УТВЕРЖДЕНО
решением Ученого совета Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК»
(протокол от «31» октября 2022 г. № 2)

Директор Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК»
_____ И.Ю. Сазонов
«31» октября 2022 г.

ПОЛОЖЕНИЕ О СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ЕКАТЕРИНБУРГСКОГО ИНСТИТУТА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ (ФИЛИАЛ) ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»

СК-П-7.5.3
Версия 1.0.
Дата введения: «01» ноября 2022 г.

СОГЛАСОВАНО
Представитель руководства по качеству Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК»
_____ М. И. Салимов
«31» октября 2022 г

Екатеринбург, 2022

Содержание

Перечень сокращений и обозначений 4
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ
3.1 Термины и определения 6
3.2 Нормативные ссылки 7
4. СРЕДА ИНСТИТУТА. СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
4.1 Понимание организации и ее среды 7
4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон 7
4.3 Определения области применения системы менеджмента качества и ее процессы 8
4.4 Система менеджмента качества и ее процессы 8
5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РУКОВОДСТВА (ЛИДЕРСТВО)
5.1 Лидерство и приверженность 9
5.2 Ориентация на потребителя 10
5.3 Политика в области качества 10
5.4 Функции, ответственность и полномочия в институте 10
6. ПЛАНИРОВАНИЕ
6.1 Действия в отношении рисков и возможностей 11
6.2 Цели в области качества и планирование их достижений 13
7. СРЕДСТВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ
7.1 Обеспечение ресурсами 13
7.2 Компетентность 15
7.3 Осведомленность 16
7.4 Обмен информацией 16
7.5 Документированная информация 17
8. ПРОЦЕССЫ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА
8.1 Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла предоставляемых услуг 20
8.2 Требования к продукции и услугам 20
8.3 Проектирование и разработка 21
8.4 Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками 21
8.5 Научная и образовательная деятельность 21
8.6 Выпуск образовательных услуг 22
8.7 Управление несоответствующими результатами процессов 22
9. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
9.1 Мониторинг, измерение, анализ и оценка 23
9.2 Внутренний аудит 24
9.3 Анализ со стороны руководства 29
10. УЛУЧШЕНИЕ
10.1 Общие положения 30
10.2 Несоответствия и корректирующие действия 30
10.3 Постоянное улучшение 31
11. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 Политика в области качества..... 32
Приложение 2 Организационная структура института..... 33
Приложение 3 Графическое описание процедуры (несоответствия)..... 34
Приложение 4 Графическое описание процедуры (внутренний аудит)..... 37
Приложение 5 Форма программы проведения внутренних аудитов..... 38
Приложение 6 Форма плана внутреннего аудита..... 39
Приложение 7 Рабочая документация для проведения аудита (рекомендуемая)..... 40
Приложение 8 Форма отчета по результатам внутреннего аудита..... 41
Приложение 9 Форма плана-отчета о корректирующих действиях..... 43
12. ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ..... 44

Перечень сокращений и обозначений

ФГОС ВО – Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования;
ФГОС СПО – Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования;
ИСО (ISO) – международная организация по стандартизации;
МС – Международный стандарт;
НИР – научно-исследовательская работа;
НИРС – научно-исследовательская работа студентов;
СК – система качества;
СМК – система менеджмента качества;
ФЗ – Федеральный закон;
ОПОП – основная профессиональная образовательная программа;
ППС – профессорско-преподавательский состав.

1. Общие положения

1.1 Система менеджмента качества (далее – СМК) Екатеринбургского института физической культуры (филиал) Федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральский государственный университет физической культуры» (далее – Институт) предназначена для обеспечения уверенности коллектива Института и потребителей в том, что результатом его деятельности являются профессиональное образование в области физической культуры и спорта, адаптивной физической культуры высокого уровня и конкурентная научная продукция.

Управление Институтом основывается на процессном подходе, который включает цикл «Планируй – Делай – Применяй – Действуй» (PDCA), и риск-ориентированном мышлении.

Процессный подход позволяет организации планировать свои процессы и их взаимодействие.

Реализация цикла PDCA позволяет Институту обеспечить свои процессы необходимыми ресурсами, осуществлять их менеджмент, определять и реализовывать возможности для улучшения.

Риск-ориентированное мышление позволяет Институту определять факторы, которые могут привести к отклонению от запланированных результатов процессов и системы менеджмента качества Института, а также использовать предупреждающие средства управления для минимизации негативных последствий и максимального использования возникающих возможностей.

Постоянное выполнение требований и учет будущих потребностей и ожиданий в условиях все более динамичной и сложной среды ставит перед организацией сложные задачи. Для решения этих задач организация могла бы посчитать необходимым использовать различные формы улучшения в дополнение к коррекции и постоянному улучшению, например, такие как прорывное изменение, инновация и реорганизация.

1.2 Принципы менеджмента качества

В управлении Институтом заложены ключевые принципы системы менеджмента качества:

– ориентация на потребителя;
– лидерство;
– взаимодействие людей;
– процессный подход;
– улучшение;
– принятие решений, основанных на свидетельствах;
– менеджмент взаимоотношений.

2. Область применения

2.1 Настоящее руководство описывает разработанную и внедренную систему менеджмента качества (далее – СМК) Института. Документально оформленная СМК способствует повышению управляемости деловыми процессами в Институте, способствует оптимальному распределению полномочий, ответственности и ресурсов, позволяет направлять главные усилия на достижение наиболее важных целей, стремиться к постоянному улучшению деятельности.

2.2 Система менеджмента качества разработана, внедрена и поддерживается:

– для демонстрации способности Института предоставлять образовательные услуги, отвечающие требованиям потребителей и применимым законодательным и правовым требованиям;

– для повышения удовлетворенности потребителей посредством результативного применения СМК, включая процессы ее улучшения, и обеспечения соответствия требованиям потребителей и применимым законодательным и правовым требованиям.

2.3. Система менеджмента качества распространяется на Институт по согласованию с Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Уральский государственный университет физической культуры» (далее - УралГУФК) и является обязательной для всех его сотрудников и обучающихся.

Учитывая специфику деятельности, особенности деловых процессов, размер и статус УралГУФК и Института, а также квалификацию профессорско-преподавательского состава и персонала, мы внедрили систему управления, которая учитывает все требования международного стандарта МС ИСО 9001:2015 и охватывает все виды деятельности по руководству и управлению Институтом применительно к качеству.

3. Термины, определения и нормативные ссылки

3.1 Термины и определения

Анализ - деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности, результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей.

Аудит (проверка) - систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.

Аудитор – лицо, продемонстрировавшее свои личные качества и обладающее компетентностью для проведения аудита.

Документ: информация, представленная на соответствующем носителе. Носитель может быть бумажным, магнитным, электронным или оптическим, компьютерным диском или комбинацией из них. Комплект документов, например, записей, обычно называется документацией.

Качество: степень соответствия присущих характеристик требованиям.

Корректирующее действие: действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Коррекция: действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Менеджмент качества: скоординированная деятельность по руководству и управлению организацией применительно к качеству.

Несоответствие: невыполнение требования.

Политика в области качества: общие намерения и направление деятельности организации в области качества, официально сформулированные высшим руководством.

Процесс: совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы.

Результативность: степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Система менеджмента качества (СМК): система менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству.

Соответствие: выполнение требования.

Требование: потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным

Удовлетворенность потребителей: восприятие степени выполнения их требований.

Улучшение качества: часть менеджмента, направленная на увеличение способности выполнить требования к качеству.

Управление качеством: часть менеджмента, направленная на выполнение требований к качеству.

Эффективность: связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

3.2 Нормативные ссылки

В «Положении о системе менеджмента качества» использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон РФ «Об образовании»;
- Устав УралГУФК;
- Положение об Институте;

МС ИСО 9000:2015. Система менеджмента качества. Основные положения и словарь;

МС ИСО 9001:2015. Системы менеджмента качества. Требования.

4. Среда института. Система менеджмента качества.

4.1 Понимание организации и ее среды

В Институте определены внутренние и внешние факторы, относящиеся к его намерениям и стратегическому направлению его развития и влияющие на его способность достигать намеченного (-ых) результата (-ов) ее системы менеджмента качества.

Основными внешними факторами для университета являются:

- изменение в законодательной, конкурентной, рыночной, культурной, социальной и экономической среде в Российской Федерации, а также на международном, региональном или местном уровне.

Внутренние факторы связанны с:

- ценностями, культурой, знаниями и результатами работы Института.

В Институте мониторинг и анализ информации об этих внешних и внутренних факторах осуществляется постоянно.

4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон

Заинтересованные стороны оказывают или могут оказать способность организации постоянно поставлять продукцию и услуги, отвечающие требованиям потребителей и применимым к ним законодательным и нормативно-правовым требованиям.

Институтом определены:

- заинтересованные стороны, имеющие отношения к СМК;
- требования заинтересованных сторон, относящиеся СМК.

Внутренними потребителями являются:

- студенты;
- слушатели;
- сотрудники Института.

К внешним потребителям относятся:

- абитуриенты;
- потенциальные заказчики образовательных услуг по программам ДПО.

К другим сторонам, заинтересованным в деятельности Института, относятся:

- родители абитуриентов и студентов;
- организации-работодатели, образовательные учреждения;
- государственные органы и общество.

Институт осуществляет мониторинг и анализ информации о заинтересованных сторонах и их требованиях.

Требования и ожидания заинтересованных сторон определяются путем:
- опроса (устного, методом анкетирования);
- анализа отзывов, предложений и благодарственных писем, поступивших в письменном виде.

Информации о мониторинге и анализе информации о заинтересованных сторонах и их требованиях включаются в отчет о функционировании СМК, протоколы методического совета.

4.3 Определение области применения системы менеджмента качества

Институт определяет границы системы менеджмента качества и охватываемую ею деятельность, чтобы установить область применения.

При определении области применения рассматриваются:
- внешние и внутренние факторы
- требования соответствующих заинтересованных сторон;
- услуги и продукцию Института.

Области применения СМК охватывает виды деятельности:
- образовательная (среднее профессиональное образование, высшее образование, дополнительное профессиональное образование);
- научные исследования и разработки.

4.4 Система менеджмента качества Института и ее процессы

4.4.1 Цель СМК – постоянно улучшать качество образовательной деятельности, чтобы удовлетворить ожидания наших потребителей и заказчиков. Институт стремится улучшать свои процессы и в целом СМК путем определения и достижения целей.

Цели вытекают из Политики в области качества, являются измеримыми (или поддаются описанию), ясными, достижимыми, соотнесены с миссией и имеют временные рамки их достижения. Их выполнение периодически анализируется на заседаниях ученого совета, где вырабатываются необходимые корректирующие действия.

Руководство Института последовательно согласовывает проекты целей с руководителями подразделений и процессов.

В деятельности Института определены процессы, необходимые для СМК, их последовательность и взаимосвязь, а также управление этими процессами.

Основу СМК составляют следующие процессы:

– основные процессы:

1) проектирование, разработка и реализация основных образовательных программ;
2) научно-исследовательская деятельность;
3) воспитательная, внеучебная и спортивная работа со студентами;

– управляющий процесс:

1) управление Институтом;

– поддерживающие процессы:

1) учебно-методическое обеспечение образовательного процесса,
2) управление персоналом.

