



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕНО  
приказом ректора № 659 от 26.12.2022

**РУКОВОДСТВО ПО КАЧЕСТВУ**  
**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

**РК СМК 7.5-01-22**

**Версия 12**

Дата введения: 2022

Рязань, 2022

|            | Должность   | Фамилия/Подпись                | Дата                |
|------------|---|--------------------------------|---------------------|
| Разработал | Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования | Е.С. Наянова<br><i>Каянова</i> | 23.12.2022          |
| Проверил   | Начальник учебно-методического управления   | С.А. Камаева<br><i>Камаева</i> | 23.12.2022          |
| Согласовал | Ответственный представитель руководства в области качества, проректор по учебной работе   | О.М. Урясьев<br><i>Урясьев</i> | 23.12.2022          |
| Версия 12  |   |                                | Стр. 1 из <u>27</u> |

## СОДЕРЖАНИЕ

|      |   |    |
|------|---|----|
| 1    | НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....  | 3  |
| 2    | КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УНИВЕРСИТЕТА .....   | 3  |
| 3    | НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ, ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....                                  | 4  |
| 4    | СРЕДА ОРГАНИЗАЦИИ.....  | 5  |
| 4.1  | Понимание организации и ее среды .....  | 5  |
| 4.2  | Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон. ....                             | 6  |
| 4.3  | Определение области применения системы менеджмента качества.....                            | 6  |
| 4.4  | Система менеджмента качества и ее процессы. ....  | 6  |
| 5    | ЛИДЕРСТВО.....  | 7  |
| 5.1  | Лидерство и приверженность .....  | 7  |
| 5.2  | Политика.....   | 7  |
| 5.3  | Функции, ответственность и полномочия в организации.....                                    | 9  |
| 6    | ПЛАНИРОВАНИЕ .....  | 9  |
| 6.1  | Действия в отношении рисков и возможностей .....  | 9  |
| 6.2  | Цели в области качества и планирование их достижения .....                                  | 10 |
| 6.3  | Планирование изменений .....  | 10 |
| 7    | СРЕДСТВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ.....   | 10 |
| 7.1  | Ресурсы .....   | 10 |
| 7.2  | Человеческие ресурсы .....  | 11 |
| 7.3  | Инфраструктура и образовательная среда .....  | 11 |
| 7.4  | Компетентность .....  | 11 |
| 7.5  | Осведомленность .....   | 12 |
| 7.6  | Обмен информацией.....  | 12 |
| 7.7  | Документированная информация.....   | 12 |
| 8    | ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА СТАДИЯХ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА УСЛУГ .....  | 13 |
| 8.1  | Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла продукции и услуг ..... | 14 |
| 8.2  | Требования к продукции и услугам.....   | 14 |
| 8.3  | Проектирование и разработка продукции и услуг .....   | 14 |
| 8.4  | Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками.....      | 15 |
| 8.5  | Производство продукции и предоставление услуг .....   | 16 |
| 9    | ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .....   | 17 |
| 9.1  | Мониторинг, измерение, анализ и оценка .....  | 17 |
| 9.2  | Внутренний аудит .....  | 18 |
| 9.3  | Анализ со стороны руководства .....   | 18 |
| 10   | УЛУЧШЕНИЕ.....  | 19 |
| 11   | УПРАВЛЕНИЕ РУКОВОДСТВОМ ПО КАЧЕСТВУ .....   | 19 |
| 11.1 | Учет и рассылка.....  | 19 |
| 11.2 | Ответственность .....   | 20 |
| 11.3 | Изменение .....   | 20 |
| 11.4 | Хранение .....  | 20 |
|      | Приложение №1 к Руководству по качеству.....  | 21 |
|      | Приложение №2 к Руководству по качеству.....  | 22 |
|      | Приложение №3 к Руководству по качеству.....  | 23 |
|      | Приложение №4 к Руководству по качеству.....  | 25 |
| 12   | ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....   | 27 |



## 1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Руководство по качеству федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее — Руководство по качеству, РК) представляет общее описание системы менеджмента качества ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России и предназначено для демонстрации возможностей университета по подготовке выпускников, отвечающих требованиям потребителей и установленным к ним обязательным требованиям федеральных государственных образовательных стандартов.

Настоящее Руководство по качеству распространяется на все подразделения ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России; на деятельность работников Университета, руководящих, выполняющих и проверяющих работу, которая непосредственно влияет на качество подготовки выпускников, а также студентов и других категорий, обучающихся в ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, качество научных исследований и оказания медицинских услуг.

Построение разделов настоящего Руководства по качеству соответствует разделам ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Системы менеджмента качества. Требования. Названия разделов стандарта и настоящего Руководства по качеству могут не совпадать из-за несоответствия профиля деятельности.

## 2 КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УНИВЕРСИТЕТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Университет) является федеральным государственным образовательным учреждением высшего образования, реализующим образовательные программы высшего образования, среднего общего образования, среднего профессионального образования, дополнительные образовательные программы, а также основные профессиональные образовательные программы послевузовского медицинского и фармацевтического образования в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности.

Полное официальное наименование образовательного учреждения – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Сокращенное наименование – ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Место нахождения – 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9.

Учредителем университета является Российская Федерация. Полномочия Учредителя осуществляет Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Университет имеет в своем составе филиал, расположенный по адресу: 301840, Российская Федерация, Тульская область, г. Ефремов, ул. Дачная, д. 4.

Полное наименование филиала: Ефремовский филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

сокращенное наименование филиала: Ефремовский филиал ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Основными направлениями деятельности Университета являются:

- образовательная деятельность;
- научная деятельность;
- медицинская деятельность;
- дополнительные образовательные услуги;
- иные виды деятельности (административная, информационная, хозяйственная, меж-



дународная, социальная, финансовая), определяемые Уставом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Организационная структура управления ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России представлена отдельным документом и включена в номенклатуру дел каждого структурного подразделения университета.

В состав университета входят кафедры, факультеты, научно-исследовательские подразделения, управления, отделы, деканаты.

Общая площадь учебных корпусов университета составляет 49732,9 кв.м. В состав университета входят: 12 самостоятельных учебно-лабораторных корпусов, 6 общежитий, научно-клинический центр гематологии, онкологии и иммунологии, центральная научно-исследовательская лаборатория, стоматологическая поликлиника, центр практической психологии, поликлиника РязГМУ, виварий, аккредитационно-симуляционный центр, физкультурно-оздоровительный центр с плавательным бассейном «Аквamed», центр культуры и досуга, база отдыха «Здоровье».

Общая площадь помещений университета, в том числе предоставленных образовательной организации в безвозмездное пользование составляет 94481 кв.м.

Все корпуса внесены в реестр государственного имущества, имеют разрешения от Роспотребнадзора и пожарной инспекции.

54 кафедры университета располагаются в учебных корпусах университета и на базе медицинских организаций г. Рязани.

В учебном процессе используются 629 учебных помещения, в том числе 457 учебных комнат, 64 учебные лаборатории, 22 компьютерных класса. Занятия лекционного типа проводятся в 25 аудиториях различной вместимости. 11 аудиторий размещены в учебных корпусах Университета, 14 аудиторий - на базах медицинских организаций. Все лекционные аудитории оснащены мультимедийным оборудованием.

Для практической подготовки обучающихся на основании заключенных договоров используются площади 83 организаций, из них 55 медицинских организаций.

