виде руководителям процессов. Представленные ОММК данные служат исходной информацией для РП по улучшению функционирования СМК.

Отчетные целевые показатели на уровне университета включены в План работы университета на учебный год.

Отчет о работе кафедры за прошедший учебный (календарный) год заслушивается на заседании кафедры в соответствии с планом работы кафедры и утверждается решением кафедры. Сдается вместе с электронной отчетной формой рейтинга в ОММК

Отчет работы деканата факультета за прошедший учебный (календарный) год заслушивается на Совете факультета. Результаты утверждаются решением Совета факультета.

Анализ рисков и возможностей, контроль достижения целей, пригодности, адекватности и результативности СМК университета осуществляется УПРК не менее 1 раза в год и представляется на заседаниях ректората и/или Совета БГМУ.

4.10.5. Руководитель процесса по итогам учебного года в срок до 30 августа (календарного года в срок до 10 января следующего года) проводит анализ результативности процесса в соответствии с установленной методикой и

представляет годовой отчет о функционировании процесса (п. 4.10.6). Результативность процесса определяется путем суммирования произведения коэффициентов достижения целевых показателей, коэффициентов весомости целевых показателей процесса, с последующим умножением на 100, согласно методике:

$$R = \sum (K_i \times N_i) \times 100,$$

где N_1, N_2, \dots, N_i - коэффициент весомости (значимости) целевых показателей процесса, $\sum N_i = 1,0$;

K_i - коэффициент достижения целевых показателей,

$K_i = I_{ид} / I_{ип}$, если увеличение достигнутого целевого показателя процесса/целей приводит к выполнению показателя процесса,

$K_i = I_{ип} / I_{ид}$ если уменьшение достигнутого целевого показателя процесса приводит к выполнению показателя процесса;

$I_{ид}$ - достигнутые целевые показатели процесса;

$I_{ип}$ - планируемые целевые показатели процесса;

i - порядковый номер целевого показателя;

R - результативность.

В случае перевыполнения целевого показателя коэффициент достижения целевого показателя принимается равным коэффициенту весомости целевого показателя.

Процесс считается результативным, если $R = 1$.

В случае если $R < 1$, то делается вывод, что за отчетный период процесс работал нерезультативно.

Результаты оценки результативности процесса включают в годовой отчет о функционировании процесса (п. 4.10.6). Они отражаются в проекте отчета «Анализ системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» за прошедший период, согласно п. 4.10.8.

4.10.6. По результатам выполнения отчетных целевых показателей ответственным (РП, руководителем СП, УПРК) принимается решение о корректирующих действиях в соответствии с СТУ Д 1.37, о текущем улучшении процесса в соответствии с пп. 4.10.1, 4.10.2. В случае недостаточной результативности процесса, руководители СП, участвующие в процессе, разрабатывают корректирующие мероприятия в соответствии с СТУ Д 1.37, разрабатывают мероприятия по уменьшению рисков и использованию возможностей.

4.11. Анализ функционирования СМК со стороны руководства

4.11.1. Результаты функционирования СМК анализируются руководством университета на заседаниях Совета БГМУ в соответствии с планом его работы, а также по распоряжению ректора в случаях:

неудовлетворительных результатов аттестаций;

снижения спроса на предоставляемые образовательные услуги;

ухудшения качества образовательного процесса и снижения уровня знаний подготавливаемых специалистов;

наличия рекламаций на подготавливаемых специалистов;
 существенных изменений ОСТ РБ.

В ходе анализа со стороны руководства рассмотрению подлежат вопросы, касающиеся:

- результативности корректирующих мероприятий, предложенных во время прошлого анализа со стороны руководства;
- несоответствий, выявленных во время внутренних аудитов, инспекционных аудитов и проверок вышестоящими организациями в течение времени после прошлого анализа со стороны руководства;
- результативности мероприятий по предупреждению рисков;
- анализа использования возможностей;
- несоответствий, отмеченных в протоколах заседаний Совета БГМУ, научно-методического совета, ректората, проведенных в период после прошлого анализа со стороны руководства;
- предложений по улучшению качества образовательного процесса, поступивших от любой заинтересованной стороны, в том числе и от внутренних потребителей университета;
- замечаний по качеству, представленных на анализ кем-либо из работников;
- повышения квалификации персонала;
- применения статистических методов контроля как методов улучшения образовательного процесса;
- текущих данных по рекламациям и несоответствиям в целях выявления тенденций и определения необходимости в каких-либо действиях;
- информации, полученной от потребителей образовательных услуг, в том числе их удовлетворенности;
- результатов анализа потребностей в ресурсах;
- функционирования процессов;
- функционирования СМК и свидетельств ее постоянного улучшения;
- необходимости актуализации Политики в области качества и Руководства по качеству в целом;
- изменений, которые могли бы повлиять на СМК.

Анализ результативности функционирования СМК проводит ректор.

Периодичность проведения анализа СМК со стороны руководства – не реже 1 раза в год.

4.11.2. Процедура проведения анализа СМК со стороны руководства включает следующие этапы:

- планирования анализа СМК;
- сбора исходных данных;
- предварительного анализа СМК;
- окончательного анализа состояния и функционирования СМК;
- выработки решений и разработки предложений по совершенствованию СМК;
- реализации решений, принятых руководством университета, и оценки их результативности.

4.11.3. Для реализации целей университета в области качества в План работы университета на учебный год включается пункт «Анализ СМК». Проведение анализа СМК со стороны руководства университета планируется на январь или февраль месяц по итогам работы за календарный год и предыдущий учебный год. При необходимости возможен внеплановый анализ СМК со стороны руководства университета (при сертификации, при выявлении значительных несоответствий и т. д.).

4.11.4. При необходимости в ректор университета издает приказ о порядке и сроках проведения анализа СМК со стороны руководства за прошедший период, подготовку которого осуществляет работник ОММК.

4.11.5. Организация анализа СМК и сбор исходных данных предусматривает проведение проректорами университета, РП и другими руководителями СП анализа видов деятельности, процессов СМК.

4.11.6. По результатам анализа процессов РП составляют отчеты, в которых должны быть указаны результаты достижения целевых отчетных показателей, характеризующих функционирование процессов и видов деятельности, выявленные несоответствия и проблемы, требующие решения, а также предложения по совершенствованию процессов.