СМК основывается на процессном подходе и охватывает все основные требования международного стандарта ГОСТ ISO 9001-2015. Для этого Руководство Института определило процессы, необходимые для системы менеджмента качества.

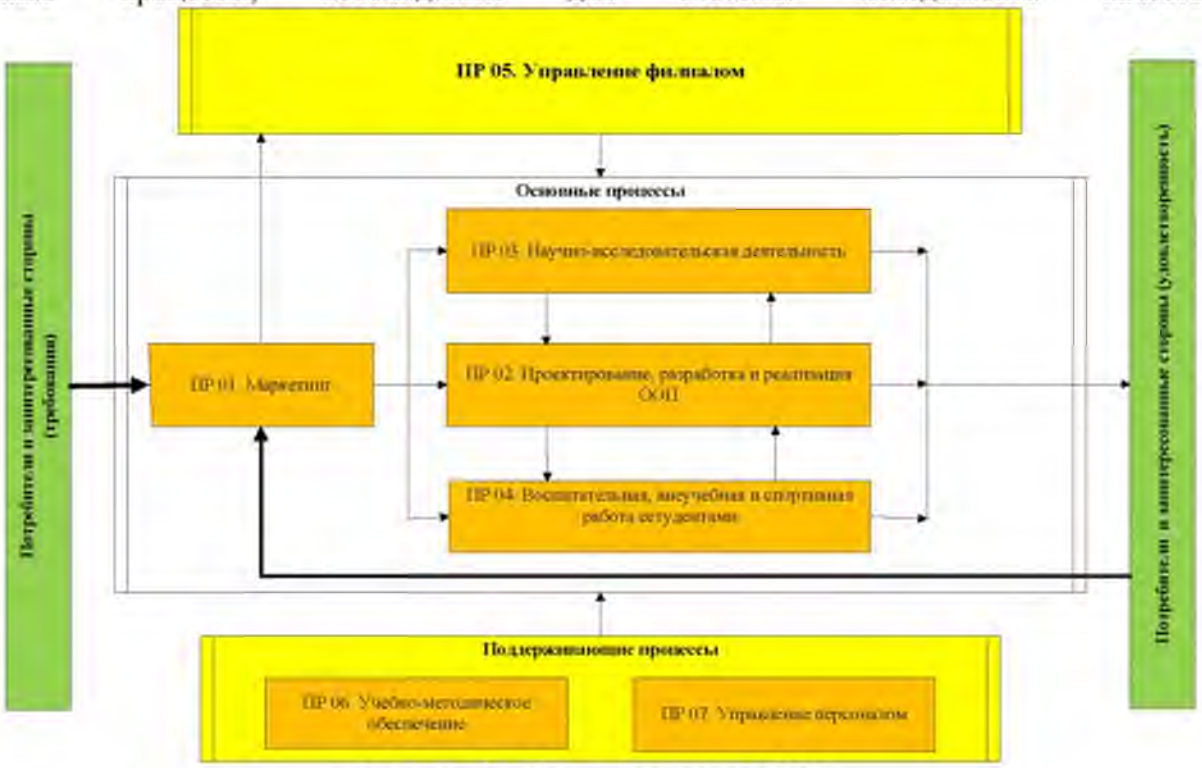


Рисунок 1 – Карта процессов СМК

Деловые процессы, их последовательность и взаимосвязь, критерии и методы, необходимые для обеспечения результативности при осуществлении этих процессов и управлении ими, ответственность и полномочия, требуемые ресурсы описаны в нормативно-локальных актах Института.

5. Ответственность руководства (лидерство)

5.1 Лидерство и приверженность

5.1.1 Лидерство и приверженность руководства Института в отношении СМК обеспечивается посредством:

– принятия ответственности за результативность СМК;
– обеспечения разработки политики и целей Института в области качества;
– обеспечения интеграции требований СМК в процессы Института;
– содействия применению процессного подхода и риск-ориентированного мышления;
– обеспечения доступности ресурсов, необходимых для системы менеджмента качества;
– распространения в организации понимания важности результативного менеджмента качества и соответствия требованиям системы менеджмента качества;
– обеспечения достижения системой менеджмента качества намеченных результатов;

– вовлечения, руководства и оказания поддержки участия работников в обеспечении результативности системы менеджмента качества;

– поддержки улучшения;

– поддержки руководителей структурных подразделений института в демонстрации ими лидерства в сфере их ответственности.

5.2 Ориентация на потребителя

Руководство Институтом демонстрирует лидерство и приверженность в отношении ориентации на потребителей посредством обеспечения того, что:

– требования потребителей, а также применимые законодательные и нормативные правовые требования определены, поняты и неизменно выполняются;

– риски и возможности, которые могут оказывать влияние на соответствие предоставляемых образовательных услуг и на способность повышать удовлетворенность потребителей, определены и рассмотрены;

– в центре внимания находится повышение удовлетворенности потребителей.

Определение потребностей и ожиданий потребителей происходит путем маркетингового исследования и изучения передового опыта других вузов. Мониторинг уровня удовлетворенности проводится с помощью анкетирования обучающихся, профессорско-преподавательского состава Института и представителей работодателей. Для обеспечения соответствия, предоставляемых Институтом образовательных услуг требованиям законодательства и ФГОС ВО и СПО, соблюдение которых необходимо для аккредитации и лицензирования образовательного учреждения, используется процедура самообследования.

5.3 Политика в области качества

Политика Института является составной частью его миссии.

При формировании политики Института в области качества учитываются следующие компоненты:

– политика, миссия и видение УралГУФК;

– миссия и видение Института;

– стратегические и оперативные планы Института;

– требования и ожидания потребителей Института и других заинтересованных сторон;

– текущие результаты анализа удовлетворенности потребителей;

– информация о результативности функционирования СМК Института за предыдущие периоды.

Политику в области качества разрабатывает руководство и утверждает директор Института (Приложение 1).

Политика, миссия и видение Института в области качества доводятся до сведения всех сотрудников Института, его партнеров и других заинтересованных сторон, размещаются на официальном сайте Института и информационных стендах на территории Института.

Ответственность за понимание политики на всех уровнях несет высшее руководство Института.

5.4 Функции, ответственность и полномочия в институте

Структура управления Института представлена в приложении 2.

Функции подразделений определены в положениях о структурных подразделениях, утвержденных установленным порядком ученым советом Института. Ответственность и полномочия должностных лиц вытекают из функций подразделений и определены в должностных инструкциях.

Кроме того, каждый сотрудник Института должен понимать значение выполняемой им работы для достижения целей в области качества, для чего вопросы качества периодически обсуждаются на заседаниях ученого совета, методического совета, директората и кафедр.

5.4.1 Представитель руководства

Приказом директора назначается представитель руководства по качеству, который несет ответственность и имеет полномочия, распространяющиеся на:

- обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии необходимых для СМК процессов;
- организацию и проведение внутренних аудитов Института;
- предоставление отчетов высшему руководству о функционировании СМК и необходимости улучшения;
- содействие распространению понимания требований потребителей всеми сотрудниками филиала;
- поддержание связи с внешними сторонами по вопросам, касающимся системы менеджмента качества;
- организацию взаимодействия высшего руководства Института с руководителями процессов при согласовании целей и ресурсов для их достижения.

6. Планирование

6.1 Действия Института в отношении рисков и возможностей

6.1.1. При планировании в системе менеджмента качества в Институте учитываются факторы и требования, идентифицируются риски и возможности, подлежащие рассмотрению для:

- обеспечения уверенности в том, что система менеджмента качества может достичь своих намеченных результатов;
- увеличения их желаемого влияния;
- предотвращения или уменьшения их нежелательного влияния;
- достижения улучшения.

6.1.2 При идентификации риска определяется следующая информация:

- наименование риска;
- вероятность риска;
- мероприятия по предотвращению.

Оценка риска представляет собой совокупность вероятности риска.

Вероятность риска определяется по шкале определения критериев вероятности риска:

Критерий вероятности	Интерпретация
Высокая	риск может возникать приблизительно один раз в месяц и чаще
Средняя	риск может возникать приблизительно 1 раз в полугодие / семестр
Низкая	риск может возникать не чаще, чем раз в год

Оценка риска осуществляется не менее 1 раза в год.

6.1.3 В работе Института определены следующие риски:

- невыполнения решений ученого совета;
- не достижения целей института;
- не прохождение институтом сертификации, инспекционного контроля СМК;
- несоответствие сведений в статистических отчета;

- снижение уровня удовлетворенности работодателей качеством подготовки выпускников;
- недостаточность учебно-методического обеспечения образовательного процесса;
- несвоевременная актуализация учебно-методического обеспечения образовательных программ;
- несоответствие основных профессиональных образовательных программ требованиям стандартов ФГОС СПО, ФГОС ВО;
- невыполнение государственного задания по набору студентов (КЦП);
- не выделение КЦП по специальностям, направлениям подготовки по результатам публичного конкурса;
- снижение уровня удовлетворённости студентов качеством обучения;
- наличие академических задолженность;
- пропуски учебных занятий обучающимися;
- недостаточный уровень знаний по результатам промежуточной аттестации;
- низкие результаты независимой оценки качества образования (ФЭПО);
- недостаточная компетентность персонала;
- высокая текучесть кадров;
- риск недостатка педагогических кадров соответствующей квалификации;
- нарушение правил внутреннего трудового распорядка.

6.1.4 В целях управления идентифицированными рисками разработаны меры по предотвращению:

- внутренние аудиты в подразделениях, позволяющие своевременно осуществлять корректирующие действия (регулярно)
- работа по анализу информации, подаваемой в статистических отчетах ВПО-1, СПО-1, ВПО-2, СПО-2, в мониторинге качества подготовки кадров СПО, в мониторинге эффективности ВО, размещаемой на официальном сайте института;
- повышение квалификации лиц отвечающих за заполнение отчетов ВПО-1, СПО-1, ВПО-2, СПО-2, в мониторинге качества подготовки кадров СПО, в мониторинге эффективности ВО (вебинары Национального аккредитационного агентства);
- повышение квалификации лиц, отвечающих за государственную аккредитацию
- взаимодействие с работодателями (проведение семинаров, совещаний);
- получение обратной связи (проведение опроса)
- внутренний аудит основных профессиональных образовательных программ
- профориентационная работа в спортивных школах, медицинских и педагогических колледжах;
- мероприятия по сохранению контингента (предоставление грантов на обучение)
- работа со студентами, имеющими академические задолженности;
- проведение анкетирования обучающихся в рамках удовлетворенности условиями, содержанием, организацией и качеством образовательного процесса
- курсы повышения квалификации и семинары на базе института;
- финансовая мотивация ППС.

6.1.5 Риски в деятельности образовательной организации представлены в Положении о системе менеджмента качества. Риски ежегодно актуализируются, согласовываются с Представителем руководства по качеству, утверждаются директором Института и размещаются в Плане работы СМК на учебный год.

6.2 Цели в области качества и планирование их достижения

Цели вытекают из Политики в области качества, являются измеримыми (или поддаются описанию), ясными, достижимыми, соотнесены с миссией и имеют временные рамки их достижения. Их выполнение периодически анализируется на заседаниях ученого и методического советов Института, директората, где вырабатываются необходимые корректирующие действия.