Все кафедры университета имеют доступ к сети Интернет. Пропускная способность самого быстрого канала доступа к Интернет 100 мбит/сек. В учебных корпусах и общежитиях имеется 10 точек доступа Wi-Fi, 11 объектов оборудованы системой видеонаблюдения.

Библиотечный фонд насчитывает 768929 экземпляров книг.

Учебный процесс осуществляет высококвалифицированный профессорско-преподавательский состав - 499 преподавателя, в том числе 93 докторов наук, 356 кандидата наук.

Среди профессорско-преподавательского состава и научного коллектива Университета работают:

- заслуженные врачи Российской Федерации – 20 чел.;
- заслуженные работники высшей школы Российской Федерации – 6 чел.;
- награжденные нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» – 60 чел.

### **3 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ, ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

В настоящем Руководстве по качеству использованы ссылки на следующие нормативные документы:

ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.

Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

Федеральные государственные стандарты среднего профессионального и высшего образования.



Устав федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В настоящем Руководстве по качеству применяются следующие термины и определения:

**Образовательная программа** – документ (совокупность документов), который определяет содержание образования определенных уровней и направленности.

**Образовательный процесс** – процесс, реализующий одну или несколько образовательных программ.

**Участники образовательного процесса** - обучающиеся образовательных учреждений, работники образовательных учреждений, родители (законные представители).

**Образовательная услуга** – деятельность образовательного учреждения по воплощению образовательного процесса.

**Деятельность образовательного учреждения** – совокупность образовательной и научной, финансовой, хозяйственной и иной деятельности.

**Качество** – степень соответствия совокупности присущих характеристик объекта требованиям.

**Обеспечение качества** – часть менеджмента качества, направленная на создание уверенности, что требования к качеству будут выполнены.

**Система качества** - совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для осуществления общего руководства качеством.

**Услуга** - разработанная и оказываемая образовательная услуга в области среднего, высшего и дополнительного образования, направленная на удовлетворение потребителя, с целью обеспечения соответствия выпускников Университета квалификационным требованиям, установленным ФГОС ВО и другими документами.

В настоящем Руководстве по качеству используются следующие сокращения:

ВКР – выпускная квалификационная работа;

ГАК – государственная аттестационная комиссия;

ФГОС ВО – федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования.

ФГОС СПО - федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования

ГЭК – государственная экзаменационная комиссия;

КД – корректирующее действие;

МИ – методическая инструкция;

ОПРК – ответственный представитель руководства Университета в области качества;

ОУ – образовательное учреждение;

ППС – профессорско-преподавательский состав;

РК - Руководство по качеству;

СМК – система менеджмента качества;

УВП – учебно-вспомогательный персонал;

ЦНИЛ – центральная научно-исследовательская лаборатория.

## 4 СРЕДА ОРГАНИЗАЦИИ

### 4.1 Понимание организации и ее среды

В Университете постоянно проходит оценивание внутренней и внешней среды Университета. Внутренняя среда оценивается путем ежегодного проведения самообследования и анализа системы менеджмента качества со стороны руководства Университета. Отчет о самообследовании размещается на официальном сайте Университета.



#### 4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон.

Согласно утвержденному плану ежегодно проводится анкетирование всех групп потребителей. Итоги представляются на заседаниях совета по качеству, ректорате и ученом совете Университета и входят в анализ системы менеджмента качества со стороны руководства. Ежегодно проводится анализ жалоб потребителей. В Университете утвержден регламент о порядке рассмотрения обращений граждан, который составлен в целях улучшения качества работы.

#### 4.3 Определение области применения системы менеджмента качества.

В ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России разработана, внедрена и поддерживается в рабочем состоянии система менеджмента качества, соответствующая требованиям ГОСТ Р ИСО 9001–2015 применительно к проектированию, разработке и осуществлению довузовской, вузовской, послевузовской образовательной деятельности в соответствии с областью лицензирования и государственной аккредитацией, научной деятельности в соответствии с профилем университета и медицинской деятельности в соответствии с лицензией.

#### 4.4 Система менеджмента качества и ее процессы.

Система менеджмента качества базируется на процессном подходе и является составной частью общего менеджмента Университета.

Основой для разработки и функционирования СМК является Политика в области качества, сформулированная и принятая руководством Университета.

Система менеджмента качества построена с учетом действующей организационной структуры управления Университетом и специфики взаимодействия подразделений и служб Университета. Обобщенная схема взаимодействия процессов СМК Университета представлена в Приложении №2 и включает в себя основные процессы, процессы управления (деятельность руководства), обеспечивающие процессы, а также измерение, анализ и улучшение в рамках основных и обеспечивающих процессов.

Описание процессов документируется в виде информационных карт процессов, при необходимости.

Управление процессом СМК предусматривает следующие действия:

- определение целей процесса;
- назначение лица (владельца процесса), ответственного за управление процессом и достижение его целей;
- определение участников процесса;
- установление входов и выходов процесса;
- определение последовательности выполнения деятельности в ходе процесса;
- определение требуемых ресурсов для реализации процесса;
- определение критериев и методов, необходимых для обеспечения результативности процесса;
- осуществление мониторинга процесса и измерения его результативности;
- определение и осуществление необходимых действий для достижения запланированных результатов процесса и постоянного улучшения.
- определение возможных рисков процессов и разработка мероприятий по их устранению.

В случае, когда выполнение какого-либо процесса, влияющего на качество подготовки специалистов, передается сторонним организациям, Университет обеспечивает контроль за входом и результатами таких процессов.

Порядок взаимодействия и степень контроля со стороны Университета устанавливается в соответствующих двусторонних документах.



## 5 ЛИДЕРСТВО

### 5.1 Лидерство и приверженность

Высшее руководство Университета считает, что управление качеством является составной частью общего менеджмента университета.

Политика и цели в области качества, принятые руководством, содержат обязательства по:

- разработке, внедрению и постоянному улучшению системы менеджмента качества;
- обеспечению процессов СМК необходимыми ресурсами, проведению анализов со стороны руководства;
- определению требований потребителей;
- доведению до персонала университета возможности выполнения этих требований, включая законодательные и обязательные требования.

В целях повышения удовлетворенности потребителей в Университете определена и осуществляется деятельность, направленная на определение их требований и ожиданий.

Требования потребителей и их ожидания определяются и актуализируются при подготовке, анализе и заключении договоров на целевое обучение. Для научной деятельности требования потребителей и их ожидания определяются при подготовке, анализе и заключении договоров (контрактов) на поставку и разработку продукции.

Удовлетворенность потребителей оценивается путем анкетирования.

### 5.2 Политика

С целью консолидации усилий всех работников Университета руководством принята «Политика в области качества».

Предложения для включения в Политику в области качества поступают от подразделений университета. Отдел мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования обобщает и систематизирует предложения и представляет проект Политики в области качества на рассмотрение ученого совета Университета.

Политика определяет задачи, принципы обязательства руководства, согласованные со стратегическими целями Университета и является основой для постановки целей в области качества и планирования деятельности в рамках процессов СМК.

Ответственность за доведение Политики в области качества до работников подразделений, обеспечение ее понимания и реализации возложена на руководителей подразделений Университета.

Вновь поступающий на работу в Университет персонал знакомится с Политикой в области качества в отделе кадров.

Высшее руководство в процессе анализа функционирования СМК определяет необходимость пересмотра или актуализации Политики в области качества и принимает такое решение на заседании совета по качеству.

## ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Руководство всех уровней и работники университета принимают на себя ответственность за выполнение стратегии развития ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России и обязуются обеспечивать непрерывное совершенствование и эффективное функционирование системы менеджмента качества, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001:2015 и результативность проводимых мер в рамках реализации политики и целей в области качества.