На основании оценки результативности процесса устанавливается, достигнуты ли цели процесса. Если цели не достигнуты, РП разрабатывает корректирующие действия в соответствии с требованиями СТУ Д 1.37.

4.11.7. Отчеты направляются методисту ОММК. Методист ОММК рассматривает, анализирует, обобщает поступившие материалы и, при необходимости, запрашивает пояснения или дополнительные данные.

4.11.8. Предварительный анализ СМК осуществляет УПРК на основе поступивших от методиста ОММК материалов. УПРК готовит проект отчета «Анализ системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» за прошедший период.

Данный документ содержит следующие разделы

1. Результаты по основным направлениям деятельности университета за отчетный период (учебной, учебно-методической, научно-исследовательской, международной, воспитательной, административно-хозяйственной);
2. выполнение целей в области качества;
3. выполнение плана мероприятий по совершенствованию СМК, разработанного по итогам предыдущего анализа СМК руководством университета;
4. выполнение планов, решений и программ за прошедший период;
5. результаты аудитов;
6. информация об обратной связи с потребителями;
7. результаты функционирования процессов и информация о соответствии образовательных услуг и научно-технической продукции;
8. анализ рисков и возможностей;
9. статус корректирующих действий;

10. производственные результаты деятельности университета;
11. пригодность Политики в области качества;
12. рекомендации и предложения по совершенствованию СМК;
13. выводы и решения.

Результаты отчета по возможности должны быть представлены в сравнении с данными прошлых периодов.

В заключении дается предварительная оценка результативности СМК, ее пригодности и адекватности, а также приводится анализ ресурсов и предложения по улучшению СМК.

Пригодность СМК определяется на основании результатов достижения установленных целей организации. Если цели организации на планируемый год достигнуты (достигнуто не менее 90 % установленных целей), то СМК признается пригодной. Вывод о достижении целей делается руководителем организации по результатам отчета «Анализ системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» за прошедший период.

Адекватность СМК определяется представителем руководства на основании результатов проведенных внутренних и внешних аудитов (за год). Заключение об адекватности СМК делается при отсутствии более двух значительных (существенных) несоответствий по результатам внутренних аудитов или более одного значительного (существенного) несоответствия при внешних аудитах.

Оценка результативности СМК осуществляется по следующим критериям:

1. достижение основных целей университета;
2. результативность функционирования процессов СМК;
3. удовлетворенность потребителей;
4. конкурентоспособность предоставляемых услуг;
5. качество предоставляемых услуг;
6. результаты внутренних и внешних аудитов;
7. выполнение корректирующих мероприятий.

1. Критерий достижения основных целей университета (K_{11})

Базовыми значениями для расчета показателей данного критерия являются их плановые значения.

Критерий достижения основных целей университета определяется средним арифметическим коэффициентов достижения целевых показателей, с последующим умножением на 100, согласно формуле:

$$R = \frac{\sum K_i}{n} \times 100, \quad (1)$$

K_i - коэффициент достижения целевых показателей,

$K_i = I_{iд} / I_{iп}$, если увеличение достигнутого целевого показателя процесса/целей приводит к выполнению показателя процесса,

$K_i = I_{iп} / I_{iд}$ если уменьшение достигнутого целевого показателя процесса приводит к выполнению показателя процесса;

$I_{1д}$ – $I_{1д}$ - достигнутые целевые показатели;
 $I_{1п}$ - $I_{1п}$ - планируемые целевые показатели;
 i - порядковый номер целевого показателя;
 R - результативность.

Балльная оценка значений показателей критерия основных целей осуществляется в соответствии с таблицей 7.

Таблица 7

	Оценочный балл			
	15	10	5	0
	Значение показателя			
Результативность достижения целей (R)	Более 100	От 90 до 100	От 70 до 89,9	Ниже 70

Классификация действий по результатам балльной оценки критерия основных целей осуществляется в соответствии с таблицей 8.

Таблица 8

Балл	Классификация действий
От 12 до 15,0	Основные цели достигнуты. Нужно стремиться улучшать деятельность
От 9,0 до 11,9	Необходимо проводить корректирующие действия для достижения основных целей
Менее 9,0	Некоторые цели не достигнуты. Необходимо проанализировать причины, пересмотреть состав и взаимодействие процессов, пересмотреть планирование всех видов деятельности и т. д.

2. Критерий качества функционирования процессов СМК ($K_{к.п.}$)

РП по итогам проводит анализ результативности процесса. Результативность процесса определяется путем суммирования произведения коэффициентов достижения целевых показателей, коэффициентов весомости целевых показателей процесса, с последующим умножением на 100, согласно методике:

$$R_{п} = \sum (K_i \times N_i) \times 100, \quad (2)$$

где N_1, N_2, \dots, N_i - коэффициент весомости (значимости) целевых показателей процесса, $\sum N_i = 1,0$;

K_i - коэффициент достижения целевых показателей,

$K_i = I_{1д} / I_{1п}$, если увеличение достигнутого целевого показателя процесса/целей приводит к выполнению показателя процесса,

$K_i = I_{1п} / I_{1д}$ если уменьшение достигнутого целевого показателя процесса приводит к выполнению показателя процесса;

$I_{1д}$ – $I_{1д}$ - достигнутые целевые показатели процесса;

$I_{1п}$ - $I_{1п}$ - планируемые целевые показатели процесса;

i - порядковый номер целевого показателя;

$R_{п}$ – результативность процесса.

Балльная оценка показателей качества функционирования процессов СМК осуществляется в соответствии с таблицей 9.

Таблица 9

Наименование показателей	Оценочный балл K_i			
	15	10	5	0
	Значение показателя			
Качество процессов СМК: коэффициент результативности процесса ($R_{п}$)	От 100 и выше	От 90 до 100	От 89,9 до 70,0	Менее 70,0

Балльная оценка критерия качества функционирования процессов СМК университета определяется как среднее арифметическое по формуле

$$K_{с} = \frac{\sum K_i}{n} \times 100, \quad (3).$$

Квалификация действий по результатам балльной оценки критерия качества процессов осуществляется в соответствии с таблицей 10.