Руководство Института последовательно согласовывает проекты целей с руководителями структурных подразделений, отвечающих за функционирование процессов.

6.2.1 Планирование

Руководство планирует деятельность Института таким образом, чтобы обеспечить наибольшую результативность за счет повышения управляемости процессов, оптимального распределения ресурсов, мотивированного участия всего коллектива в достижении поставленных целей.

Планы Института и его структурных подразделений своевременно формируются, утверждаются установленным порядком, в них предусматривается достижение целей в области качества. Предусмотрены следующие виды планов:

– план работы Института на учебный год;

– планы структурных подразделений на учебный год;

– индивидуальные планы работы преподавателей.

В планах указываются цели в области качества, установленные в измеримой форме для каждого вида деятельности, мероприятия, ответственные, сроки выполнения, необходимые ресурсы.

По результатам выполнения запланированных мероприятий проводится анализ с установленной периодичностью, анализ служит основой для улучшений и корректирующих действий. Анализ проводится руководителями процессов и утверждается на заседании ученого совета Института.

7. Средства обеспечения

7.1 Обеспечение ресурсами

К средствам обеспечения относятся ресурсы, компетентность, осведомленность, обмен информацией и документированная информация

7.1.1 Ресурсы

Деятельность Института обеспечивается следующими ресурсами:

- квалифицированные педагогические работники;
- оборудование, техника и средства связи, необходимые для выполнения работ, а также сооружения и услуги, необходимые для деятельности образовательной организации;
- подходящие социальные, психологические условия, а также физические факторы;
- средства мониторинга и измерений;
- информационные ресурсы;
- финансовые ресурсы.

7.1.2 Человеческие ресурсы

7.1.2.1 К человеческим ресурсам Института относятся профессорско-преподавательский состав и вспомогательный персонал. В своей деятельности персонал руководствуется политикой в области качества, документированной информацией системы менеджмента качества, федеральными законами и иной нормативной правовой документацией.

7.1.3 Материальные ресурсы

7.1.3.1 К материальным ресурсам Института относятся инфраструктура, материально-техническое и учебно-методическое обеспечение.

7.1.3.2 Ответственность за инфраструктуру и материально-техническое обеспечение, необходимое для выполнения требований к качеству управления Институтом, лежит на заместителе директора по административно-хозяйственной работе.

Инфраструктура Института включает в себя:

- здания и связанные с ними инженерные сети и системы;
- оборудование, включая технические и программные средства;
- информационные и коммуникационные технологии;
- транспорт;
- средства охраны и обеспечения безопасности.

7.1.3.3 Определение материально-технического обеспечения, необходимого для достижения соответствия требований к качеству процессов, осуществляется подразделениями Института.

7.1.3.4 Ответственность за учебно-методическое обеспечение, необходимое для достижения соответствия требований к качеству образовательной деятельности Института, лежит на председателе методического совета. Сюда относятся:

- научная и научно-методическая литература;
- библиотечное и информационное обслуживание;
- электронная информационно-образовательная среда Института;
- средства автоматизации управления образовательным процессом.

7.1.4 Среда для функционирования процессов

В университете определена, создана и поддерживается среда, необходимая для функционирования процессов и достижения соответствия требованиям к образовательному процессу.

Подходящая среда представляет собой сочетание человеческих и физических факторов, таких как:

- социальные (спокойствие, бесконфликтность и др.);
- психологические (снижение уровня стресса, эмоциональная защита и др.);
- физические (например, температура, тепловой поток, влажность, освещение, движение воздуха, гигиена, шум).

Для обеспечения необходимых условий производственной среды осуществляется периодический контроль соответствия нормативам и санитарным правилам путем проведения специальной оценки условий труда в соответствии с законодательными актами Российской Федерации (в т.ч. Федеральный закон от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда»).

7.1.5 Ресурсы для мониторинга и измерения

7.1.5.1 Общие требования

Когда мониторинг или измерения используются для подтверждения соответствия услуг и продукции требованиям, Институт определяет и предоставляет ресурсы, необходимые для обеспечения надежных и имеющих законную силу результатов.

Институт обеспечивает, чтобы предоставленные ресурсы:

а) были пригодными для конкретных действий по мониторингу и измерению;

б) поддерживались пригодными для предусмотренных целей.

Институт регистрирует и сохраняет соответствующую документированную информацию как свидетельство пригодности ресурсов для мониторинга и измерения.

При контроле освоения материала дисциплин используются внутренние инструменты оценки качества образования (п. 5.4 Положения о порядке проведения внутренней оценки качества образования в Екатеринбургском институте физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК»). Соответствие внутренних инструментов оценки качества образования требованиям образовательных стандартов и рабочих программ дисциплин обеспечивают их разработчики и структурные подразделения, в которых они работают.

7.1.5.2 Прослеживаемость измерения

В тех случаях, когда прослеживаемость измерения является требованием или рассматривается Институтом в качестве важного элемента для обеспечения уверенности в правомочности результатов измерения, измерительное оборудование:

- калибруется и/или поверяется в установленные периоды или перед его использованием в организациях, имеющих на это право;
- идентифицируется в целях установления их статуса;
- защищается от регулировок, которые могут привести к получению недействительных результатов измерений;
- защищается от регулировок, повреждения и ухудшения состояния, которые сделали бы недействительными статус калибровки и последующие результаты измерений.

При обнаружении непригодности оборудования для применения по его прямому назначению определяется правомочность результатов предыдущих измерений и при необходимости предпринимаются соответствующие действия.

7.1.6 Знания Института

При рассмотрении изменяющихся тенденций и требований к процессу обучения и его результатам в институте регулярно проводится оценка текущего уровня знаний и определяется возможность и способ получения и/ или обеспечения доступа к дополнительным знаниям и их необходимым обновлениям.

Так, в институте ведется подписка на новые издания журналов и другой научной литературы. В университет обеспечена доступность знаний в необходимом объеме путем проведения ЭИОС, содержащей обновления и актуальные знания.

Помимо перечисленных источников, в университете существуют:

- внутренние источники знаний (например, интеллектуальная собственность; знания, полученные из опыта; выводы, извлеченные из неудачных или успешных проектов; сбор и обмен недокументированными знаниями и опытом на совещаниях или в ходе личных бесед; результаты улучшений процессов и услуг, опрос выпускников и др.);
- внешние источники (например, участие в конференциях, семинарах, а также анализ обратной связи от работодателей).

7.2 Компетентность

7.2.1 Компетентность и подготовка персонала, выполняющего работу, влияющую на качество, обеспечивается:

– определением необходимой компетентности персонала, что находит свое отражение в Положениях о подразделениях, должностных инструкциях и иных документах;

– подбором персонала в соответствии с определенной необходимой компетентностью;

– проведением обучения персонала и других действий, направленных на повышение компетентности и подготовки (занятия, конференции, семинары, обмен опытом и т. д.);

– оцениванием результативности принятых мер путем проведения самообследования.

7.2.2 Компетентность и подготовка персонала, выполняющего работу, влияющую на качество образования, обеспечивается в виде:

– самостоятельного обучения;

– обучения в аспирантуре и докторантуре с целью подготовки кадров высшей квалификации;

– направления преподавателей на курсы повышения квалификации;

– посещения занятий опытных преподавателей;

– проведения открытых занятий;

– проведения научно-методических конференций.

Ответственность за организационно-методическое обеспечение подготовки и аттестации кадров в Институте несут декан факультета повышения квалификации, заведующие кафедрами и директор.

7.2.1.4 Документы, подтверждающие компетентность и подготовку персонала регистрируются и хранятся в личных делах работников в отделе кадров Института.

7.2.1.5 Институт обеспечивает, чтобы персонал был осведомлен:

– о политике в области качества;

– соответствующих целях в области качества;

– своем вкладе в результативность СМК, включая пользу от улучшения результатов деятельности;

– последствиях несоответствия требованиям СМК.

7.3 Осведомленность

7.3.1 Институт обеспечивает своевременное доведение информации, необходимой для функционирования процессов, результативности СМК до своих сотрудников и заинтересованных лиц посредством:

– размещения информации на сайте;

– публичного принятия решений и обсуждения результатов анализа деятельности на советах всех уровней;

– публикации принятых решений и их рассылки по соответствующим подразделениям по корпоративной электронной почте;

– доведения распорядительных документов до сведения работников, а также иное документационное обеспечение.

7.4 Обмен информацией

Институт определяет порядок внутреннего и внешнего обмена информацией, относящейся к СМК, включая:

а) какая информация будет передаваться;

б) когда будет передаваться информация;

в) кому будет передаваться информация;

г) каким образом она будет передаваться;

д) кто будет передавать информацию.

Обмен информацией осуществляется посредством:

- устного общения (на заседаниях кафедр, Ученого совета, Методического совета, на совещаниях в структурных подразделениях);

- телефонной связи и электронной почты;

- размещения информации на сайте Института и в локальной сети;

- размещения информации на стендах;

- рассылки внутренней, входящей и исходящей документации, а также передачи записей.

Кроме установленной документации (включая записи), письменных и устных распоряжений директора, важными каналами распространения управленческой информации являются заседания ученого совета и методического совета Института, директората, кафедр.

7.5 Документированная информация

7.5.1 Система менеджмента качества университета включает:

- документированную информацию, требуемую МС ИСО 9001:2015 и настоящим Положением;
- документированную информацию, определенную Институтом как необходимую для обеспечения результативности системы менеджмента качества.

С целью обеспечения наличия свидетельств принятия обязательств по разработке и внедрению СМК, а также постоянному улучшению ее результативности в филиале используется следующая документация:

- заявления о политике и целях в области качества;
- положение о системе менеджмента качества;
- прочие нормативно-локальные акты Института;
- должностные инструкции;
- методические рекомендации;
- формы документов.

7.5.2 Оформление документов системы качества

Для оформления документа разработаны принципы, благодаря использованию которых достигается его однозначная идентификация и восстанавливаемость, а также обеспечивается его проверка на адекватность и утверждение до ввода в действие.

Оформление документа СМК включает в себя:

- заполнение колонтитула документа;
- разработку текста документа;
- графическое описание процедур (при необходимости), с использованием символьных обозначений.

7.5.3 Управление документированной информацией

Разработана Инструкция по делопроизводству, в которой установлены порядок разработки, идентификации, утверждения, рассылки, хранения, защиты, актуализации и изъятия документов и записей. Предусмотрены меры по недопущению использования устаревших документов, и обеспечению полноты управленческой информации.

Для обозначения документов СМК используется система идентификации, приведенная на рисунке 2.

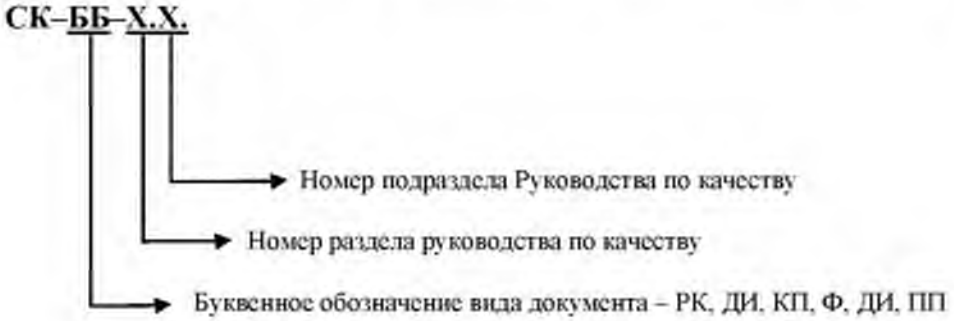


Рисунок 2 – Система идентификации документации СМК

Аббревиатура «СК» в идентификаторе документа показывает, что данный документ входит в состав документации системы качества Института.