Повышение качества работы университета - наше общее дело!

1. Мы стремимся стать одним из лучших медицинских университетов Российской Федерации и мира в целом за счет постоянного улучшения качества подготовки выпускников и перехода от традиционной линейной подготовки обучающихся к персональным образова-



тельными траекториям обучения, что позволяет готовить специалистов с высоким уровнем надпредметных компетенций (soft skills), обладающих не только навыками работы в условиях высоких скоростей технологических изменений, но и высокими морально-этическими качествами (честность, порядочность, ответственность, человечность, доброта, бескорыстие, милосердие).

2. Мы постоянно развиваем систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования как механизм стратегического партнерства университета и практического здравоохранения, в том числе за счет привлечения стейкхолдеров к участию в процессе повышения качества образования.

3. Мы создаём благоприятные условия для профессиональной и личностной реализации с целью удовлетворения социально-экономических потребностей общества и государства в квалифицированных выпускниках и научно-педагогических кадрах высшей квалификации, основываясь на приоритетных направлениях научно - технологического развития.

4. Мы постоянно вовлекаем студентов в оценку качества образования для повышения конкурентоспособности выпускников нашего университета.

5. Руководство ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России стремится создавать все условия и поощрять творческую инициативу работников по их участию в научных исследованиях, повышению квалификации, внедрению новых образовательных технологий, способствующих обучению и воспитанию гармонично развитых, социально активных личностей.

6. Мы направлены на достижение новых научных результатов путём проведения фундаментальных и прикладных научных исследований и разработок, наращивания и эффективного использования интеллектуального потенциала университета.

7. Мы стремимся к созданию передовой инфраструктуры научных исследований, расширяем деятельность по инновационному развитию на рынке продуктов и услуг медицинского и фармацевтического образования, медицинских технологий и практической медицины.

8. Мы развиваем культуру взаимоотношений с обучающимися, поддерживаем талантливую молодежь, давая возможность реализовать свои способности в учебной, научной, медицинской и общественной деятельности путем индивидуальной подготовки, материальной поддержки и воспитания личностных качеств и компетенций.

9. Мы стремимся к интеграции университета в мировое образовательное и научное пространство через механизмы коллаборации и партнерства.

10. Мы ориентированы на предоставление высококвалифицированных медицинских услуг, соответствующих международным стандартам качества и отвечающих всем возрастающим требованиям и ожиданиям пациентов и общества в целом.

11. Мы постоянно анализируем возможные риски в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001:2015 и совершенствуем управление университетом на основе современных концепций.

12. Мы развиваем цифровую инфраструктуру университета как в направлении цифровизации учебного процесса, так и через автоматизацию бизнес-процессов университета.

Руководство систематически проводит мониторинг удовлетворенности потребителей для достижения уверенности в том, что политика ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России в области качества воплощается в жизнь, а поставленные нами цели достигаются.



## МИССИЯ

«Мы делаем Мир лучше» - это наша бесконечная миссия, в равной степени объединяющая образование, медицинскую науку, воспитание и совершенствование общества.

Главная цель – непрерывное повышение качества образования, основанное на сочетании классических традиций высшей медицинской школы и современных образовательных технологий, научных достижений, высоко квалифицированного профессорско-преподавательского состава, постоянного процесса профессионального развития специалистов в области здравоохранения, конкурентоспособных на российском и международном рынках труда.

## ВИДЕНИЕ

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова видит себя ведущим медицинским учебно-научно-методическим центром России, осуществляющим подготовку высококвалифицированных специалистов с активной жизненной позицией, современными знаниями, практическими навыками и необходимыми компетенциями для удовлетворения социально-экономических потребностей общества, российского и зарубежного рынков труда.

### 5.3 *Функции, ответственность и полномочия в организации*

Организационное построение Университета приводится в «Организационной структуре управления ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России», которая является обязательным документом во всех структурных подразделениях Университета.

Распределение ответственности, полномочий и взаимодействие персонала, который руководит, выполняет и проверяет работу, влияющую на качество, представлено в «Матрице распределения ответственности» (Приложение №3), в положениях о подразделениях, в должностных инструкциях персонала, а также в информационных картах процессов.

Руководство Университета в лице ректора несет ответственность за качество: подготовки выпускников, разрабатываемой и выпускаемой научно-технической продукции и научных разработок (для научно-исследовательской деятельности) и оказываемых медицинских услуг.

Утверждая Политику и цели Университета в области качества, руководство определяет принципы и задачи, которыми руководствуется персонал в своей деятельности.

Для реализации требований, предъявляемых к обеспечению качества выпускников, выпускаемой научно-технической продукции и медицинских услуг, руководство Университета выделяет необходимые ресурсы (материальные, финансовые), в том числе подготовленный персонал для руководства, выполнения работ, влияющих на качество (включая и внутренние аудиты качества).

## 6 ПЛАНИРОВАНИЕ

### 6.1 *Действия в отношении рисков и возможностей*

В Университете разработана и утверждена информационная карта процесса ОбП СМК 3.12 «Управление рисками/возможностями», которая является основным документом, определяющим требования системы менеджмента качества к осуществлению планирования, организации, управления рисками/возможностями и проведения мероприятий по устранению рисков/возможностей в Университете.

Информационная карта определяет порядок и условия разработки и внедрения деятельности по процессу в соответствии со стратегией Университета.

Владельцем процесса «Управления рисками/возможностями» - является ответственный представитель руководства в области качества, проректор по учебной работе.



Процесс направлен на получение информации о возможных рисках/возможностях, используемой для улучшения процессов СМК, повышения удовлетворенности потребителей и внедрения инноваций.

Возможные риски/возможности оцениваются во время проведения внутренних аудитов и фиксируются в отчетах о проведении, после чего структурные подразделения разрабатывают План-отчет об устранении возможных рисков/возможностей. Из отчетов структурных подразделений формируется единый План-отчет по Университету.

### **6.2 Цели в области качества и планирование их достижения**

Для реализации положений Политики в области качества и планов стратегического развития в Университете устанавливаются измеримые цели в области качества.

Цели в области качества устанавливаются на определенный промежуток времени и на различных уровнях (на уровне Университета и на уровне подразделений).

Ответственность за достижение целей возлагается на руководителей соответствующих уровней.

Мониторинг и достижение поставленных целей служит основой постоянного улучшения деятельности Университета.

На основании целей в области качества разрабатываются планы работы структурных подразделений Университета.

### **6.3 Планирование изменений**

Планирование развития СМК является неотъемлемой деятельностью руководства Университета, обеспечивающей достижение Политики и целей в области качества, соответствия СМК требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001–2015, ее непрерывного улучшения.

Ответственность за организацию работ по планированию создания, поддержания и улучшения системы менеджмента качества возложена на ответственного представителя руководства Университета в области качества.

Реализация планов предусматривает выполнение следующих действий:

- определение структуры процессов и методов оценки их результативности;
- определение структуры документации СМК и ее разработка;
- внедрение и обеспечение функционирования СМК;
- оценка и анализ результативности СМК и выработка мероприятий по ее улучшению.

## **7 СРЕДСТВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

### **7.1 Ресурсы**

Высшее руководство Университета определяет и своевременно обеспечивает выделение требуемых ресурсов, необходимых для внедрения и поддержания в рабочем состоянии системы менеджмента качества, а также постоянного повышения ее результативности.