Таблица 10

Балл	Классификация действий
От 12 до 15,0	Процессы функционировали результативно, необходимо совершенствовать деятельность
От 9,0 до 11,9	Процессы результативны, однако необходимо улучшать деятельность в отношении качества функционирования процесса (проводить корректирующие действия)
Менее 9,0	Некоторые из процессов нерезультативны. Необходимо провести анализ деятельности по процессам, решить вопрос о проведении корректирующих действий по функционированию процесса

3. Критерий удовлетворенности потребителей ($K_{уд. потр.}$)

Показатели критерия удовлетворенности потребителей, определение их значений и балльная оценка осуществляется следующим образом: средние баллы в анкетах удовлетворенности потребителей подсчитываются как по каждому отдельному вопросу, так и по всем вопросам в целом (A – среднее арифметическое средних баллов по критериям анкет).

Раз в год РП обобщают полученную информацию об удовлетворенности потребителей по результатам анкетирования, проводят обработку и анализ полученных данных по жалобам, предложениям, рекламациям и рассчитывают индекс удовлетворенности потребителя по следующей формуле:

$$I_n = \left(A - \frac{S_1}{S_2} \times 100 \right), \quad (4)$$

где I_n - индекс удовлетворенности потребителя,

A - среднее арифметическое средних баллов по критериям анкет

S_1 - число жалоб, рекламаций, претензий,

S_2 - общее число обучающихся (заказчиков НИР, общее количество проведенных консультаций профессорско-преподавательским составом и т.д.).

Общий индекс удовлетворенности по университету рассчитывается как среднее арифметическое индексов удовлетворенности потребителей (формула 3): слушателей подготовительного отделения, студентов, выпускников, врачей-интернов, обучающихся в резидентуре, магистрантов, аспирантов и докторантов, заказчиков НИР, пациентов, обращающихся за лечебно-консультативной помощью к профессорско-преподавательскому составу, учреждения здравоохранения.

Балльная оценка показателя удовлетворенности потребителей осуществляется в соответствии с таблицей 11.

Таблица 11

	Оценочный балл			
	15	10	5	0
	Значение показателя			
Индекс удовлетворенности потребителей	80-100	60,0-79,9	59,9-55,0	Ниже 55

Классификация действий по результатам балльной оценки критерия основных целей осуществляется в соответствии с таблицей 12.

Таблица 12

Балл	Классификация удовлетворенности потребителей, предпринимаемые действия
От 12 до 15,0	Потребители полностью удовлетворены, необходимо работать на перспективу
От 9,0 до 11,9	Некоторые из потребителей не удовлетворены или потребители не удовлетворены некоторыми из критериев оценки, необходимо проводить корректирующие действия
Менее 9,0	Многие из потребителей не удовлетворены, необходимо рассмотреть вопрос о качестве предоставляемых услуг

4. Критерий конкурентоспособной продукции ($K_{к\text{с пр}}\text{ол}$)

Балльная оценка значений показателей критерия конкурентоспособности продукции производится в соответствии с таблицей 13.

Таблица 13

Наименование показателя	Оценочный балл			
	15	10	5	0
	Значение показателя			
Проходной балл по каждой из специальностей	Выше, чем у конкурентов	На уровне конкурентов	2 или 3 место среди медицинских	4 место среди медицинских университетов

			университетов РБ	РБ
Востребованность выпускников	100%	До 5 % меньше, чем у конкурентов	До 10 % меньше, чем у конкурентов	Свыше 11%, чем у конкурентов

Бальная оценка критерия определяется как отношение суммы набранных баллов по каждому показателю к их количеству по формуле 3.

Конкурентоспособность предоставляемых услуг и дальнейшие действия в зависимости от балльной оценки критерия определяются в соответствии с таблицей 14.

Таблица 14

Балл	Заключение о конкурентоспособности продукции, предпринимаемые действия
От 12 до 15,0	Предоставляемые университетом услуги конкурентоспособны, необходимо стремиться к улучшению
От 9,0 до 11,9	Предоставляемые университетом услуги незначительно хуже, чем у конкурентов, необходимо проводить корректирующие действия
Менее 9,0	Предоставляемые университетом услуги неконкурентоспособны, подготовка специалистов по данным специальностям нецелесообразна

5. Критерий качества предоставляемых услуг (Кк. прод.)

Бальная оценка значений показателей критерия качества продукции производится в соответствии с таблицей 15.

Таблица 15

Наименование показателя	Оценочный балл			
	15	10	5	0
	Значение показателя			
1	2	3	4	5
Абсолютная успеваемость результатами сессий	От 80 до 100	от 79,99 до 65,00	от 60,00 до 64,99	менее 60,00
Абсолютная успеваемость по результатам государственных экзаменов	От 80 до 100	от 65,00 до 79,99	от 60,00 до 64,99	менее 60,00

Бальная оценка критерия определяется как отношение суммы набранных баллов по каждому показателю к их количеству по формуле 3.

Квалификация действий по результатам балльной оценки критерия качества продукции осуществляется в соответствии с таблицей 16.

Таблица 16

Балл	Классификация действий
От 12 до 15,0	Качество предоставляемых услуг высокое
От 9,0 до	Необходимо улучшать деятельность в отношении качества

11,9	предоставляемых услуг (проводить корректирующие действия)
Менее 9,0	Необходимо провести анализ качества отдельно по видам предоставляемых услуг

6. Критерий по результатам аудитов (К ауд.)

Балльная оценка значений показателей критерия по результатам внешних и внутренних аудитов производится в соответствии с таблицей 17.

Таблица 17

Наименование показателя	Оценочный балл		
	15	10	0
	Значение показателя		
Результаты внешних аудитов	Существенных несоответствий не выявлено	Выявлено одно существенное несоответствий	Выявлено более одного существенного несоответствия
Результаты внутренних аудитов	Существенных несоответствий не выявлено	Выявлено не более двух существенных несоответствий	Выявлено более двух существенных несоответствий

Балльная оценка критерия определяется как отношение суммы набранных баллов по каждому показателю к их количеству по формуле 3.

Квалификация действий по результатам балльной оценки критерия качества продукции осуществляется в соответствии с таблицей 18.