Документы системы качества оформляются в соответствии со своими электронными шаблонами. Формы всех документов приводятся в Инструкции по делопроизводству.

Все документы хранятся в установленных местах, в соответствии с номенклатурой дел Института, постоянно доступны для исполнителей и администрации. Установлены ответственные за исполнение и хранение документов.

Ответственным за организацию разработки и введение процедуры в действие является представитель руководства по качеству.

Распределение полномочий и должностных лиц по управлению документацией приведено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение полномочий по управлению документацией

Отдел, должностное лицо	Полномочия
Специалист по качеству	Специалист по качеству ответственен за: - актуализацию всей документации СМК; - проверку всей документации на соответствие требованиям стандартов в области качества (МС ИСО 9001, ENQA и др.); - актуализацию Положения о системе менеджмента качества.
Руководители подразделений	Каждый руководитель ответственен за: - адаптацию существующей документации изменяющимся требованиям совместно со специалистом по качеству; - разработку новой документации СМК для своей области совместно со специалистом по качеству; - внесение изменений в документацию своей области; - рассылку актуализированной документации в пределах своей области ответственности; - информирование и соответствующее обучение персонала, к которому относятся изменения.
Все сотрудники	Все сотрудники ответственны за: - применение исключительно актуализированной документации СК; - применение только оригиналов разрешенных документов (копирование запрещено, так как впоследствии копии не подлежат актуализации).

Документы системы качества - оформляются в соответствии со своими электронными шаблонами. Формы всех документов приводятся в «Инструкции по делопроизводству в организации».

Первый лист является титульным листом, верхний колонтитул которого содержит наименование и знак организации:

Эмблема организации	<Ведомственная принадлежность образовательного учреждения>
	<Наименование образовательного учреждения>
	<Вид документа>
	<Наименование процесса/подраздела>
Код документа	<Наименование процедуры>

Титульный лист содержит следующие реквизиты:

УТВЕРЖДЕНО
решением Ученого совета Екатеринбургского института физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК»
(протокол от «__»_____ 20__ г. №__)

Директор Екатеринбургского института физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК»
_____И.Ю. Сазонов
«__»_____ 20__г.

<Вид документа>
СИСТЕМА КАЧЕСТВА
<Наименование документа>
<Код документа.>
Версия <00>
Дата введения: <Дата введения документа>

СОГЛАСОВАНО
Ответственный
_____И.О.Ф.
«__»_____ 20__г.

Екатеринбург, 20__

При утверждении документа гриф утверждения состоит слов «УТВЕРЖДЕН» («УТВЕРЖДЕНА», «УТВЕРЖДЕНЫ» или «УТВЕРЖДЕНО») в соответствии с Инструкцией по делопроизводству.

В нижнем колонтитуле первой страницы документа в графе «Разработал», «Утвердил» указываются фамилии должностных лиц, разработавших и утвердивших документ, даты подписания и номер актуальной версии документа, кроме того, указываются классификация документа, номер текущей страницы и общее число страниц документа.

	Должность	Фамилия / Подпись		Дата
Разработал	<Разработчик документа>			
Проверил	<Представитель руководства по качеству>			
Согласовал	<Руководитель процесса>			
Версия: 1.0.	Без подписи документ действителен 8 часов после распечатки. Дата и время распечатки:	КЭ№___	УЭ №_____	Лист 19 из 44

На всех последующих листах верхний колонтитул имеет следующий вид:

Эмблема организации	<Наименование организации>
	ДП <наименование документированной процедуры>
	<Код документа>

В нижнем колонтитуле указываются номер актуальной версии документа, номер текущей страницы и общее число страниц документа.

Приложения к документам могут содержать информацию любого типа и вида (например: графические схемы, рисунки, приказы, алгоритмы и т.п.), необходимую для более полного и адекватного понимания содержания документа, к которому они относятся.

Копии должностных инструкций выдаются сотрудникам, непосредственно занимающим данную должность, оригиналы хранятся в личных делах в отделе кадров.

8. Процессы жизненного цикла

8.1 Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла предоставляемых услуг

Процессы жизненного цикла продукции в сфере образования будем толковать как процессы, направленные на выпуск качественного специалиста в соответствии с выбранной специальностью.

Основой для планирования образовательной деятельности является перечень процессов, управление которыми осуществляется в рамках СМК. Описание, последовательность и взаимодействие процессов приведено в нормативно-локальных актах Института. Отдельные мероприятия, связанные с планированием образовательных, научных и воспитательных процессов, включаются в план работы Института, нормативно-локальные акты (для стандартных процедур), планы структурных подразделений на учебный год и индивидуальные планы работы преподавателей.

8.2 Требования к продукции и услугам

8.2.1 Связь с потребителями

Связь с потребителями включает в себя:

- обеспечение информацией об оказываемых услугах;
- обработку запросов, на осуществления образовательной деятельности, включая их изменения;
- получение отзывов об услугах от потребителей, включая претензии потребителей;
- обращение или управление собственностью потребителей (документы об образовании);
- установление специальных требований к действиям, предпринимаемым в непредвиденных обстоятельствах, где это уместно (во внутренней документации).

8.2.2 Определение требований, относящихся к выпускаемым специалистам

Определение потребностей и ожиданий потребителей происходит исходя из общих требований Гражданского законодательства Российской Федерации и, в частности, Федерального закона РФ о защите прав потребителей, на основе ФГОС ВО, ФГОС СПО, а также путем маркетингового исследования и изучения передового опыта других вузов.

8.3 Проектирование и разработка

8.3.1 Разработку образовательных программ осуществляют ведущие преподаватели Института, работающие по образовательным программам, ответственность за разработку несут заведующие выпускающими кафедрами, за своевременное согласование – начальник учебного отдела.

Анализ и утверждение происходит на заседании методического совета Института, ответственность за утверждение лежит на заместителе директора по учебной работе.

8.4 Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемые внешними поставщикам

Планирование и регулирование деятельности по приобретению, учету, хранению и использованию материально-технических ресурсов осуществляется для обеспечения учебного процесса в необходимых объемах в установленные сроки и за приемлемую цену в соответствии с лицензионными, аттестационными требованиями, аккредитационными показателями и финансовыми возможностями.

Выбор поставщиков производится на основе оценки их способности удовлетворять установленные требования к качеству закупаемой продукции.

Сбор заявок от руководителей подразделений, заказ, приобретение и хранение основных и вспомогательных материалов для Института осуществляется бухгалтерией.

Закупки осуществляются единой комиссией по организации закупок на основе Федерального закона № 94-ФЗ от 21.07.2005г.

8.5 Научная и образовательная деятельность

8.5.1 Управление научной и образовательной деятельностью

Управление научной и образовательной деятельностью происходит по процессам «Проектирование, разработка и реализация основных образовательных программ» и «Научно-исследовательская деятельность», которые описаны в следующих положениях:

- Положение о порядке организации и осуществления образовательной деятельности;
- Положение об участии обучающихся;
- Положение о реализации дисциплин (модулей) по физической культуре и спорту для обучающихся, осваивающих образовательные программы по очной, заочной форме обучения, а также для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- Положение о контактной работе профессорско- преподавательского состава с обучающимися;
- Положение об обучении по индивидуальному плану;
- Положение об ускоренном обучении;
- Положение о реализации факультативных и элективных дисциплин основных образовательных программ;
- Положение о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата;
- положение об индивидуальном учете результатов освоения обучающимися образовательных программ и поощрений обучающихся, а также хранении в архивах информации об этих результатах и поощрениях на бумажных и (или) электронных носителях;
- положение о текущего контроля и промежуточной аттестации, обучающихся;
- положение о порядке зачета результатов освоения обучающимися учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), практик в других организациях, осуществляющих образовательную деятельность»;
- положение об аттестационной комиссии;
- положение о порядке перевода, отчисления и восстановления, обучающихся;
- Положение об электронном портфолио обучающихся;
- Положения о структурных подразделениях;
- Положение о балльно-рейтинговой системе;
- Положение о научно-исследовательской работе;
- Положение о научно-исследовательской работе студентов.

Основными распорядительными документами Института являются протоколы ученого совета, методического совета, протоколы заседаний кафедр. Директор подписывает основные документы по ключевым вопросам, касающимся научной и образовательной деятельности Института. План распределения учебной и научной нагрузки профессорско-преподавательского состава и план учебных занятий утверждается заместителем директора по учебной работе.

Проведение работ в семестрах осуществляется в соответствии с Положением об Институте, требованиями ФГОС ВО, ФГОС СПО и утвержденными в соответствующем порядке учебными планами и программами.

8.5.2 Идентификация и прослеживаемость

Ответственность за осуществление деятельности по идентификации и прослеживаемой научных и учебных работ несут заведующие кафедрами.

Ответственность за обеспечение прослеживаемости хранимых в Институте ресурсов и материалов возлагается на материально-ответственное лицо.

Прослеживаемость трудоустройства выпускников осуществляет начальник отдела практики и стажировки.

8.5.3 Собственность потребителя

Документы, являющиеся собственностью потребителя, включают в себя:

- документы, сданные обучающимися при поступлении, такие как удостоверения, дипломы предыдущих уровней образования, личные документы (свидетельство о рождении, паспорт);

- медицинские справки, свидетельства и удостоверения, полученные обучающимися в процессе обучения.

Личные документы сдаются абитуриентами во время приемной компании техническим секретарям под расписку. Из них формируется личное дело, которое впоследствии, по окончании приемной кампании, передается в отдел кадров для дальнейшего хранения по акту приема-передачи личных дел.

Содержание и хранение этих элементов собственности потребителей предупреждает возможность их утраты или повреждения за счет содержания в соответствующих помещениях, исключающих допуск посторонних лиц.

8.6 Выпуск образовательных услуг

Выпуск образовательных услуг осуществляется в соответствии с требованиями Законодательства РФ, ФГОС, с потребителем соответствующих видов деятельности на основании документов проектирования.

В Институте внедрены запланированные мероприятия на соответствующих этапах обучения в целях верификации выполнения требований к образовательной деятельности. Верификация проводится путем промежуточного контроля и аттестации в соответствии с требованиями внутренних нормативных документов: Положение о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата.

Выпуск студента (слушателя), не в полном объеме освоившего образовательную программу, невозможен до тех пор, пока не завершена реализация всех запланированных мероприятий с удовлетворительными результатами

8.7 Управление несоответствующими результатами процессов

Под несоответствующими результатами процессов в Институте понимается:

- отчисленный по инициативе Института студент (слушатель) до завершения освоения образовательной программы;

- студент (слушатель), полностью завершивший теоретический курс обучения, но не прошедший итоговую государственную аттестацию.