В Университете действуют процессы, обеспечивающие:

- управление персоналом;
- управление образовательной средой;
- управление библиотечными и информационными ресурсами;
- управление закупками материальных ресурсов;
- управление инфраструктурой;
- медицинскую деятельность;
- научную деятельность;
- управление финансами;
- международную деятельность.



Данное управление предусматривает деятельность по определению потребности в ресурсах и требований к ним, планирование деятельности по обеспечению, выделение ресурсов и оценку их достаточности.

### 7.2 Человеческие ресурсы

Персонал Университета, осуществляющий деятельность, влияющую на качество подготовки выпускников, научно-техническую продукцию и медицинские услуги, является компетентным на основании соответствующего образования, подготовки, мастерства и опыта.

Обеспечение и поддержание достаточной квалификации всего персонала достигается посредством реализации процесса управления персоналом, ответственность за который возложена на начальника отдела кадров.

Деятельность по управлению персоналом включает:

- установление требуемой квалификации персонала в должностных инструкциях и положениях о подразделениях;
- определение потребности в наборе нового персонала, подготовке и переподготовке имеющегося;
- планирование и организация обучения и подготовки;
- оценка результативности предпринятых мер;
- развитие и мотивацию персонала.

Подготовка в области менеджмента качества является составной частью общего плана подготовки кадров. Университет располагает подготовленным персоналом в области качества, включая персонал для проведения внутренних аудитов.

### 7.3 Инфраструктура и образовательная среда

Деятельность по определению, созданию и поддержанию в рабочем состоянии инфраструктуры, необходимой для достижения соответствия требований продукции осуществляется действующим процессом «Управление инфраструктурой».

Финансовое обеспечение необходимой деятельности осуществляется при планировании бюджета Университета.

Инфраструктура Университета включает:

- административные, аудиторные и лабораторные помещения, здания и сооружения, которые оборудованы рабочими местами для всех категорий работников и обучающихся;
- рабочие места персонала с необходимым оборудованием;
- рабочие места обучающихся с необходимым оборудованием;
- библиотечные ресурсы;
- службы обеспечения.

Общее руководство работой по поддержанию необходимой инфраструктуры возложено на главного инженера. Руководство по управлению закупками материальных ресурсов возложено на начальника контрактной службы. Руководство по обеспечению библиотечными ресурсами возложено на начальника центра развития образования. Обеспечением информационными ресурсами руководит проректор по информатизации и цифровой трансформации.

Руководство процессом «Управление образовательной средой» осуществляет начальник учебного управления. Под образовательной средой понимается комплекс факторов и услуг, определяющих условия обучения: обеспеченность учебными помещениями, библиотечным обслуживанием, доступ к компьютерам и Интернет, возможность использования оргтехники, наличие помещений для самостоятельных занятий и отдыха обучающихся, а также доступ к преподавательскому составу, наставникам и другим консультантам.

### 7.4 Компетентность

Для обеспечения разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии системы менеджмента качества и предоставления отчетов о ее функционировании, приказом ректора



проректор по учебной работе назначен ответственным представителем руководства в области качества.

Ответственность и права ответственного представителя руководства в области качества определены соответствующим Положением об ответственном представителе руководства ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России в области качества.

#### 7.5 Осведомленность

В Университете функционирует совет по качеству ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Совет по качеству является представительным коллегиальным органом, действующим в сфере планирования и координации работ по формированию и развитию системы менеджмента качества образовательной, научной и медицинской деятельности университета и в сфере выработки предложений по вопросам, касающимся повышения качества подготовки специалистов. Работа совета по качеству регламентирована Положением о совете по качеству ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Приказом ректора в каждом структурном подразделении назначен уполномоченный по качеству. Для уполномоченных по качеству по мере необходимости проводится методический семинар. Работа уполномоченного по качеству регламентирована Положением об уполномоченном по качеству структурного подразделения.

#### 7.6 Обмен информацией

Взаимодействие и обмен информацией между подразделениями Университета, в том числе по вопросам результативности СМК, регламентированы организационно-распорядительными документами (приказы, решения, указания), информационными картами процессов, положениями и должностными инструкциями.

Обмен информации внутри Университета осуществляется с помощью следующих средств:

- заседания ученого совета и ректората;
- заседания учебно-методического совета, научно-планового совета, клинического совета;
- заседания совета по качеству;
- заседания кафедр;
- информация на официальном сайте Университета;
- информационных стендов;
- в ходе личных бесед;
- электронной системой документооборота Университета.

#### 7.7 Документированная информация

Документация СМК имеет многоуровневую структуру и представлена в Информационной карте ОБП СМК 3.2 «Управление документированной информацией».

Данная информационная карта распространяется на все документы СМК.

Управление документацией и данными устанавливает порядок:

- разработки, согласования, утверждения и выпуска документов;
- контроля, анализа, внесения изменений (актуализации) и пересмотра;
- распределения, учета и хранения;
- идентификацию статуса изменений и пересмотра;
- изъятия из обращения документов и данных, утративших силу.

Политика в области качества – общие намерения и направления деятельности Университета в области качества.

Цели в области качества Университета в целом и подразделений на определенный промежуток времени устанавливают конкретные измеримые результаты деятельности, которые должны быть достигнуты.



Руководство по качеству – документ, представляющий описание действующей СМК в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001–2015.

Информационные карты процессов – документ, устанавливающий единый порядок выполнения какой-либо деятельности или процесса.

Записи по качеству – задокументированные свидетельства достигнутых результатов при осуществлении деятельности в рамках СМК.

Реестр процессов и видов деятельности Университета представлен в Приложении №3.

Организационно-техническое и методическое руководство разработкой документов системы качества осуществляет отдел мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования.

Ответственным за разработку документов (информационных карт, положений, должностных инструкций, инструкций) по конкретным элементам системы менеджмента качества являются структурные подразделения, осуществляющие данный вид деятельности.

Утверждение документов системы качества, извещений об их изменении, введение документов в действие производится приказом ректора Университета. Учет, регистрацию и распределение документов системы качества осуществляют работники отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования.

Управление организационно-распорядительными документами определяет требования по оформлению, согласованию, утверждению и прохождению документов и отражено в Инструкции по делопроизводству.

Управление организационно-распорядительными документами возложено на канцелярию. Управление документами внутри структурных подразделений осуществляют лица, ответственные за делопроизводство в подразделениях.

## **8 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА СТАДИЯХ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА УСЛУГ**

В Университете определены и функционируют процессы жизненного цикла услуг (процессы подготовки выпускников), которые охватывают научно-образовательную деятельность:

- проектирование и разработка основных образовательных программ;
- проектирование и реализация программ довузовской подготовки;
- прием студентов;
- реализация основных образовательных программ;
- воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми;
- проектирование и реализация программ ДПО;
- научная деятельность.

Управление каждым из основных процессов предусматривает выполнение следующих видов деятельности:

- определение требований, относящихся к продукции (выпускнику или научно-технической продукции, медицинским услугам);
- планирование и осуществление организационной подготовки работ;
- выполнение проектирования и разработки;
- необходимое материально-техническое обеспечение;
- реализация запланированных мероприятий;
- мониторинг, проведение всех видов контроля, выпуск;
- проведение корректирующих действий в случае, если продукция (выпускник, научно-техническая продукция и медицинская услуга) не удовлетворяет требованиям;
- оценка удовлетворенности потребителя, анализ и улучшение деятельности в рамках процесса.

Документирование процессов осуществляется в виде информационных карт и соответствующих положений.



