

ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
протоколом групи СУЯ  
№ 6 від 17.05.2018

**НАСТАНОВА З ЯКОСТІ**

Дніпро 2018

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

## ЗМІСТ

Розділ стандарту	Розділ	стор.
	Призначення Настанови з якості	4
1	Інформація про організацію	4
2	Нормативні посилання	4
3	Терміни, визначення, скорочення	4
4	Контекст організації	6
4.1	Вплив зовнішніх та внутрішніх факторів	6
4.2	Вплив зацікавлених сторін	6
4.3	Область призначення СУЯ	7
4.4	Процеси СУЯ	7
5	Лідерство	8
5.1	Обов'язки керівництва	8
5.2	Політика в області якості	9
5.3	Ролі, відповідальність, повноваження	10
6	Планування	10
6.1	Оцінка ризиків та можливостей	10
6.2	Цілі в області якості	11
6.3	Планування змін	13
7	Забезпечення	13
7.1	Ресурси	13
7.2	Компетентність	16
7.3	Обізнаність	17
7.4	Інформування	17
7.5	Документована інформація	18
8	Функціонування	20
8.1	Планування та управління процесами	20
8.2	Вимоги до продуктів та послуг	21
8.3	Проектування та розробка продукції	23
8.4	Управління зовнішніми поставками	24
8.5	Забезпечення виробництва продукції	25
8.6	Випуск продукції	27
8.7	Управління невідповідними виходами	28
9	Оцінка діяльності	29
9.1	Моніторинг, вимірювання, аналіз, оцінювання	29

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

9.2	Внутрішній аудит	30
9.3	Аналіз з боку керівництва	31
10	Вдосконалення	32
10.1	Загальні положення	32
10.2	Невідповідності та корегувальні дії	32
10.3	Безперервне вдосконалення	33
	Додаток А схема процесів	34

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

## **ПРИЗНАЧЕННЯ НАСТАНОВИ З ЯКОСТІ**

Даний документ «Настанова з якості» (далі НЯ) є докладним описом системи управління якістю (далі СУЯ) Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (далі ДМА). Структурно НЯ відповідає елементам міжнародного стандарту ISO 9001:2015 і використовується як в рамках внутрішніх вимог організації, так і з метою зовнішнього представлення.

Вимоги даної НЯ є обов'язковими для виконання у всіх підрозділах ДМА, які беруть участь у здійсненні процесів СУЯ ДМА.

### **1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ**

Предметом діяльності ДМА є процес підготовки фахівців в області медицини, стоматології, фармації шляхом здійснення освітнього процесу.

Організаційна структура ДМА має вигляд, відображений на **Схемі 1**.