Институт обеспечивает идентификацию несоответствующего результата процесса в о периоде обучения.

9. Оценка результатов деятельности

9.1 Мониторинг, измерение, анализ и оценка

Применяемые в рамках всех процессов Института процедуры мониторинга и измерений, анализа и улучшений обеспечивают демонстрацию качества основных видов деятельности, соответствие системы менеджмента качества и постоянное повышение результативности СМК.

9.1.1 Управление средствами мониторинга и измерений

Мониторинг и измерение продукции осуществляется на всех стадиях образовательного процесса:

- при приеме студентов (слушателей) (результаты сдачи вступительных экзаменов и/или результаты ЕГЭ и т.п.);

- в процессе обучения (например, документированной информацией являются результаты зачетно-экзаменационных сессий в соответствии с «Положение о текущего контроля и промежуточной аттестации, обучающихся»;

- по завершению всех запланированных мероприятий (например, в соответствии с Положение о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата).

Свидетельством освоения выпускником (слушателем) образовательной программы в полном объеме являются протоколы итоговой государственной аттестации и приложения к дипломам об образовании и/или о профессиональной переподготовке.

Мониторинг и измерение процессов системы менеджмента качества образовательной организации осуществляют руководители процессов. Результаты деятельности анализируются на заседаниях ученого совета.

Если запланированные результаты не достигнуты, осуществляются действия для достижения запланированных результатов через коррекции и/или корректирующие действия.

Анализ результативности процессов системы менеджмента качества проводится 1 раз в год при проведении анализа со стороны руководства

9.1.2 Удовлетворенность потребителей

В Институте проводится мониторинг данных, касающихся восприятия потребителями степени удовлетворения их потребностей и ожиданий.

В Институте разработаны методы получения и мониторинга через:

- сбор и анализ отзывов (благодарности, отзывы, претензии на бумажном носителе, зарегистрированные в качестве входящей корреспонденции, а также проведение в университете Дней открытых дверей);

- анкетирование работодателей, студентов (слушателей), профессорско-преподавательского состава;

- анализ результатов мониторинга эффективности, мониторинга системы подготовки кадров, аккредитационного мониторинга.

Организация и проведение оценивания результативности и эффективности организации и уровня зрелости системы менеджмента качества осуществляется по результатам анализа.

9.1.3 Мониторинг и измерение процессов

Ключевые процессы Института подвергаются мониторингу и измерениям, путем проведения внутренних аудитов и процедуры самообследования.

В основе выбора методов измерения и анализа данных в филиале лежат принципы предотвращения появления несоответствий и ясной интерпретации результатов анализа. Первый принцип предполагает, что в каждом случае при выборе конкретных методов измерения и анализа предпочтение отдается тем методам, которые позволят осуществлять предупреждающие действия. Второй предполагает возможность получения адекватных знаний о процессе.

Информация, полученная при мониторинге и измерениях процессов, используется при анализе данных.

Координация работ и методическое руководство по мониторингу и измерениям процессов возложено на представителя руководства по качеству.

9.1.4 Мониторинг и измерение качества продукции

Измерение и контроль характеристик качества продукции с целью проверки выполнения требований к ней проводится на соответствующих этапах процессов, связанных с профессиональной подготовкой студентов в соответствии с требованиями ФГОС ВО и СПО.

Сюда относится:

- текущий контроль успеваемости;
- проведение рубежной и промежуточной аттестации;
- проведение государственной итоговой аттестации и отчет ГЭК;
- независимая оценка качества образования;
- рецензирование и оценка выпускных квалификационных и дипломных работ;
- оценка прохождения практики.

Информация, полученная при мониторинге и измерениях, используется при анализе данных.

Координация работ и методическое руководство по мониторингу и измерениям возложено на представителя руководства по качеству.

9.1.5 Анализ и оценка

Данные, полученные в результате мониторинга, анализируются на советах института всех уровней. В результате анализа формируются ежегодные отчеты по всем видам деятельности.

9.2 Внутренний аудит

9.2.1 Общие положения

Цель настоящей процедуры – определить и документально зафиксировать порядок проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества.

Настоящая процедура устанавливает единый порядок подготовки и проведения внутренних аудитов, регламентирует аудиторскую деятельность, устанавливает обязанности, ответственность и права главного аудитора, аудиторской группы, руководителя аудитируемого подразделения, порядок подготовки внутренних аудиторов.

Аудиты (проверки) применяются для определения степени выполнения требований к системе менеджмента качества. Наблюдения аудитов (проверок) используются для оценки

эффективности СМК и определения возможностей для улучшения. Внутренние аудиты служат основой для декларирования филиалом о своем соответствии требованиям СМК.

В соответствии с требованиями стандарта МС ИСО 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования» организация должна проводить внутренние аудиты (проверки) через запланированные интервалы времени в целях установления того, что система менеджмента качества:

а) соответствует запланированным мероприятиям, требованиям стандарта МС ИСО 9001:2015 Системы менеджмента качества. Требования и требованиям к СМК, разработанным Екатеринбургским институтом физической культуры (филиал)ФГБОУ ВО «УралГУФК»;

б) внедрена результативно и поддерживается в рабочем состоянии.

Систематически проводимые внутренние аудиты предназначены для обеспечения руководства Института объективной и своевременной информацией о степени соответствия деятельности в системе качества и ее результатов установленным требованиям.

Целью внутреннего аудита является оценка и улучшение собственных возможностей улучшения качества, в том числе:

- обмен опытом внутри организации через обсуждение результатов внутренних аудитов и доведение выявленных несоответствий до всех заинтересованных подразделений;
- поиск возможностей для улучшения с целью снижения потерь и повышения эффективности процессов;
- передача положительного опыта между подразделениями Института при проведении аудитов;
- соблюдение законодательных требований.

Для этого проверяется:

- соответствие описанной в документации СМК деятельности требованиям нормативной базы управления качеством в образовательном учреждении (стандарты и директивы ENQA, стандарт МС ИСО 9001:2015 и иные стандарты и нормативные акты, определяющие требования к системе качества образовательного учреждения);
- соответствие описанной в СМК деятельности подразделений - фактической.

В Институте внутреннему аудиту подлежат следующие процессы:

- проектирование, разработка и реализация образовательных программ;
- воспитательная, внеучебная и спортивная работа со студентами;
- научно-исследовательская деятельность;
- управление персоналом;
- учебно-методическое обеспечение;
- управление филиалом;
- маркетинг.

Внутренний аудит отдельных процессов или видов деятельности в рамках процессов может по решению руководства Института дополняться и / или заменяться иными формами контроля:

- периодические проверки (плановые или внеплановые) подразделений, отдельных сотрудников и видов деятельности в рамках процессов образовательного учреждения;
- инспекции подразделений или видов деятельности в рамках процессов образовательного учреждения;
- комиссии по анализу эффективности деятельности подразделений и результативности видов деятельности в рамках процессов образовательного учреждения;
- процедура самообследования;

- процедура мониторинга эффективности образовательного учреждения;
- процедура лицензирования и аккредитации образовательного учреждения;
- анализ соответствия основных образовательных программ, учебных планов, учебно-методических комплексов по дисциплинам требованиям ФГОС и ГОС ВПО и СПО проводится на заседаниях Методического совета в соответствии с планом работы.

Аудит базируется на использовании определенных принципов:

1. Независимость – основа беспристрастности аудита и объективности заключений по результатам аудита. Аудиторы являются независимыми от проверяемой деятельности и свободными от пристрастий и конфликтов интересов. Аудиторы поддерживают объективность мышления в течение процесса аудита, тем самым способствуя тому, чтобы наблюдения и заключения по результатам аудита были основаны только на свидетельствах аудита.

2. Подход, базирующийся на доказательствах – рациональный метод достижения надежных и воспроизводимых заключений по результатам аудита в процесса систематического аудита;

3. Свидетельства аудита проверяемы. Так как аудит проводится в течение ограниченного периода времени и с ограниченными ресурсами, они основаны на выборке имеющейся информации. Объем выборки тесно связан с надёжностью заключения по результатам аудита.

Внутренние аудиторы назначаются приказом директора Института.

Внутренние аудиторы не могут проверять свою собственную деятельность.

Аудит может проводить один аудитор или группа аудиторов. Руководителем группы аудиторов в этом случае является главный аудитор.

Внутренние аудиторы должны ответственно подходить к сохранению конфиденциальной информации, если она имеется.

Внутренний аудитор несет ответственность в рамках выполняемой деятельности за выполнение плана аудита, достоверность и объективность информации по внутреннему аудиту.

Задачи аудитора

- отвечать требованиям аудита;
- эффективно и рационально планировать и осуществлять аудит;
- протоколировать аудит;
- сделать отчет;
- удостоверится в действенности мер по исправлению недостатков (по итогам прошлых аудитов);
- обеспечивать сохранность документов (предъявлять, обеспечивать конфиденциальность);
- сотрудничать с руководством аудита;
- проверка мероприятий менеджмента качества путем опроса и наблюдения;
- сбор подтверждений и доказательств;
- экспертиза принятых мер;
- «взвешивание» отклонений;
- определение выполнения поставленных целей.

9.2.2 Проверка документации СМК (аудит адекватности)

Проверка документации СМК осуществляется в соответствии с программой и планом аудита. Документация СМК должна удовлетворять требованиям Положения о системе менеджмента качества, а также Инструкции по делопроизводству и Сводной номенклатуры дел Института.

При аудите адекватности проверка документов осуществляется по следующим позициям:

- проверка комплектности и полноты документов;
- внешний вид документов;
- соответствие документов установленным правилам оформления;
- соответствие названия, обозначений, структурного построения документа;
- наличие подписей, их расшифровок, дат и должностей разработчиков, проверяющих, согласующих и утверждающих документ;
- использование точных и однозначных терминов и определений;
- обеспечение непрерывности при различных процессах (деятельности);
- описание процесса с достаточным уровнем детализации (оно должно соответствовать компетентности персонала, выполняющего процесс);
- наличие условий для функционирования СМК (деятельность, документальные требования к деятельности и ее результатам, обученный персонал, ресурсы, документирование деятельности, способы проверки и взаимодействие при выполнении процесса, установленная ответственность персонала).

Выявленные несоответствия в документах протоколируются аудитором (в чек-листах или иных рабочих записях). По результатам аудита адекватности главный аудитор корректирует (при необходимости) план проведения аудита соответствия.

9.2.3 Аудит соответствия

При аудите соответствия устанавливается степень, с которой СМК понята, внедрена и соблюдается персоналом (фактическое выполнение персоналом требований, установленных в документации СМК организации).

Выявленные несоответствия протоколируются аудиторами заносятся (в чек-листах или иных рабочих записях).

9.2.4 Порядок проведения внутренних аудитов

Деятельность по процессу складывается из следующих видов работ:

1. Планирование программы внутренних аудитов;
2. Составление плана внутреннего аудита;
3. Организация и проведение аудита;
4. Составление отчета по аудиту.

Графическое описание процедуры представлено в приложении Г.

9.2.5 Планирование программы внутренних аудитов на учебный год

Программа аудита включает серию аудитов, проводимых в течение учебного года. Программа аудитов составляется с учетом Плана работы института и Политики в области качества. Она включает выборочную проверку идентифицированных процессов СМК. При составлении программы учитывается статус и важность процессов и процессов и подразделений, подлежащих проверке, результаты предыдущих аудитов, а также результаты внешних аудитов.