### *8.1 Планирование и управление деятельностью на стадиях жизненного цикла продукции и услуг*

В Университете определена деятельность по обеспечению планирования научно-образовательной и медицинской деятельности.

Данное планирование осуществляется в рамках основных процессов СМК.

Планирование осуществляется в виде планов работы по основным направлениям деятельности.

Исходными данными для разработки планов является Комплексная программа развития Университета.

### *8.2 Требования к продукции и услугам.*

В Университете определена и реализуется деятельность по взаимодействию с потребителями, включающая:

- определение требований, относящихся к подготовке будущих выпускников или выполняемой работе, а также их документирование;
- анализ данных требований на предмет возможной реализации;
- взаимодействие с потребителями на различных стадиях подготовки выпускников.

Требования потребителей к качеству подготовки выпускников поступают в Университет в виде предложений или проектов договоров (на целевое обучение).

Университет осуществляет анализ поступивших предложений, определение, уточнение и документирование требований потребителей к качеству подготовки выпускника. Данная деятельность включает определение и документирование:

- требований, установленных потребителями;
- требований, не определенных потребителями, но необходимых для конкретного или предполагаемого использования, когда оно известно;
- законодательных и обязательных требований федеральных государственных образовательных стандартов к подготовке выпускника;
- любых дополнительных требований, определенных Университетом.

В Университете определена деятельность и реализуются необходимые меры по поддержанию связи с потребителями. Данная деятельность включает:

- предоставление потребителям информации о качестве подготовки выпускника и осуществляемой деятельности;
- рассмотрение и удовлетворение жалоб потребителей (порядок рассмотрения обращения граждан прописан в Регламенте о порядке рассмотрения обращений граждан);
- анализ информации об удовлетворенности потребителей (данные получены путем проведения анкетирования всех групп потребителей).

### *8.3 Проектирование и разработка продукции и услуг*

В Университете к процессу проектирования и разработки относится процесс проектирования и разработки основных профессиональных образовательных программ, программ довузовской подготовки, дополнительного образования.

Для выполнения работ по разработке основных профессиональных образовательных программ:

- определяются этапы разработки основных профессиональных образовательных программ, деятельность по их анализу, верификации и валидации;
- устанавливается ответственность и организационно-техническое взаимодействие между участвующими подразделениями и лицами.

Входными данными для проектирования основной образовательной программы являются ФГОС ВО И ФГОС СПО по специальности (направлению), а также требования потребителей, которые выявляются в ходе бесед и анкетирования.



Выходные данные оформляются в виде комплекта нормативных документов, определяющих цели, содержание и методы реализации процесса обучения и воспитания (образовательная программа).

Для обеспечения соответствия образовательной программы требованиям ФГОС СПО и ФГОС ВО осуществляется согласование разработанных рабочих программ дисциплин (модулей) и практик на учебно-методическом совете.

Для проведения согласования привлекаются заведующие кафедрами, деканы факультетов, учебное управление, учебно-методическое управление и проректор по учебной работе.

Результатом согласования проекта образовательной программы является наличие согласующих подписей.

Предпосылкой утверждения проекта образовательной программы является наличие согласующих виз.

Образовательная программа утверждается на ученом совете. Результатом валидации образовательной программы является наличие утверждающей визы.

#### *8.4 Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками*

Под процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками понимается прием абитуриентов, прием на работу новых работников из числа ППС и УВП, а также получение услуг от сторонних организаций, направленных на повышение качества подготовки обучающихся и повышение квалификации ППС. Кроме того, к ним относятся закупка материальные ресурсы.

Процесс приема абитуриентов осуществляется в соответствии с «Правилами приема».

Прием на работу новых работников из числа ППС и УВП осуществляется отделом кадров в соответствии со следующими критериями:

- квалификационные требования (образование, стаж научно-педагогической или практической деятельности);
- компетентность работника;
- личные качества (пунктуальность, коммуникабельность, умение работать в группе, обучаемость и т.д.).

Данный процесс описан в информационной карте процесса ОбП СМК-3.1 «Управление персоналом»

Выбор организаций, предоставляющих услуги, направленные на повышение качества подготовки обучающихся и повышение квалификации ППС осуществляется по следующим критериям:

- репутация и имидж организации;
- надежность и своевременность оказания услуги;
- качество ранее предоставленных услуг;
- заинтересованность организации в развитии партнерских отношений с Университетом.

Процедура закупок материальных ресурсов регламентирована соответствующими внешними нормативными документами.

Сбор информации об абитуриентах возлагается на приемную комиссию Университета в соответствии с «Правилами приема».

Сбор информации о персонале осуществляется отделом кадров. Данные, полученные в результате беседы, заносятся в личную карточку работника.

Информацию об организациях-поставщиках услуг, направленных на повышение качества подготовки обучающихся и повышение квалификации ППС, отслеживает учебным управлением совместно с руководителями структурных подразделений, заинтересованных в получении данных услуг.



Взаимодействие с поставщиками материальных ресурсов, оборудования и техники осуществляется контрактная служба.

В Университете верификация уровня знаний абитуриентов осуществляется в процессе проведения процедуры зачисления в Университет. Процедура зачисления описана в «Правилах приема».

Верификация знаний принимаемых на работу новых работников из числа ППС осуществляется посредством проведения конкурсного отбора на замещение вакантной должности в соответствии с «Положением о порядке проведения конкурсного отбора на замещение должностей профессорско-преподавательского состава на контрактной основе». Верификация знаний УВП осуществляется в ходе собеседования с вышестоящим руководством. Качество услуг, поставляемых сторонними организациями, проверяется посредством экспертной оценки.

Верификация материальных ресурсов, оборудования и техники осуществляется в процессе эксплуатации.

### 8.5 Производство продукции и предоставление услуг

В Университете определены и реализуются необходимые действия, обеспечивающие ведение обучения и воспитания в управляемых условиях.

Управляемые условия, оказывающие влияние на качество подготовки выпускников, определены в действующих информационных картах и внутренних нормативных документах Университета.

Валидация процессов обучения и воспитания производится при государственной итоговой аттестации выпускников в соответствии с соответствующим положением.

Результатом валидации является выдача диплома специалиста.

В Университет внедрены и осуществляются соответствующие процедуры идентификации и прослеживаемости обучающихся. Идентификация осуществляется посредством:

- студенческих билетов;
- читательских билетов – Q-кодов;
- зачетных книжек;
- записей студентов на занятиях;
- списков групп;
- зачетных и экзаменационных ведомостей.

В Университете выделяются две группы потребителей: внутренние (обучающиеся и персонал) и внешние (работодатели, общество).

К собственности обучающихся относятся:

1) заявления и документы, сданные обучающимися при зачислении (документы о предыдущем образовании, сертификаты ЕГЭ и др.), а также предъявленные в ходе обучения (медицинские справки, свидетельства о браке, рождении ребенка, справки из органов социальной защиты населения и т.п.);

2) результаты интеллектуальной деятельности обучающихся, отражающие итоги вступительных и заключительных испытаний;

3) результаты интеллектуальной деятельности обучающихся в период обучения (выполненные обучающимися рефераты, контрольные работы, дневники практики, дневники ординатора, аспиранта, магистранта);

4) результаты интеллектуальной деятельности обучающихся по выполнению ими заключительных аттестационных и квалификационных работ (курсовых, дипломных работ, историй болезни, диссертаций);

5) свидетельства и удостоверения, полученные обучающимися в процессе обучения (дипломы, грамоты, благодарственные письма и т.п.);

6) результаты интеллектуальной деятельности обучающихся, отражающие итоги научно-исследовательской работы обучающихся (тезисы докладов, научные статьи).