Таблица 18

Балл	Классификация действий
От 10 до 15,0	СМК является адекватной
менее 10,0	СМК не является адекватной, необходимы корректирующие действия

7. Критерий корректирующих мероприятий (К к.м.)

Для критерия корректирующих мероприятий (КМ) устанавливаются показатели их выполнения по результатам:

- анализа со стороны руководства;
- внутренних аудитов;
- внешних аудитов.

Для определения значений показателей выполнения мероприятий подсчитывается общее количество разработанных мероприятий и количество мероприятий в зависимости от сроков их выполнения и эффективности по каждому показателю отдельно и производится их оценка по 15-ти балльной системе. Результаты заносятся в таблицу 19

Таблица 19

Наименование показателей	Всего корректирующих мероприятий	Выполнены в запланированные сроки	Выполнены с нарушением сроков, не имеют эффекта	Не выполнены
		15 баллов	10 баллов	0 баллов

	$M_{окм}$	Значение показателя		
		H_1	H_2	H_3
Корректирующие мероприятия по результатам анализа со стороны руководства, количество и т.д.	$M_{окм} = H_1 + H_2 + H_3$			
Корректирующие мероприятия по результатам внутренних аудитов, количество и т.д.
Корректирующие мероприятия по внешним аудитам, количество и т.д.

Значение показателей для каждого критерия корректирующих мероприятий определяется по формуле

$$P_{км} = \frac{N_{км} \times O_{км}}{15 M_{окм}}, \quad (5)$$

где

$P_{км}$ – показатель критерия выполнения корректирующих мероприятий;

$N_{км} = H_1 + H_2$ – количество выполненных мероприятий;

$O_{км}$ – оценочный балл мероприятий каждой группы выполнения;

$M_{окм}$ – общее количество мероприятий по определяемому показателю;

15 – максимальная балльная оценка корректирующего мероприятия.

Балльная оценка значений показателей критерия корректирующих мероприятий осуществляется в соответствии с таблицей 20.

Таблица 20

Наименование показателя	Оценочный балл			
	15	10	5	0
	Значение показателя			
Корректирующие мероприятия по результатам анализа со стороны руководства	От 0,90 до 1,00	От 0,80 до 0,89	От 0,70 до 0,79	Ниже 0,70
Корректирующие мероприятия по результатам внутренних аудитов	От 0,90 до 1,00	От 0,80 до 0,89	От 0,70 до 0,79	Ниже 0,70
Корректирующие мероприятия по результатам внешних аудитов	От 0,90 до 1,00	От 0,80 до 0,89	От 0,70 до 0,79	Ниже 0,70

Балльная оценка критерия определяется как отношение суммы набранных баллов по каждому показателю к их количеству по формуле 3.

Классификация действий по результатам оценки критерия корректирующих мероприятий осуществляется в соответствии с таблицей 21.

Таблица 21

Балл	Классификация действий
От 12 до 15,0	Запланированные мероприятия выполняются в соответствии с установленными сроками, действия не требуются
От 9 до 12,9	Нужно принимать меры к выполнению мероприятий в сроки и повышению их эффективности
От 6,5 до 8,9	Необходимо провести анализ причин несвоевременного выполнения мероприятий и предпринять корректирующие действия
Менее 6,5	Необходимо провести анализ обоснованности устанавливаемых сроков выполнения мероприятий, необходимости их выполнения и принять меры по результатам анализа

Балльная оценка результативности СМК

Балльная оценка результативности СМК определяется как отношение суммы набранных баллов по отдельным критериям к их количеству по формуле

$$K_{\text{СМК}} = \sum K_k / n$$

где

K_k - расчетная балльная оценка каждого критерия;

n - количество оценок.

Оценка функционирования СМК в зависимости от рассчитанной балльной оценки установленных критериев осуществляется в соответствии с таблицей 22.

Таблица 22

Балл	Классификация действий
От 84 до 105,0	СМК результативна. Следует планировать мероприятия по улучшению (совершенствованию) деятельности
От 69 до 83,9	СМК результативна, однако необходимо предпринимать корректирующие действия для повышения результативности
Менее 69	СМК нерезультативна. Необходимо проанализировать причины, пересмотреть состав и взаимодействие процессов, обеспеченность ресурсами, планирование всех видов деятельности и т. д.

4.11.9. Проект отчета «Анализ системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» предоставляется ректору университета для анализа состояния СМК.

На соответствующем заседании Совета БГМУ ректор выступает с докладом по итогам работы университета.

Согласно итогам обсуждения, после внесения изменений, проект отчета «Анализ системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» передается на утверждение ректору.

4.12. Выработка решений и разработка предложений по совершенствованию СМК

4.12.1. Результаты анализа результативности функционирования СМК со стороны руководства университета включают действия, связанные с:

разработкой новых редакций Миссии, Видения и Политики университета в области качества (при необходимости);

разработкой новых редакций миссий образовательных программ, реализуемых в университете (при необходимости);

корректировкой целей в области качества университета (при необходимости);

корректировкой реестра рисков и возможностей;

разработкой планов университета, включая планы по совершенствованию СМК, обеспечению ресурсами и улучшению качества образовательных услуг, научно-технической продукции и процессов.

4.12.2. Результаты анализа функционирования СМК и решения, принятые при подведении итогов за текущий календарный и учебный годы, оформляются приказом ректора по университету.

4.12.3. Руководствуясь протоколом заседания Совета БГМУ и приказом ректора о результатах деятельности университета, оценки результативности функционирования СМК университета, РП и руководителями СП разрабатываются мероприятия по совершенствованию деятельности в рамках СМК и отражаются в планах работы СП, которые утверждаются в установленном порядке.

4.13. Реализация решений, принятых руководством университета, и оценка их выполнения

4.13.1. Сроки и факт выполнения решений, принятых на заседании Совета БГМУ по анализу СМК со стороны руководства, контролируются УПРК в установленном порядке.

Решение о переносе срока исполнения мероприятия или снятии его с контроля принимает ректор на основании докладной записки руководителя СП, поданной до истечения срока исполнения и согласованной с УПРК.