Программа внутренних аудитов СМК ежегодно составляется специалистом по качеству (приложение 5), согласовывается с представителем руководства по качеству (по объему и продолжительности процедуры) и руководителями процессов и / или подразделений (по дате и времени проверки на местах) и представляется на утверждение директору Института. В существенных, с точки зрения качества, случаях программа внутренних аудитов может корректироваться в оперативном порядке.

Сотрудники Института должны быть своевременно ознакомлены с содержанием программы аудитов. С этой целью специалист по качеству согласовывает проект программы с

руководителями аудитируемых процессов / подразделений, после чего утверждённая программа размещается в локальной сети института в общем доступе в формате .PDF не позднее, чем за 10 дней до проведения аудитов.

9.2.6 Составление плана внутреннего аудита

Основанием для проведения внутренних аудитов филиала является программа аудита. Внеплановые аудиты проводятся в случаях приказа директора, проверки выполнения корректирующих действий, заявки от руководителя подразделения.

Планирование конкретных аудитов осуществляется главным аудитором. План оформляется согласно приложению 6. и включает в себя описание объема, целей проверки, критериев аудита, методов проведения аудита, указание на место, сроки проведения проверки и на состав группы аудиторов, а также соответствующие должностные лица, ответственные за проведение аудита на месте.

План утверждается представителем руководства по качеству. План согласовывается с руководителем проверяемого подразделения или процесса минимум за неделю до начала аудита. В случае возникновения разногласий по содержанию плана проверки главный аудитор совместно с руководителем проверяемого подразделения вносят согласованные изменения в план.

План одновременно является уведомлением об аудите. Копия плана остается у руководителя подразделения, который оповещает своих сотрудников о предстоящей проверке и готовит необходимые документы.

9.2.7 Подготовка и проведение аудита

Подготовка к проведению аудита включает в себя подготовку рабочих документов, которые включают в себя:

- план аудита;
- чек-лист, куда входит опросник и поле для фиксации свидетельств аудита.

Чек-лист является рабочим документом, оформляется и заполняется в произвольном порядке. При необходимости аудиторы могут заранее предоставить проверяемым должностным лицам перечень вопросов аудита.

Внутренний аудит СМК начинается с проведения вступительного совещания аудиторов с руководителем и персоналом проверяемого подразделения или процесса. На совещание производится разъяснение целей и методов проверки, уточняются детали намеченного плана, порядок предоставления документов, материалов и т.п.

В процессе проведения проверки производится сбор объективных доказательств посредством опроса персонала проверяемого подразделения (должностного лица), изучения документов и наблюдения. При этом обязательно проводится проверка порядка выполнения деятельности, ведения документов и записей, методов контроля качества выполнения работ персоналом проверяемого подразделения. При согласии проверяемых лиц и при возникновении необходимости объем аудита может быть расширен.

Все данные, полученные при проверке, должны фиксироваться и согласовываться с проверяемыми должностными лицами. Формулировки должны быть конкретными и указывать на степень соответствия проверяемого процесса требованиям документации СМК. Записи должны быть пригодны для обсуждения и оформления заключения по результатам аудита.

В конце проведения проверки руководитель группы аудиторов обсуждает с аудиторами и руководителем подразделения результаты, анализирует обнаруженные несоответствия, уточняет, какие документы, разделы или пункты были нарушены.

Свидетельства аудита должны быть оценены с точки зрения критериев аудита для формирования наблюдений аудита.

Наблюдения аудита могут указывать либо на соответствие, либо на несоответствие критериям аудита. Если это было определено целями аудита, наблюдения аудита могут указывать на возможности для улучшения.

Отдельные наблюдения аудита о соответствии и подтверждающие его свидетельства также должны регистрироваться.

9.2.8 Оформление результатов аудита

По результатам проверки готовится отчет по аудиту. Форма отчета представлена в приложении 8.

Отчет должен содержать:

а) цели аудита;

б) объем аудита, в частности идентификацию проверенных подразделений или процессов и охваченный период времени;

в) идентификацию руководителя и членов аудиторской группы;

г) даты и места, где проводился аудит на местах;

д) критерии аудита;

е) наблюдения аудита;

ж) заключение по результатам аудита, формулировки о степени соответствия проверяемой деятельности конкретным требованиям документации СМК Института.

Отчет может содержать рекомендации по улучшению деятельности в рамках проверяемого подразделения или процесса.

Отчет по результатам внутреннего аудита оформляется в течение трех рабочих дней после окончания проверки в одном экземпляре, который готовится главным аудитором, согласовывается с руководителем проверяемого процесса или подразделения и утверждается представителем руководства по качеству. Копия утвержденного отчета передается руководителю проверяемого процесса и / или подразделения.

В заключение главный аудитор обобщает информацию из отчетов по результатам внутреннего аудита и предоставляет ее на анализ руководству в виде доклада на заседании Ученого совета. Специалист по качеству включает анализ результатов внутреннего аудита в отчет «О действии системы менеджмента качества Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК» за отчетный год. Сводная информация, документация и записи по внутренним аудитам хранится у специалиста по качеству.

9.3 Анализ со стороны руководства

9.3.1 Общие положения

Представитель руководства по качеству ежегодно на заседании Ученого совета проводит анализ системы менеджмента качества и дает оценку результативности ее функционирования и достижения установленных целей Института с целью получения ответов на следующие вопросы:

– действительно ли СМК Института соответствует его миссии, видению, требованиям и запросам потребителей (обучающихся), заказчиков и заинтересованных сторон;

– требуется ли корректировка политики и целей по качеству;

– какие существуют возможности и пути улучшений.

Результаты анализа предоставляются в отчете «О действии системы менеджмента качества в Екатеринбургском институте физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «Урал-

ГУФК», отражаются в протоколах ученого совета и доводятся до руководителей процессов СМК, сотрудников Института и иных заинтересованных сторон.

9.3.2 Входные данные для анализа со стороны руководства

Входные данные для анализа со стороны руководства включают следующую информацию:

–результаты внутренних аудитов (проверок);

–результаты внешних аудитов, в том числе проводимых профессиональными ассоциациями, и отчеты о проверках органами аккредитации;

–обратную связь от потребителей (результаты анкетирования, предложения, жалобы);

–функционирование процессов и соответствие продукции (данные о результатах образовательной деятельности Института, а также данные о результативности и эффективности процессов СМК Института);

–отчеты о проведении корректирующих действий, о работе с несоответствиями, об эффективности внесенных изменений;

–последующие действия, вытекающие из предыдущего анализа со стороны руководства;

–изменения, которые могли бы повлиять на систему менеджмента качества института (изменения в законодательстве, ведомственные нормы, приказы, распоряжения, концепции, программы развития, принятые в истекший период; маркетинговые обзоры о ситуации на рынке образовательных услуг);

–полезные рекомендации по улучшению и другие сведения.

9.3.3 Выходные данные анализа для анализа со стороны руководства

Выходные данные для анализа со стороны руководства включают все решения и действия, относящиеся к:

- повышению результативности системы менеджмента качества и ее процессов;
- улучшению продукции согласно требованиям потребителей;
- потребности в ресурсах.

10. Улучшение

10.1 Общие положения

Институтом определены возможности для улучшения и осуществляются необходимые действия для выполнения требований потребителей и повышения их удовлетворенности, которые включают в себя:

- улучшение образовательной деятельности в целях выполнения требований, а также учета будущих потребностей и ожиданий;

- коррекцию, предотвращение или снижение влияния нежелательных воздействий;

- улучшение результатов деятельности и результативности системы менеджмента качества.

10.2 Несоответствия и корректирующие действия

10.2.1 В Институте реализуется управление следующими видами несоответствий:

- несоответствие профессиональной подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО, СПО и потребителей;

- отклонение от аккредитационных требований научной и научно-технической продукции Института.

Информация о возникших несоответствиях собирается, обобщается и анализируется руководителями соответствующих подразделений или процессов образовательного учреждения.

В качестве источников информации о несоответствиях могут выступать:

- результаты внутреннего аудита;
- результаты работы с потребителями продукции или работодателями (результаты маркетинговых исследований рынка научных, образовательных услуг и рынка труда);
- результаты самооценки образовательного учреждения.

10.2.2 Корректирующие действия разрабатываются для устранения существующих и потенциальных причин появления несоответствий.

Устранение причин выявленных несоответствий проводится с целью предупреждения их повторного появления.

Условия запуска корректирующих действий задаются параметрами и характеристиками процессов и продукции.

Разработка и выполнение корректирующих действий осуществляется руководителями подразделений. Решения о запуске корректирующих действий принимает руководитель соответствующего процесса. Данные по предпринятым корректирующим и предупреждающим действиям предоставляются для анализа со стороны руководства и заинтересованных сторон в форме Плана-отчета коррекции, корректирующих действий (приложение 9).

Графическое описание процедуры приведено в приложении 3 к данному документу.

10.3 Постоянное улучшение

Институт стремится постоянно улучшать пригодность, адекватность и результативность системы менеджмента качества, свою деятельность и совершенствовать процессы. Руководство Института рассматривает постоянное улучшение как свою стратегическую цель, направленную на обеспечение удовлетворенности потребителей

Достижение соответствия установленным критериям и повышение результативности системы менеджмента качества обеспечивается посредством использования политики и целей в области качества, результатов аудитов, анализа данных, корректирующих действий, а также анализа со стороны руководства.