Примечание. Материальные носители, содержащие результаты интеллектуальной деятельности обучающихся, указанные в п. 2, 3, 4, 6 являются собственностью Университета.

К собственности персонала относятся:

- личное дело работника;
- интеллектуальная собственность (научные разработки, учебные пособия, учебные материалы и т.д.);

- документы, предоставленные ими при приеме на работу;

К собственности работодателей относятся:

- оборудование, предоставляемое для прохождения практики;
- оборудование, предоставляемое ими для обучения;
- документы, предоставляемые предприятиями обучающимся при прохождении преддипломной практики и для написания дипломной работы или проекта.

Для сохранения соответствия обучающихся установленным требованиям в Университете предусмотрены мероприятия по сохранению всех документов, необходимых для обучения и воспитания (рабочие учебные планы, рабочие программы дисциплин (модулей), практик и т.д.); предоставлены услуги в области здравоохранения, питания; мероприятия по обеспечению безопасности; предоставлено жилье для иногородних обучающихся.

В ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России проводятся мероприятия, позволяющие обеспечивать систематичность и требуемую точность используемых измерительных технологий в соответствии с «Положением по управлению оборудованием для мониторинга и измерений».

При установке оборудования в подразделениях учитываются условия их работы, указанные в технической документации, а также определяется персонал, который будет осуществлять его техническое обслуживание и эксплуатацию.

Все оборудование подвергается техническому обслуживанию в соответствии с эксплуатационной документацией, а также по мере необходимости.

Техническое обслуживание оборудования осуществляется специально подготовленным персоналом, в соответствии с графиком и данные о его проведении регистрируются в специальном журнале.

В случае выхода из строя оборудование изымается из обращения и подвергается ремонту. При этом принимаются меры по исключению его использования.

Используемое измерительное оборудование подвергается калибровке, поверке, идентификации, защите от несанкционированных регулировок, защите от повреждения.

Записи результатов калибровки и поверки поддерживаются в рабочем состоянии.

## 9 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

### 9.1 Мониторинг, измерение, анализ и оценка

Для демонстрации соответствия установленным требованиям обучающихся, системы менеджмента качества и постоянного повышения ее результативности в Университете планируется и осуществляется деятельность, включающая:

- мониторинг и оценку удовлетворенности потребителей;
- внутренние и внешние проверки (аудиты);
- оценку результативности процессов;
- входной, промежуточный и итоговый контроль знаний обучающихся;
- анализ результатов всех видов контроля знаний обучающихся, внутренних и внешних аудитов, рейтинговой оценки деятельности кафедр;
- анализ отчетов о деятельности структурных подразделений, подчиняющихся проректорам по направлениям (учебная работа, научная работа, лечебная работа, воспитательная работа, международная деятельность);
- планирование и проведение необходимых корректирующих действий.
- анализ возможных рисков/возможностей и разработка мероприятий по их устранению.



нию.

Для получения достоверной информации и выработки мероприятий по улучшению деятельности Университета осуществляются необходимые действия по мониторингу и измерению удовлетворенности и ожиданий потребителей.

Удовлетворение потребностей всех заинтересованных сторон является основной задачей, установленной Политикой в области качества и одним из критериев результативности СМК.

В Университете используются следующие методы получения и оценка информации об удовлетворенности потребителей:

- анкетирование;
- сбор и анализ публикаций в СМИ, рекламаций и отзывов потребителей, информации, поступающей на электронную почту и т.д.

Рассмотрение результатов оценки удовлетворенности потребителей осуществляется при анализе со стороны руководства (МИ СМК 9.3-01 «Анализ системы менеджмента качества ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России со стороны руководства»).

### 9.2 Внутренний аудит

Для получения объективной информации по соответствию СМК требованиям стандартов ГОСТ Р ИСО 9001-2015, требованиям, установленным в документах СМК и оценке ее результативности и пригодности, в Университете не реже одного раза в год проводятся внутренние аудиты.

Процедура проведения внутренних аудитов описана в Информационной карте процесса ОбП СМК-4.1.1 «Внутренний аудит».

Процедура проведения внутренних проверок предусматривает:

- оформление и выпуск приказа по Университету о назначении внутренних аудитов;
- разработку и утверждение календарной программы проведения внутренних аудитов;
- уведомление проверяемого подразделения о сроке и объеме внутреннего аудита;
- проведение внутреннего аудита;
- оформление отчета по результатам аудита;
- оформление плана корректирующих мероприятий, при необходимости;
- проверку выполнения корректирующих мероприятий и оценка их эффективности;
- корректировку сроков и мероприятий по устранению несоответствий, выявленных при внутреннем аудите;
- регистрацию, учет и хранение материалов по внутреннему аудиту.

Получение объективной информации о функционировании системы качества обеспечивается независимостью аудиторов от проверяемых подразделений.

Техническая компетенция достигается подбором и обучением персонала, проводящего внутреннего аудита.

Результаты внутренних аудитов документируются и учитываются как данные по качеству в соответствии с Информационной картой процесса ОбП СМК 3.2 «Управление документированной информацией».

### 9.3 Анализ со стороны руководства

Для обеспечения удовлетворенности потребителей, подтверждения уверенности в пригодности и результативности системы менеджмента качества и оценке достижения Политики и целей в области качества руководство Университетом периодически не реже одного раза в год проводит анализ действенности СМК.

Анализ со стороны руководства осуществляется на заседаниях ректората, ученого совета и совета по качеству.

При этом рассматриваются:

- реализация целей в области качества;



- результаты внутренних аудитов СМК;
- результаты оценки удовлетворенности потребителей;
- соответствие знаний и навыков выпускников требованиям работодателей;
- жалобы потребителей;
- результаты корректирующих действий;
- результаты действий по предыдущему анализу со стороны руководства;
- предложения по улучшению.

По результатам анализа принимаются следующие решения и действия по:

- повышению результативности СМК и ее процессов;
- улучшению качества подготовки специалистов и повышению удовлетворенности потребителей;
- обеспечению СМК необходимыми ресурсами.

Результаты анализа со стороны руководства документируются в виде протоколов заседания ректората, ученого совета и совета по качеству и учитываются как данные по качеству.

В Университете разработана документированная процедура МИ СМК 9.3-01 «Анализ системы менеджмента качества ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России со стороны руководства».

## 10 УЛУЧШЕНИЕ

Постоянное улучшение деятельности и повышение результативности СМК является одним из основных положений Политики в области качества университета.

Деятельность по постоянному улучшению реализуется посредством установления и достижения целей в области качества, анализа данных, результатов внутренних и внешних аудитов, разработки корректирующих действий, оценка возможных рисков, а также анализа со стороны руководства.

Постоянное улучшение реализуется на различных уровнях Университета, включая:

- на уровне подразделений путем установления и пересмотра целей подразделений в области качества;
- на уровне процессов СМК путем обеспечения их результативности и постоянного улучшения;
- на уровне Университета путем установления целей в области качества, обеспечения результативности СМК и ее постоянного улучшения.

Определение мероприятий по улучшению и оценка результативности оценивается на заседаниях ректората, ученом совете, заседаниях совета по качеству и заседаниях кафедр.