4.13.2. Оценка изменений, внесенных по результатам анализа и оценки СМК со стороны руководства, осуществляется в ходе проведения внутренних аудитов, а также других видов мониторинга, в процессе которых проверяется выполнение запланированных мероприятий.

4.13.3. Степень реализации запланированных мероприятий может быть охарактеризована количественными показателями, выраженными, например, в процентах (70% ... или 90%) или баллах, или может характеризоваться по принципу «удовлетворительно/неудовлетворительно», «выполнено/не выполнено».

4.14. Оценка и анализ рисков и возможностей

Оценка и анализ рисков и возможностей проводится в соответствии с п.6. Руководства по качеству БГМУ.

4.15. Мониторинг

Мониторинг входных и выходных данных процесса проводится в соответствии с таблицами 3 и 4, ресурсов – в соответствии с таблицей 5, в критических точках – с таблицей 23.

4.16. Контрольные (критические) точки

Таблица 23

Критическая точка	Кто осуществляет мониторинг	Предполагаемые меры по обеспечению деятельности процесса
Определение наличия необходимости корректировки СДУ	Ректор, УПРК	На Совете БГМУ предлагается сформировать комиссию по анализу СДУ и установить сроки её работы
Оценка результатов анализа деятельности БГМУ	Ректор, УПРК	С учетом результатов проведенного анализа деятельности БГМУ за последние 3-5 лет разрабатываются и утверждаются стратегические направления развития БГМУ, которые выносятся на обсуждение Совете БГМУ.
Формирование проекта	Проректоры, деканы, РП, руководители СП	Корректировка перечня мероприятий и целевых показателей

4.17. Оценка результативности, пригодности процесса

Для определения результативности функционирования процесса используются фактические значения целевых показателей по отношению к плановым (п. 4.11.8 формула 2). Процесс считается пригодным, если его результативность составляет не менее 50%.

Мониторинг достижения основных показателей процесса осуществляется в соответствии с процедурой, приведенной в п. 4.11.8.

Анализ и оценка результативности и пригодности процесса проводится ежегодно не позднее 30 января года, следующего за отчетным (для процессов, функционирующих в течение календарного года) и не позднее 30 сентября текущего года (для процессов, функционирующих в течение учебного года). Оценку результативности и пригодности данного процесса осуществляет ректор.

Результаты оценки результативности и пригодности процесса данного процесса включают в годовой отчет о функционировании СМК.

Кроме оценки результативности процесса, отчет должен содержать предложения по совершенствованию данного процесса.

Данные отчета являются объектом анализа со стороны высшего руководства.

4.18. Улучшение процесса

Текущее улучшение процесса проводится постоянно в течение года.

По результатам анализа результативности и пригодности процесса разрабатываются мероприятия по устранению причин возникновения несоответствий (при их наличии).

Планирование постоянного улучшения процесса осуществляется после оценки результативности процесса посредством разработки мероприятий по

улучшению деятельности, направленной на удовлетворение требований и ожиданий потребителей, совершенствование СМК.

В соответствии с требованиями СТУ П 1.02 ежегодно РП предоставляет УПРК предложения (мероприятия) по улучшению процесса, которые служат информацией для составления Плана мероприятий по совершенствованию СМК на следующий год, утверждаемого ректором, как правило, до 31 декабря текущего года.

5. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ

Перечень документов, оформляемых в результате выполнения требований данного СТУ, приведен в таблице 24.

Таблица 24

Наименование или описание документа (группы документов)	Форма документа	Кто оформляет документ	Кому представляют документ	Место хранения контрольного экземпляра документа	Срок хранения документа
ППР	Рекомендуется МО РБ и МЗ РБ	УОД	УПРК, РП, руководителям СП, руководителям РГ	УОД	5 лет
План работы университета на календарный и учебный год	Рекомендуется МО РБ и МЗ РБ	УОД	Проректорам, РП, руководителям СП, руководителям РГ	УОД	1 год
План научно-исследовательской работы и организационно-методической деятельности	Рекомендуется МЗ РБ	НИЧ	Ректору, проректору по НИР, ЦНИЛ, кафедрам	НИЧ	1 год
План работы коллегиальных органов университета	Ф-001 СТУ П 1.02	Председатель и секретарь коллегиального органа	Проректорам, РП, руководителям СП, руководителям РГ	Секретарь коллегиального органа	1 год
План внутривузовского контроля	Ф-003 СТУ П 1.02	УОД	УПРК, РП, руководителям СП, руководителям РГ	УОД	1 год
План мероприятий по развитию экспорта образовательных услуг	Ф-005 СТУ П 1.02	ОМС	Ректору, проректору по МС, деканам	ОМС	1 год
План работы факультета	Ф-006 СТУ П 1.02	Деканаты	Деканам, зам. деканов, специалистам деканатов	Деканаты	1 год
План работы кафедры	утверждается приказом ректора	Зав. кафедрами	Начальнику УО	УО, кафедры	1 год
Индивидуальный план работы заведующего кафедрой на учебный год*	утверждается приказом ректора	Зав. кафедрами	Начальнику УО	УО, кафедры	1 год
Индивидуальный план работы преподавателя кафедры на учебный год*	утверждается приказом ректора	Преподаватель	Зав. кафедрой	кафедры	1 год
План работы СП	Ф-002 СТУ П 1.02	Руководителю СП	Проректору по направлению деятельности	СП	1 год

Наименование или описание документа (группы документов)	Форма документа	Кто оформляет документ	Кому представляют документ	Место хранения контрольного экземпляра документа	Срок хранения документа
Целевые показатели в области качества на уровне процессов, СП	Ф-004 СТУ П 1.02	РП/руководителю СП	УПРК/РП	ОММК/СП	1 год
Отчет о работе кафедры за учебный год*	утверждается ежегодно	Зав. кафедрами	Начальник ОММК	ОММК, кафедры	1 год
Отчет по анализу и оценке процесса*	Ф-007 СТУ П 1.02-	РП	ОММК	ОММК, РП	1 год
План мероприятий по совершенствованию СМК*	Ф-008 СТУ П 1.02	УПРК, начальник ОММК	Ректору	ОММК	1 год