11. Приложения

Приложение 1

ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ
ИНСТИТУТ
ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЫ
ФИЛИАЛ УРАЛГУФК

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

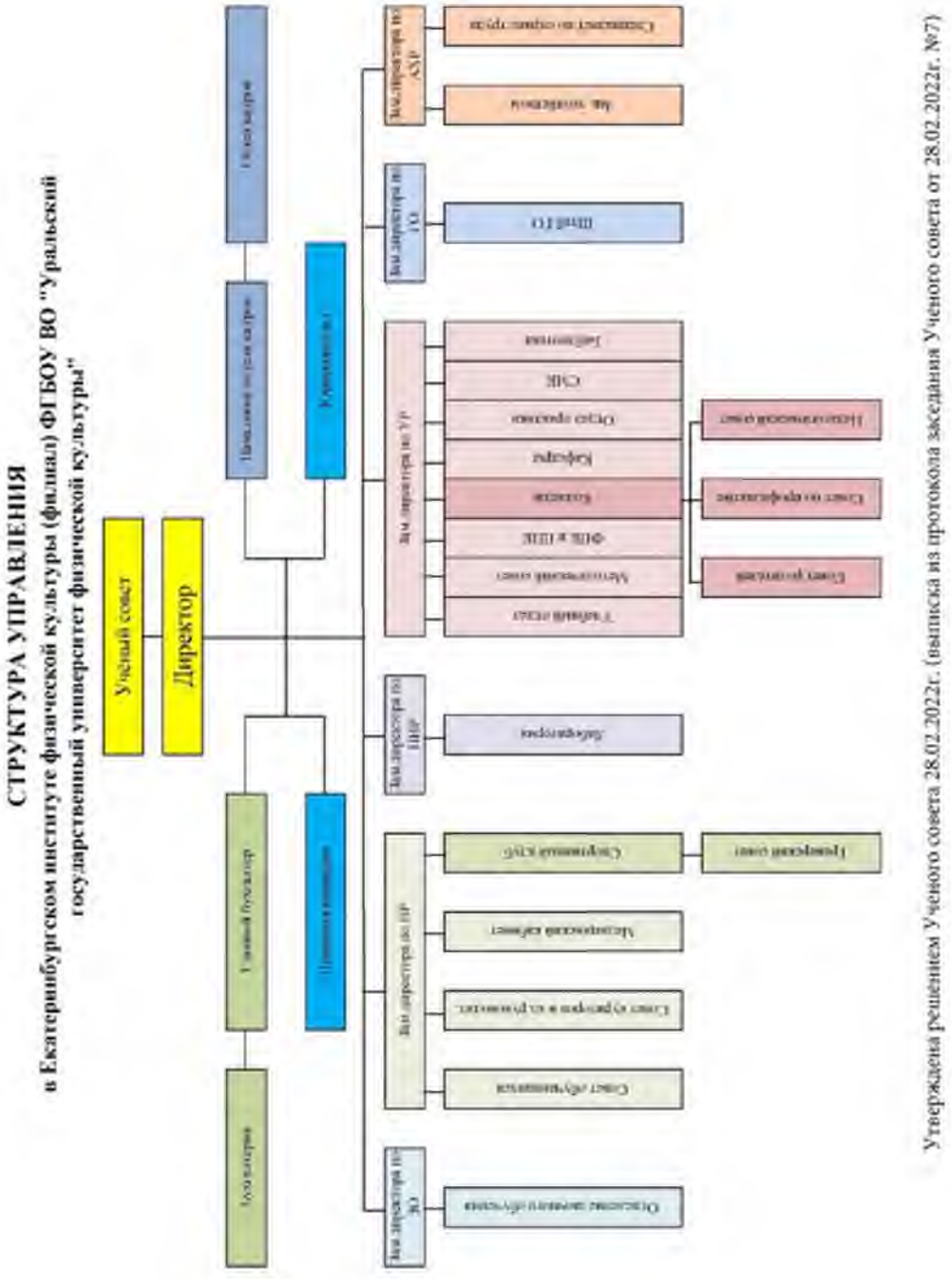
Миссия – обеспечение современного качества высшего, дополнительного и среднего профессионального образования и научных исследований в области физической культуры, спорта и адаптивной физической культуры, которые отвечают требованиям фундаментальности, личностной ориентированности и позволяют осуществлять эффективную деятельность, способствующую оздоровлению населения региона, удовлетворению потребности в здоровом образе жизни, достойному выступлению студентов-спортсменов на крупнейших Российских и международных соревнованиях.

Видение: руководство и коллектив считают, что формирование современной системы образовательных услуг и научных исследований в сфере физической культуры, спорта и адаптивной физической культуры на основе принципов и методов менеджмента качества позволит обеспечить соответствие требованиям потребителей и заинтересованных сторон, обеспечить высокую результативность и эффективность деятельность института.

Политика: для полноценного удовлетворения требований потребителей и заказчиков институт стремится обеспечить подготовку высококвалифицированных и конкурентоспособных специалистов в области физической культуры, спорта и адаптивной физической культуры за счет постоянного совершенствования образовательной и научной деятельности на основе системного подхода и реализации принципов менеджмента качества.

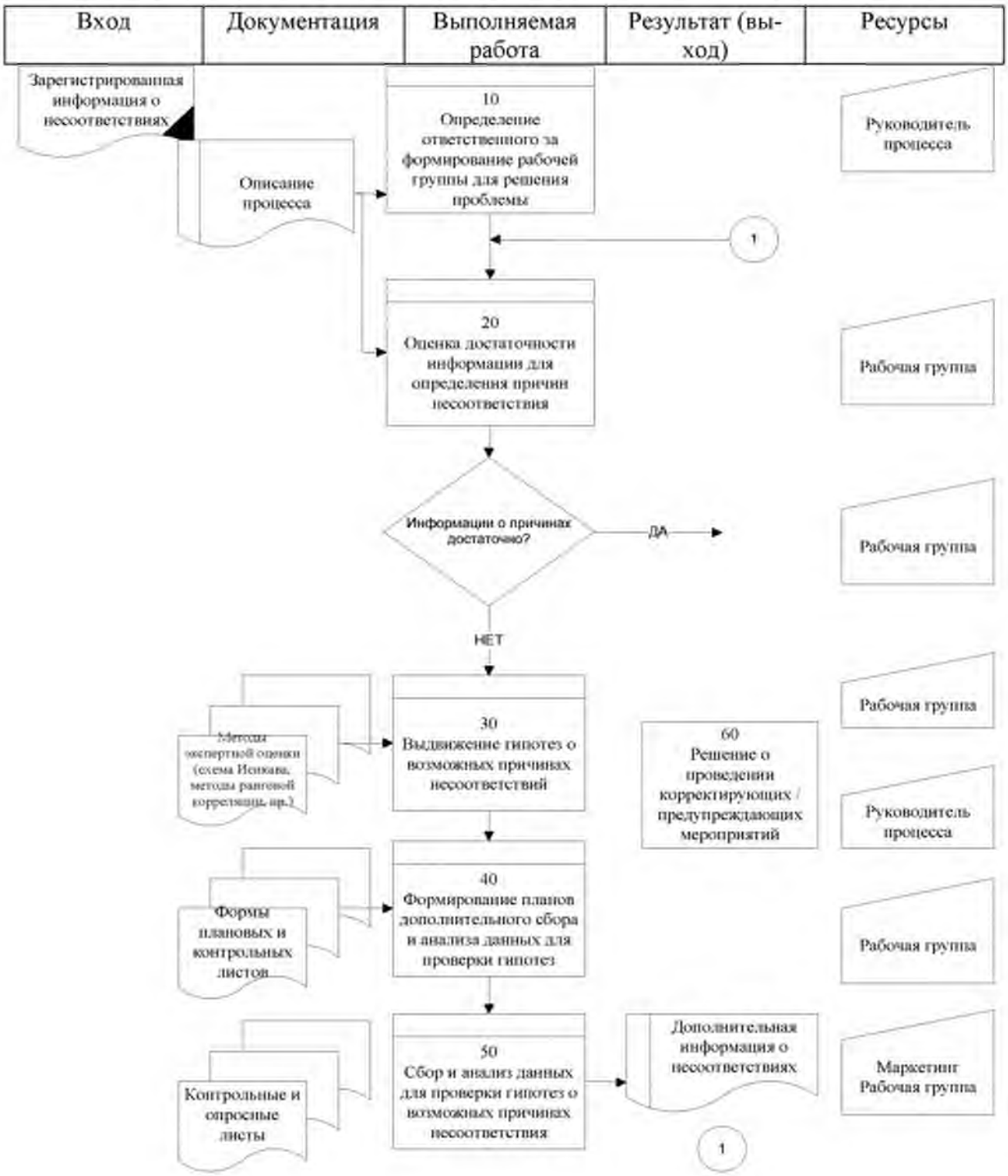
Директор, канд. пед. наук, профессор — И.Ю. Сазонов

Приложение 2

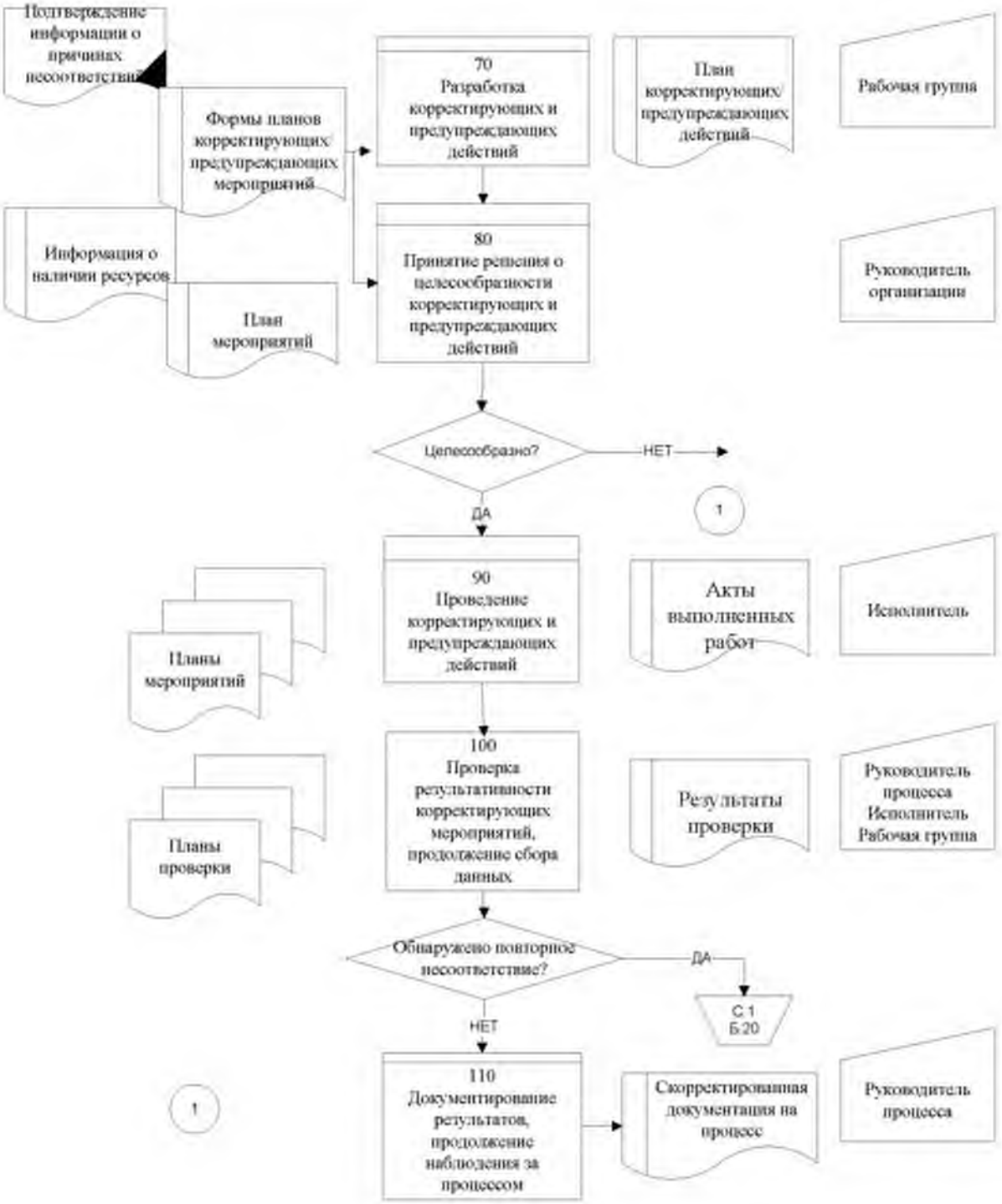


Приложение 3

Графическое описание процедуры управления несоответствиями



Вход	Документация	Выполняемая работ	Результат (выход)	Ресурсы



Пояснение к графическому описанию

Блок 10. На основании зарегистрированный информации о несоответствиях руководитель процесса назначает ответственного за реализацию процедуры корректирующих / предупреждающих действий. Ответственный формирует комиссию (команду) для выявления причин несоответствий и формированию предложений по решению возникших проблем.