Корректирующие действия, которые предпринимает персонал, по устранению несоответствий и причин их возникновения, включают:

- определение и анализ причин появления несоответствий;
- назначение корректирующих действий по исправлению несоответствий (коррекции) и их причин;
- выполнение коррекции и корректирующих действий;
- контроль выполнения коррекции и корректирующих действий;
- оценку результативности выполнения коррекции и корректирующих действий;
- необходимое документирование на соответствующих этапах.

Порядок осуществления корректирующих действий описан в Методической инструкции МИ СМК 10.2 – 03 «Корректирующие действия».

## 11 УПРАВЛЕНИЕ РУКОВОДСТВОМ ПО КАЧЕСТВУ

### 11.1 Учет и рассылка

Нумерация пунктов РК соответствует разделам ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.



РК является нормативным документом внутреннего пользования и не подлежит предъявлению другим организациям или лицам, кроме как по разрешению руководства Университета.

Введение в действие и изъятие из обращения РК осуществляется начальником отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования на основании приказа ректора университета. В подразделениях осуществляется свободный доступ к Руководству по качеству.

Контрольный экземпляр РК подлежит учету и хранению. Хранение осуществляет канцелярия Университета, вместе с приказом об утверждении.

Доведение РК до сведения персонала осуществляется по средством размещения на официальном сайте Университета.

### 11.2 Ответственность

Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования определяет структуру и форму РК и координирует его разработку и издание.

Ответственность за внесение изменений и дополнений в подлинник и учетные экземпляры РК, их обновление и хранение контрольного экземпляра несет начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования.

Ответственность за утверждение принятых решений по изменению разделов и подразделов РК возлагается на ответственного представителя руководства Университета в области качества.

### 11.3 Изменение

Изменения в Руководство по качеству вносятся на основе результатов совершенствования системы менеджмента качества и утверждаются на совете по качеству. Утверждение новой версии Руководства по качеству осуществляется приказом ректора Университета.

РК и его разделы (подразделы) корректируются по замечаниям заинтересованных подразделений и/или должностных лиц, результатам внутренних аудитов и т.п.

РК в целом пересматривается по мере необходимости. Пересмотр проводится советом по качеству. В работе используются замечания и предложения всех заинтересованных подразделений Университета.

В результате пересмотра РК в целом заменяется (даже в случае отсутствия замечаний). При этом меняется год издания.

При возможных изменениях ГОСТ Р ИСО 9001-2015 производятся необходимые изменения в системе менеджмента качества, и соответствующим образом дорабатывается РК.

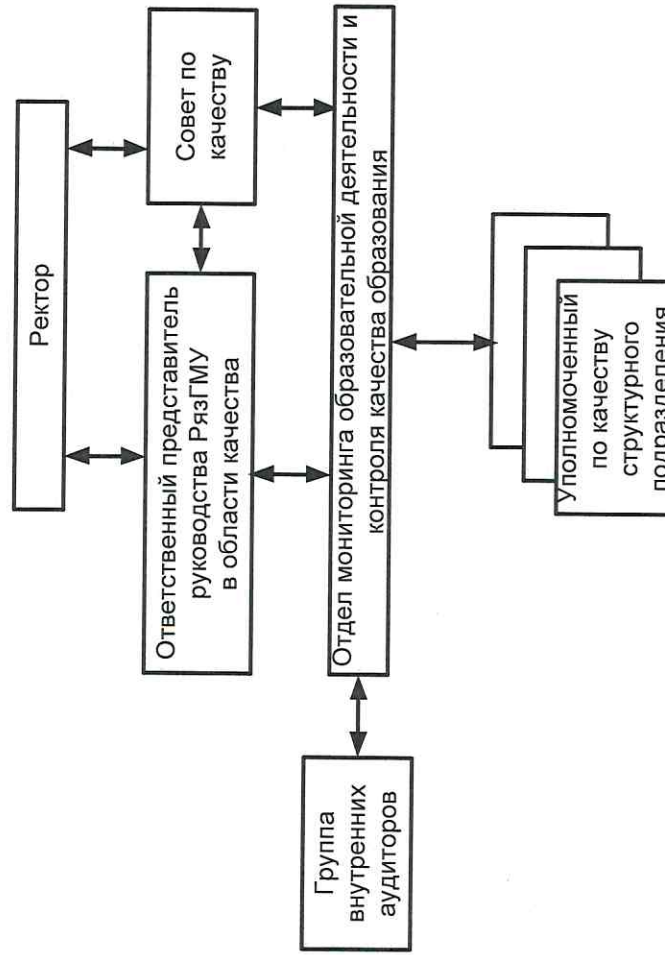
### 11.4 Хранение

Аннулированные подлинники каждого издания РК хранятся в архиве канцелярии Университета.

Учетные аннулированные твердые копии РК, находящиеся в обращении в Университете, собирает работник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования и уничтожает по акту.

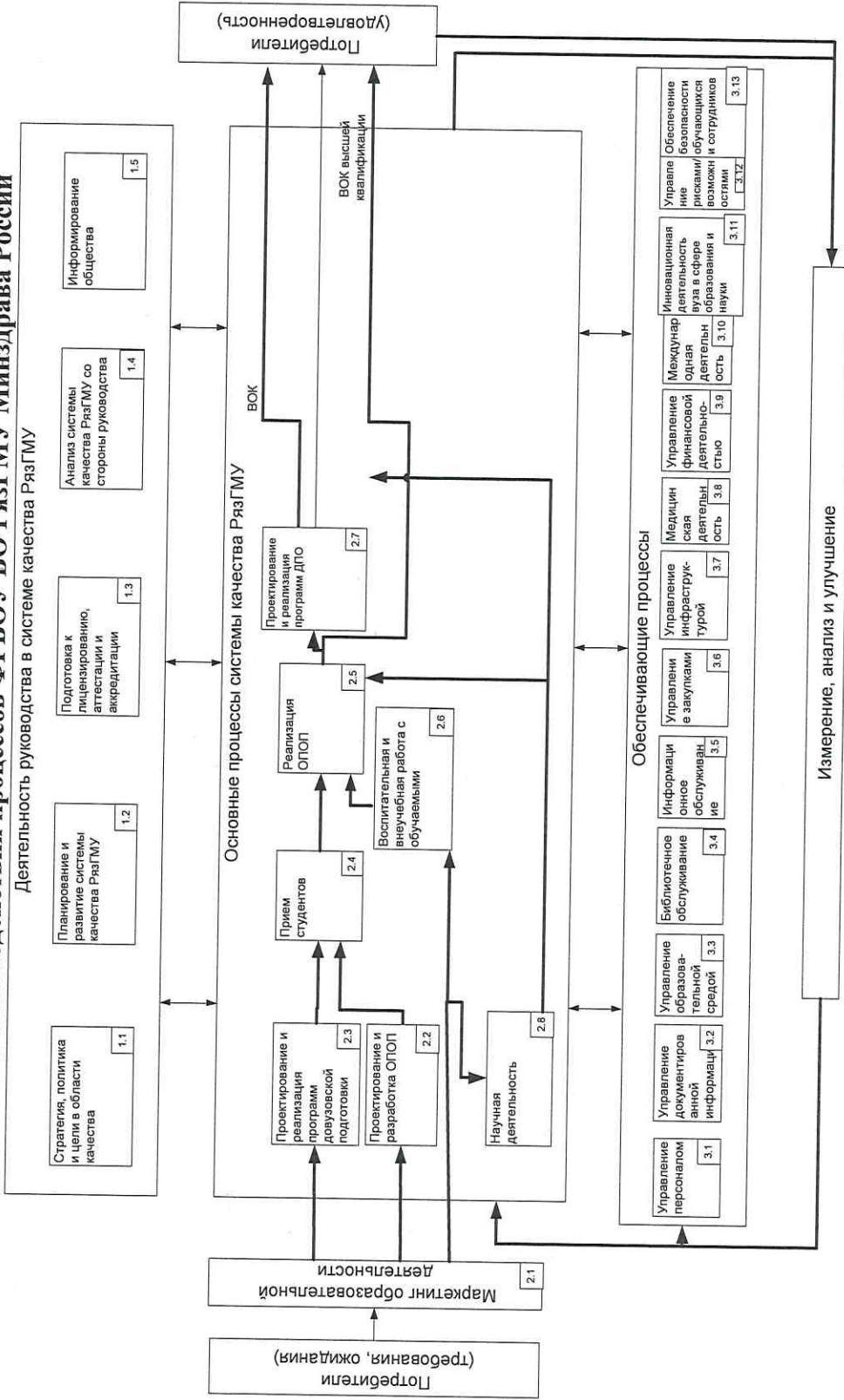


Приложение №1 к Руководству по качеству  
Организационная структура системы качества  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России