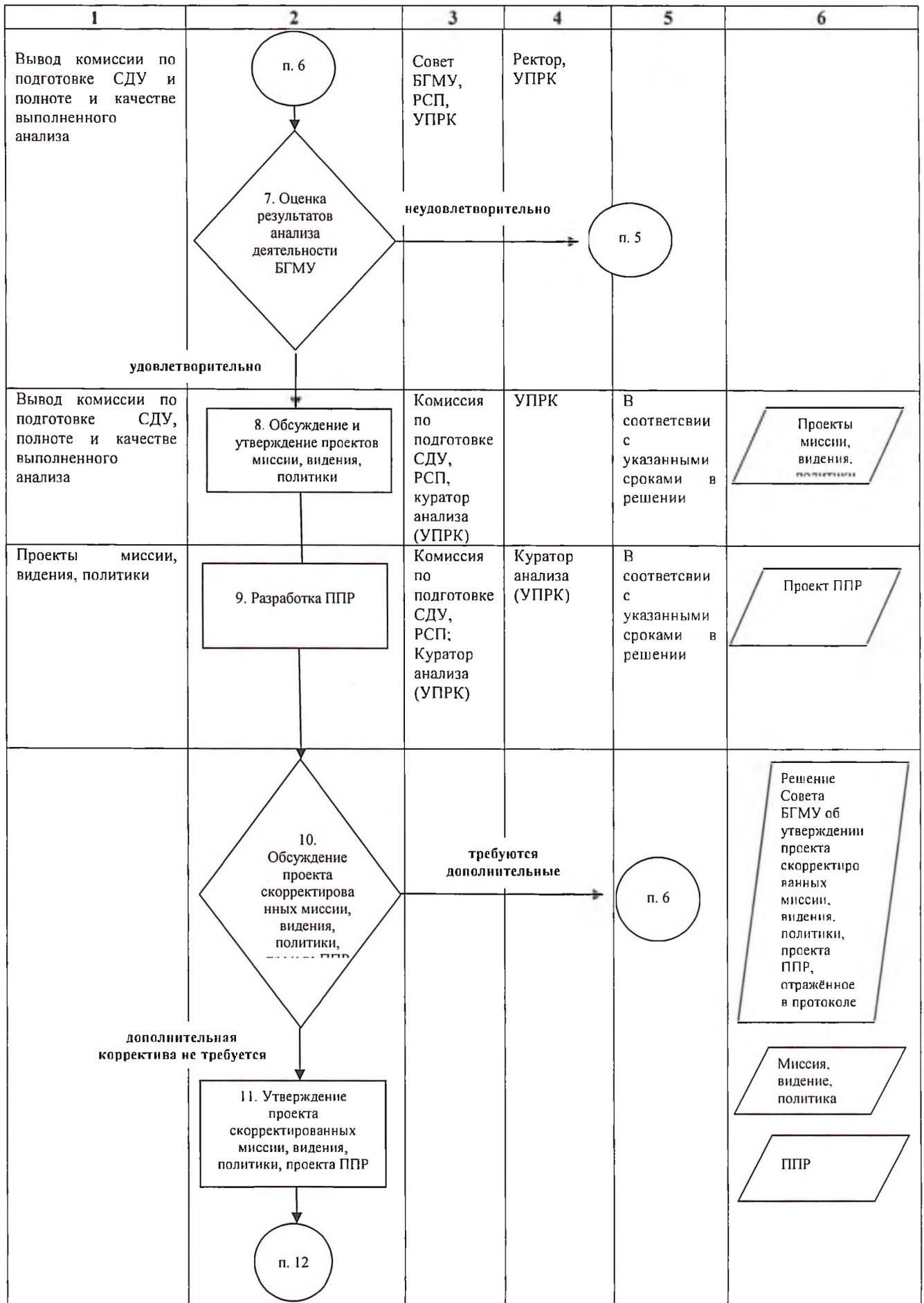
* - записи. Управление записями проходит согласно СТУ Д 1.34 «Управление записями».

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Блок-схема 1. Стратегическое планирование