Блок 20. Комиссия выполняет оценку достаточности информации для определения причин несоответствий и принимает решение о необходимости проведения дополнительного сбора данных.

Блок 30. В случае принятия решений о недостаточности информации, комиссия выдвигает и документирует гипотезы о возможных причинах несоответствий.

Блок 40. Комиссия разрабатывает планы сбора дополнительных данных, необходимых для подтверждения или исключения выдвинутых гипотез о возможных причинах несоответствий.

Блок 50. Комиссией, в кооперации с соответствующими службами, выполняется сбор необходимых данных и анализ имеющихся материалов о возможных причинах несоответствий. Полученные результаты документируются и предоставляются комиссии.

Блок 60. Решение о подготовке к проведению корректирующих или предупреждающих мероприятий документально оформляется и утверждается руководителем процесса.

Блок 70. Комиссия разрабатывает план корректирующих мероприятий, который документально оформляется и предоставляется руководителю процесса и иным заинтересованным сторонам.

Блок 80. Руководитель на основании анализа разработанного плана мероприятий, оценки эффективности предлагаемых мероприятий и информации о наличии ресурсов принимает решение о проведении корректирующих или предупреждающих мероприятий.

В случае принятия руководителем решения о целесообразности проведения корректирующих или предупреждающих мероприятий он назначает исполнителей по каждому разделу разработанного плана мероприятий.

Блок 90. Исполнители реализуют предусмотренные планом корректирующие или предупреждающие мероприятия. Выполнение этих мероприятий документально оформляется в виде актов выполненных работ.

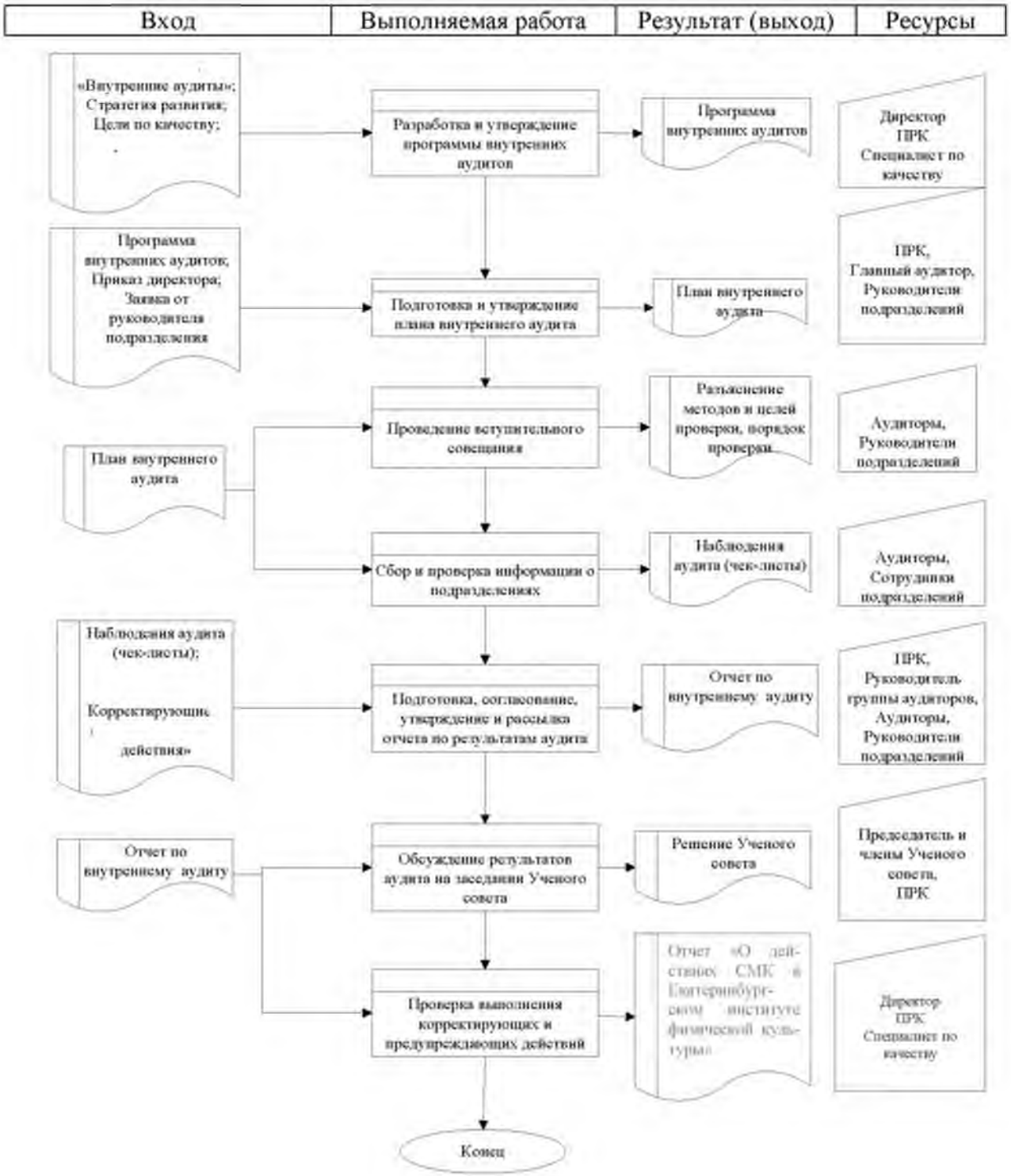
Блок 100. Комиссия и исполнители выполняют проверку результативности мероприятии, которая оформляются документально и утверждаются руководителем процесса.

Если в течение проверки обнаруживается повторное появление несоответствий или данные о потенциальных несоответствиях, то выполняется возврат к блоку 20.

Блок 110. Если по результатам проверки повторения несоответствий не выявлено и нет данных о потенциальных несоответствиях, то результаты корректирующих или предупреждающих мероприятий закрепляются путем документирования (внесение изменений в документацию на процесс) и обучения персонала.

Приложение 4

Графическое описание процедуры внутреннего аудита



Приложение 5

Форма программы проведения внутренних аудитов

УТВЕРЖДАЮ
Директор Екатеринбургского института физической культуры
УралГУФК
_____ И.Ю. Сазонов
«___»_____20__г.

Программа проведения внутренних аудитов
в Екатеринбургском филиале УралГУФК
на 20__/20__ учебный год

1. **Цели программы:**
2. **Ресурсы:**
3. **Методы программы аудита:** опрос, анализ документации, наблюдение за деятельностью, фокус-группа
4. **План-график внутренних аудитов**

Проверяемый процесс СМК	Объем аудита (структурное подразделение)	Дата проведения проверки	Ф.И.О. ответственного за проведение аудита

СОГЛАСОВАНО:
<Руководители процессов (при плановом внутреннем аудите)<
<Руководители подразделений, привлекаемых к внутреннему аудиту>

Приложение 6

Форма плана внутреннего аудита

УТВЕРЖДАЮ
Представитель руководства по качеству
_____ М.И. Салимов
«___»_____ 20__г.

План внутреннего аудита СМК

_____
(наименование проверяемого процесса (процессов)

Основание для аудита_____
(программа, приказ)

Цели аудита:

1	
2	
3	

Критерии аудита:

_____

Область аудита:

_____
(наименование подразделения (подразделений), в котором (в которых) будут проходить проверки)

Период проведения аудита на месте: с «__»_____ 20__г по «__»_____ 20__г.
Дата и время проведения аудита на месте «__» _____ 20__г ___ час. ___ мин.
Главный аудитор:

_____

Технические эксперты:

_____

Методы аудита:

_____

_____

Представители проверяемых процессов и / или подразделений, участвующих в проверке:

№ п/п	Должность	И. О. Ф.
1.		
2.		

Главный аудитор _____ Ф.И.О
(дата, подпись)

Согласовано:
Руководитель проверяемого процесса и / или подразделения _____ Ф.И.О
(дата, подпись)

Приложение 7

Рабочая документация для проведения аудита (рекомендованная)

Чек-лист 1

Область аудита (деятельность/процесс/ подразделение)	
Аудитор:	

Вопросы:	**Свидетельства аудита (подтверждающая документация)**

Аудитор: _____ «___»_____20__г
(подпись)

Руководитель проверяемого подразделения: _____ «___»_____20__г
(подпись)

Чек лист 2
Чек-лист для проверки документов и записей

Название документа (записи)	**Наличие (да/нет)**	**Примечания**

Аудитор: _____ «___»_____20__г
(подпись)

Руководитель проверяемого подразделения: _____ «___»_____20__г
(подпись)

Приложение 8

Форма отчета по результатам внутреннего аудита

УТВЕРЖДАЮ
Представитель руководства по качеству
_____ М.И. Салимов
«___»_____ 20__г.

Отчет по результатам внутреннего аудита

_____
(наименование проверяемого процесса (процессов)

Основание для аудита_____
(программа, приказ)

Цели аудита:

1	
2	
3	

Критерии аудита:

_____

Область аудита:

_____
(наименование подразделения (подразделений), в котором (в которых) будут проходить проверки)

Период проведения аудита на месте: с «__»_____ 20__г по «__»_____ 20__г.
Дата и время проведения аудита на месте «__» _____ 20__г ___ час. ___ мин.
Главный аудитор:

_____

Технические эксперты:

_____

Методы аудита:

_____

_____

Представители проверяемых процессов и / или подразделений, участвующих в проверке:

№ п/п	Должность	И. О. Ф.
1.		
2.		

Результаты проверки:

№ п/п	Заполняется аудитором	
	Содержание соответствия / несоответствия	Подтверждающие документы и записи (свидетельства аудита)

	Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный университет физической культуры»
	7.5.3 Управление документированной информацией
	Положение о системе менеджмента качества Екатеринбургского института физической культуры (филиал) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный университет физической культуры»

Рекомендации аудиторов по улучшению процесса:

_____

_____

_____

Дополнительные пожелания по процессу проверки (заполняется представителями проверяемых подразделений и / или процессов):

_____

_____

_____

Главный аудитор _____ (дата, подпись) Ф.И.О

Технический эксперт _____ (дата, подпись) Ф.И.О

Согласовано:
Руководитель проверяемого процесса и / или подразделения _____ (дата, подпись) Ф.И.О

Приложение 9

Форма плана-отчета о корректирующих действиях

УТВЕРЖДАЮ
Представитель руководства по качеству
_____ М.И. Салимов
«___»_____ 20__г.

**План-отчет коррекции,
корректирующих действий**

Наименование проверяемого подразделения (процесса):_____
Период проведения аудита:_____

Описание несоответствия	Описание коррекции, корректирующего и/или предупреждающего действия	Ответственный исполнитель	Срок выполнения	Отметка о выполнении с указанием даты

Руководитель проверяемого процесса и / или подразделения _____ (дата, подпись) Ф.И.О

12. Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номера листов			Основание для внесения изменения	Подпись	Расшифровка подписи	Дата	Дата введения изменения
	заменённых	новых	аннулированных					