**Приложение №2 к Руководству по качеству**  
**Обобщенная схема взаимодействия процессов ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России**



Условные обозначения:  
 ОПОП – основная образовательная программа  
 ВКВ – выпускник, обладающий компетенцией



Приложение №3 к Руководству по качеству  
**Реестр процессов и видов деятельности**  
**ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России**

| №        | Процесс, вид деятельности   | Руководитель процесса   |
|----------|---|---|
| <b>1</b> | <b>Процессы управления</b><br><b>Деятельность руководства в системе качества Университета</b>                       |   |
| 1.1      | Стратегия, политика и цели в области качества   | Ответственный представитель руководства в области качества, проректор по учебной работе |
| 1.2      | Планирование и развитие системы качества Университета   | Начальник мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования      |
| 1.3      | Подготовка к лицензированию, аттестации и аккредитации  | Начальник отдела лицензирования и аккредитации  |
| 1.4      | Анализ системы менеджмента качества ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России со стороны руководства                         | Ответственный представитель руководства в области качества, проректор по учебной работе |
| 1.5      | Информирование общества   | Начальник отдела организационной работы и связей с общественностью                      |
| <b>2</b> | <b>Основные процессы системы качества Университета</b>  |   |
| 2.1      | Маркетинг образовательной деятельности  | Начальник отдела организационной работы и связей с общественностью                      |
| 2.2      | Проектирование и разработка основных образовательных программ   | Начальник учебно-методического отдела   |
| 2.3      | Проектирование и реализация программ дополнительной подготовки к поступлению в Университет                          | Начальник отдела довузовской подготовки и профориентационной работы                     |
| 2.4      | Прием студентов   | Начальник отдела довузовской подготовки и профориентационной работы                     |
| 2.5      | Реализация основных образовательных программ (СПО, бакалавриат, специалитет, магистратура, аспирантура, ординатура) | Начальник учебного управления   |
| 2.6      | Воспитательная и внеучебная работа с обучающимися   | Проректор по воспитательной работе и международной деятельности                         |
| 2.7      | Проектирование и реализация программ ДПО  | Декан ФДПО  |
| 2.8      | Научная деятельность  | Проректор по научной работе и инновационному развитию                                   |
| <b>3</b> | <b>Обеспечивающие процессы</b>  |   |
| 3.1      | Управление персоналом   | Начальник отдела кадров   |
| 3.2      | Управление документированной информацией  | Начальник канцелярии  |
| 3.3      | Управление образовательной средой   | Начальник учебного управления   |
| 3.4      | Библиотечное обслуживание   | Начальник центра развития об-   |



|          |   |   |
|----------|---|---|
|          |   | разования   |
| 3.5      | Информационное обслуживание   | Проректор по информатизации и цифровой трансформации                                      |
| 3.6      | Управление закупками  | Начальник контрактной службы  |
| 3.7      | Управление инфраструктурой  | Главный инженер   |
| 3.8      | Медицинская деятельность  | Начальник управления по лечебной работе   |
| 3.9      | Управление финансовой деятельностью   | Начальник планово-экономического отдела   |
| 3.10     | Международная деятельность  | Проректор по воспитательной работе и международной деятельности                           |
| 3.11     | Инновационная деятельность в сфере образования и науки                            | Проректор по научной работе и инновационному развитию                                     |
| 3.12     | Управление рисками/возможностями  | Ответственный представитель руководства в области качества, проректор по учебной работе   |
| 3.13     | Обеспечение безопасности обучающихся и работников                                 | Начальник управления безопасности и контроля  |
| <b>4</b> | <b>Измерение, анализ и улучшение в рамках основных и обеспечивающих процессов</b> |   |
| 4.1      | Мониторинг, измерение и анализ процессов  | Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования |
| 4.2      | Управление несоответствиями   | Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования |
| 4.3      | Улучшение процессов   | Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования |



**Приложение №4 к Руководству по качеству**  
**Матрицы распределения ответственности и полномочий**

**Ответственность руководства**

| Наименование работ и мероприятий                            | Должностные лица и подразделения Университета |                             |   |   |   |                    |  |               |   |                           |
|---|---|-----------------------------|---|---|---|--------------------|--|---------------|---|---------------------------|
|   | Ректор  | Проректор по учебной работе | Проректор по научной работе и инновационному развитию | Проректор по лечебной работе и развитию регионального здравоохранения | Проректор по воспитательной работе и международной деятельности | Контрактная служба | Отдел мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования | Начальник УМУ | Руководители структурных подразделений Университета | Работники и преподаватели |
| Разработка и соблюдение политики в области качества         | О   | И                           | С   | С   | С   | С                  | И  | С             | У   | У                         |
| Планирование создания и развития СМК                        | О   | И                           | С   | С   | С   | С                  | И  | С             | У   | У                         |
| Реализация ответственности, полномочий и обмена информацией | С   | О                           | И   | И   | И   | И                  | И  | С             | У   | У                         |
| Обеспечение анализа СМК Университет со стороны руководства  | О   | И                           | С   | С   | С   | С                  | У  | У             | У   | У                         |

**Условные обозначения:**

**О – организует исполнение, несет ответственность за исполнение**

**И – исполняет**

**У – принимает участие**

**С – согласует**

Продолжение приложения №4

## Осуществление мониторинга, измерений, анализа и улучшений

| Наименование работ и мероприятий             | Должностные лица и подразделения Университета |                            |   |               |        |                           |   |
|--|---|----------------------------|---|---------------|--------|---------------------------|---|
|  | Ректор  | Проректоры по направлениям | Начальник отдела мониторинга образовательной деятельности и контроля качества образования | Начальник УМУ | Деканы | Работники и преподаватели | Руководители структурных подразделений Университета |
| Проведение мониторинга и измерений процессов | С   | И                          | О   | У             | У      | У                         | У   |
| Проведение анализа данных                    | С   | У                          | И   | У             | У      | У                         | О   |
| Осуществление улучшения процессов            | С   | У                          | И   | У             | У      | У                         | О   |



**12 ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ**

| Номер изменения | Номера листов |       |                | Основание для внесения изменений | Подпись | Расшифровка подписи | Дата | Дата введения изменения |
|-----------------|---------------|-------|----------------|----------------------------------|---------|---------------------|------|-------------------------|
|                 | Замененных    | новых | Аннулированных |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |
|                 |               |       |                |                                  |         |                     |      |                         |