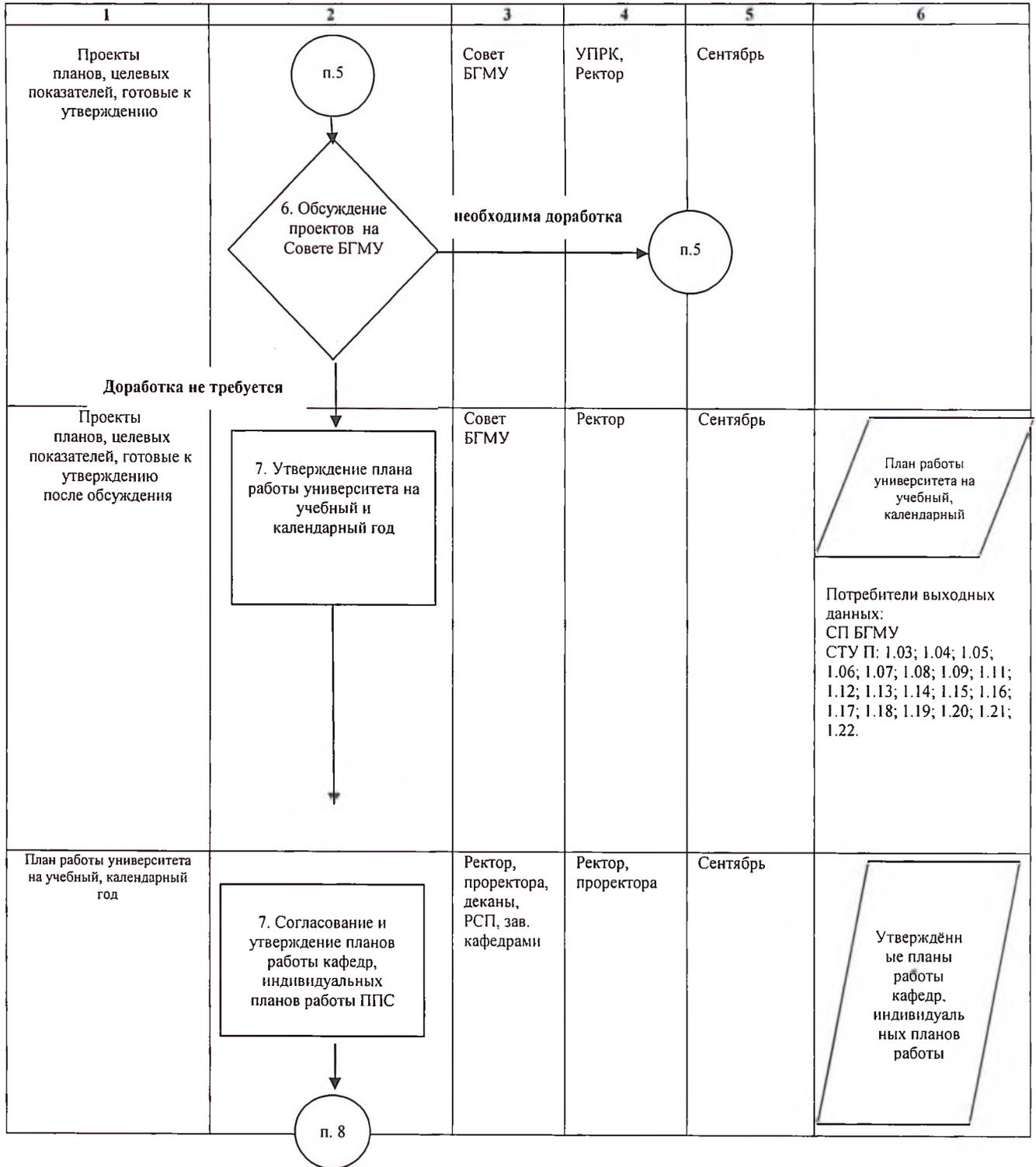
Банк входных данных	Этапы (блок-схема)	Взаимодействующие подразделения	Ответственный	Срок запуска этапа	Банк выходных данных
1	2	3	4	5	6
<ul style="list-style-type: none"> - СДУ, - результаты сертификационного и инспекционных аудитов СМК; - результаты внутренних аудитов; - результаты анализа СМК со стороны руководства; - решение Совета университета; - изменения организационной структуры университета и (или) реализации процессов (видов деятельности); - предложения руководства, РП или РСП, рассмотренные и одобренные на КСК. 		Ректор, Совет БГМУ, РП, рук. СП	Ректор, УПРК	В соответствии с планом-графиком, по потребности	Решение Совета БГМУ
Решение Совета БГМУ, утвержденное приказом БГМУ	4. Распределение ответственности за проведение анализа и установление его сроков	УПРК, Ректор,	УПРК	В соответствии с указанными сроками в решении	Решение Совета БГМУ с указанием ответственных и сроков выполнения
Решение Совета БГМУ о проведении анализа деятельности БГМУ за прошедшие 3-5 лет	5. Анализ деятельности в БГМУ за прошедшие 3-5 лет	Комиссия по подготовке СДУ, РСП, куратор анализа (УПРК)	Куратор анализа (УПРК)	Согласно Решения Совета БГМУ, утвержденного приказом БГМУ	Отчеты о результатах анализа деятельности БГМУ за прошедшие 3-5 лет
Отчеты о результатах анализа деятельности БГМУ за прошедшие 3-5 лет	6. Анализ отчетов п.7	Комиссия по подготовке СДУ, УПРК	УПРК	Согласно Решения Совета БГМУ, утвержденного приказом БГМУ	<p>Вывод комиссии по подготовке СДУ и полноте и качестве выполненного анализа</p> <p>Проекты миссии, видения, политики</p>

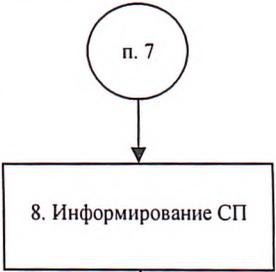
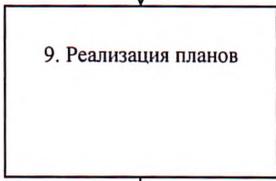
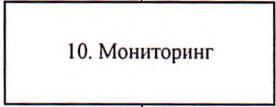
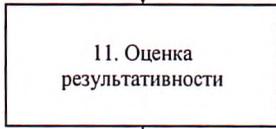


1	2	3	4	5	6
<p>Утвержденные Советом БГМУ миссия, видение, политика, ППР</p>	<p>12. Оформление миссии, видения, политики, ППР</p> <p>13. Тиражирование и рассылка ППР</p> <p>13. Размещение СДУ на сайте БГМУ</p>	<p>РИО, ЦРИТ</p> <p>УПРК, Ректор</p> <p>ЦРИТ</p>	<p>РИО, ЦРИТ</p> <p>Ректор</p> <p>ЦРИТ</p>	<p>7 рабочих дней с даты принятия решения Совета БГМУ об утверждении проекта скорректированных миссии, видения, политики, проекта ППР</p>	<p>Миссия, видение, политика, ППР</p>
	<p>14. Конец процесса</p>				<p>Потребители выходных данных: Внешняя среда СП БГМУ СТУ П: 1.03; 1.04; 1.05; 1.06; 1.07; 1.08; 1.09; 1.10; 1.11; 1.12; 1.13; 1.14; 1.15; 1.16; 1.17; 1.18; 1.19; 1.20; 1.21; 1.22; 1.23</p>

Блок-схема 2. Оперативное планирование

Банк входных данных	Этапы (блок-схема)	Взаимодействующие подразделения	Ответственный	Срок запуска этапа	Банк выходных данных
1	2	3	4	5	6
СДУ, НПА, ТНПА Результаты реализации целевых показателей университета за предыдущий год	<p>1. начало</p> <p>2. Постановка целей и целевых показателей в области качества на уровне ректора и проректоров на учебный/календарный год на основании ППР</p>	Ректор, проректоры, РСР	Ректор	Август (для учебного года)/декабрь (для календарного года)	Проекты целевых показателей
Проекты целевых показателей	<p>3. Доведение до руководителей СП, деканов, заведующих кафедрами</p>	УПРК, РИО, РСР, деканы, заведующие кафедрами	УПРК, РИО, ЦРИТ,	1 рабочий день	Проекты целевых показателей
Проекты целевых показателей	<p>4. Анализ и внесение предложений от РП, СП, факультетов, кафедр в проекты, разработка проектов планов на текущий год</p>	РП, РСР, деканы, заведующие кафедрами	РП, проректоры, деканы	5 рабочих дней	Проекты планов на текущий год
Проекты планов на текущий год	<p>Согласование, уточнение, внесение корректировки на уровне РП, СП</p> <p>п.6</p>	РСР, деканы,	Проректоры, УПРК	5 рабочих дней	Проекты планов, целевых показателей, готовые к



1	2	3	4	5	6
<p>План работы университета на учебный, календарный год Утвержденные планы работы кафедр, индивидуальных планов работы ППС</p>		<p>УПРК, деканы, РСП</p>	<p>УПРК, деканы</p>	<p>1 рабочий день с даты утверждения</p>	
<p>Планы работ</p>		<p>Проректоры, деканы, РСП, персонал</p>	<p>Проректоры, деканы, РСП</p>	<p>В течение учебного года</p>	
<p>Планы работ Записи по реализации</p>		<p>РП, РСП</p>	<p>РП</p>	<p>В течение уч. г.</p>	
<p>Протоколы заседаний коллегиальных органов, рабочих совещаний Записи по мониторингу Отчеты о работе за год РП, СП</p>		<p>УПРК, РП, РСП</p>	<p>УПРК, РП</p>	<p>В течение уч.г.</p>	
<p>Протокол Совета университета</p>		<p>УПРК, РП, РСП</p>	<p>УПРК, РП</p>	<p>Согласно плана</p>	

Приложение 2 ФОРМЫ ПЛАНОВ ОПЕРАТИВНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ

Форма планов коллегиальных органов университета

Ф-001 СТУ П 1.02

УТВЕРЖДАЮ
Ректор учреждения образования
«Белорусский государственный
медицинский университет»

_____ Ф.И.О

ПЛАН
заседаний *ректората, советов и др. коллегиальных органов*
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
на _____ учебный год

Вид и содержание работы	Срок исполнения	Исполнители	Примечания
1.			

Председатель (секретарь)

(подпись)

Ф.И.О.

Форма плана работы структурного подразделения

Ф-002 СТУ П 1.02

УТВЕРЖДАЮ
_____ Ф.И.О.
курирующего проректора

План
работы _____ на _____ учебный год
(наименование подразделения)

Вид и содержание работы	Срок исполнения	Исполнители	Примечания
1.			

Руководитель подразделения

(подпись)

(Ф.И.О.)

Форма плана внутривузовского контроля

Ф-003 СТУ П 1.02

УТВЕРЖДАЮ

Ректор учреждения образования
«Белорусский государственный
медицинский университет»

_____ Ф.И.О.

План внутривузовского контроля на _____ год

Контроль проводит	Контролируемое подразделение	Дата	Критерии (содержание) контроля
1	2	3	

Первый проректор _____

подпись

_____ Ф.И.О.

Форма целевых показателей в области качества на уровне процессов, структурных подразделений

Ф-004 СТУ П 1.02

Целевые показатели _____ в области качества

Процесс, цель процесса	Целевые показатели на уровне БГМУ	Весом ость	Планируе мый результат	Планируемы е мероприятия / метод оценки	Ответственные	Ресурсы

Форма плана мероприятий по развитию экспорта образовательных услуг

Ф-005 СТУ П 1.02

УТВЕРЖДАЮ

Ректор учреждения образования
«Белорусский государственный
медицинский университет»

_____ Ф.И.О

План мероприятий по развитию экспорта образовательных услуг учреждения
образования «Белорусский государственный медицинский университет»

на _____ год

Вид и содержание работы	Срок исполнения	Исполнители	Примечания
1	2	3	4
1.			

Проректор по международным связям _____

подпись

Ф.И.О.

Форма плана работы факультета

Ф-006 СТУ П 1.02

УТВЕРЖДАЮ

Ректор учреждения образования
«Белорусский государственный
медицинский университет»

_____ Ф.И.О

План работы факультета

на _____ год

Вид и содержание работы	Срок исполнения	Исполнители	Примечание
1. Организационная работа и текущие мероприятия			
2. Учебно-методическая работа			
3. Идеологическая и воспитательная работа			
4. Научная работа			

Декан _____ факультета

подпись

Ф.И.О.

Форма отчета по анализу и оценке процесса

Ф-007 СТУ П 1.02

ОТЧЕТ ПО АНАЛИЗУ И ОЦЕНКЕ ПРОЦЕССА

Процесс _____

Дата _____

Номер отчета № _____

1. Заключение о соответствии входов в процесс

Входные данные поступали своевременно и в полном объеме.

Наименование входа	Откуда	Требование	Фактически	Заключение (соотв./не соотв.)

2. Выходные данные

3. Заключение о достаточности ресурсов

Наименование ресурсов	Кто предоставляет	Требуемое количество	Фактически	Заключение (достаточно/недост.)

4. Результаты мониторинга в контрольных точках процесса

Объект мониторинга	Кто измеряет	Периодичность измерения	Способ контроля или измерения	Форма регистрации результатов	Заключение (соотв./не соотв.)

5. Выполнение оценочных показателей достижения целей процесса

Показатели	Весомость	Планируемое значение показателя	Фактическое значение	Показатель с учетом весомости	Заключение (вып./не вып.)

6. Заключение о результативности процесса

7. Анализ рисков и возможностей

8. Причины невыполнения показателей процесса:

9. Корректирующие действия по устранению причин невыполнения целей процесса

10. Планируемые мероприятия по улучшению (совершенствованию) процесса

Руководитель процесса _____

ФИО _____

ФОРМА ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СМК

Ф-008 СТУ П 1.02

ПЛАН

работы по развитию системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский
государственный медицинский университет»

на _____ год

Мероприятия	Срок исполнения	Исполнители	Примечание
Организационные мероприятия			
Разработка нормативных документов			
Разработка и внедрение технологий обеспечения качества			
Опросы общественного мнения о качестве образования (анкетирование)			
Совершенствование и контроль качества образования, внедрение инновационных педагогических технологий			
Повышение квалификации в области качества			

Представитель руководства Подпись

Ф.И.О.

Дата