### **2. НОРМАТИВНІ ПОСИЛАННЯ**

ISO 9000:2015 Система менеджменту якості. Основні положення та словник

ISO 9001:2015 Система менеджменту якості. Вимоги

ISO 19011:2011 Рекомендації щодо проведення аудиту систем менеджменту

### **3. ТЕРМІНИ, ВИЗНАЧЕННЯ, СКОРОЧЕННЯ**

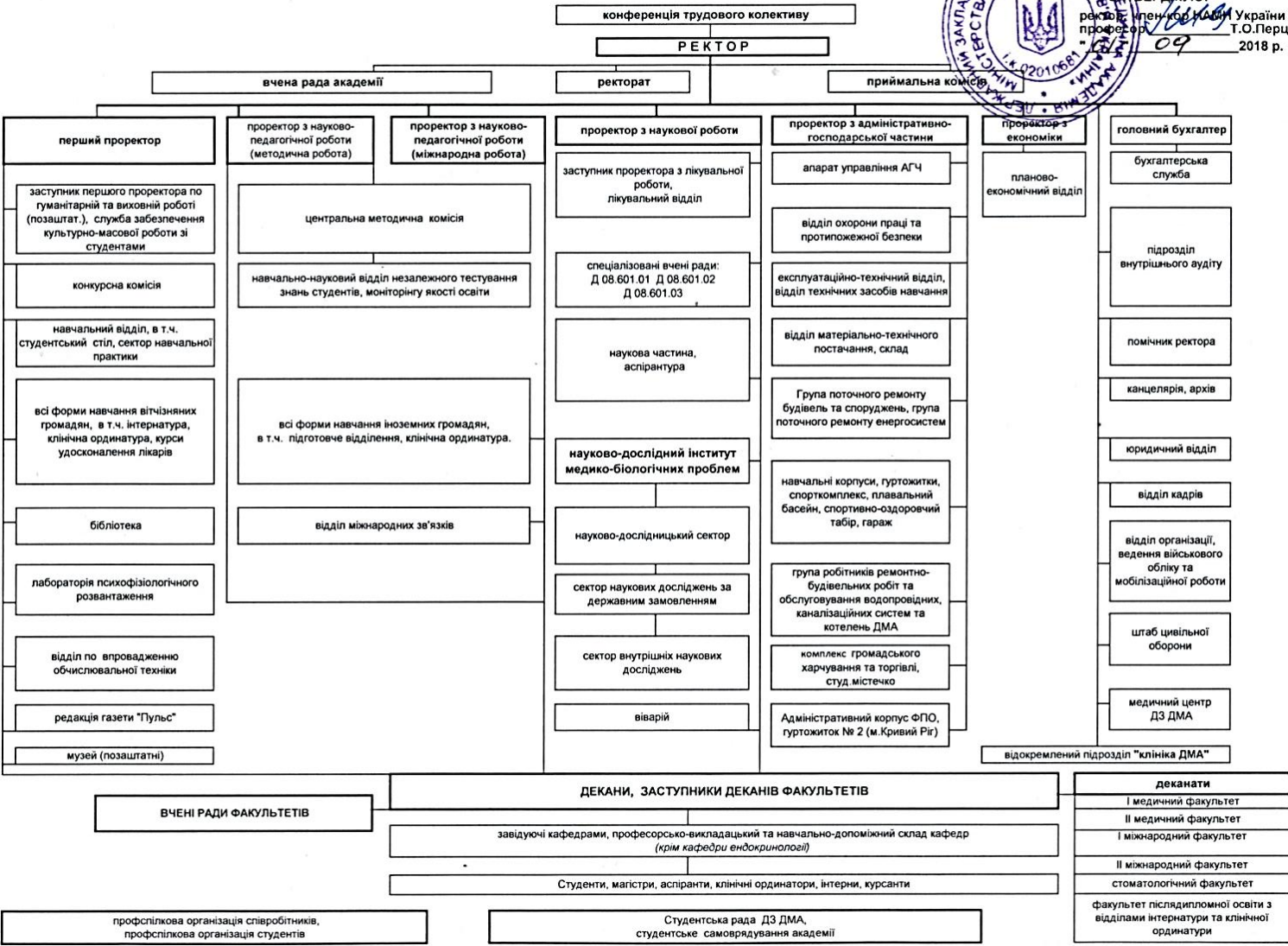
В представленому документі використовуються терміни та визначення стандарту ISO 9000:2015 «Система менеджменту якості. Основні положення та словник».

# Організаційна структура та підпорядкування структурних підрозділів ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ТА ПІДПОРЯДКУВАННЯ СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ ДЗ "ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ"



ЗАТВЕРДЖУЮ:  
ректор Іпенко І.М. України  
професор Т.О.Перцева  
09 2018 р.



# 1. КОНТЕКСТ ОРГАНІЗАЦІЇ

## 1.1 Вплив зовнішніх та внутрішніх факторів

Вся діяльність ДМА піддається впливу різних факторів – зовнішніх та внутрішніх. Ці фактори враховуються при розробці стратегічних напрямків та цілей організації, а також при плануванні в рамках СУЯ.

Перелік та ступінь впливу зовнішніх і внутрішніх факторів формується, аналізується, щорічно переглядається робочою групою СУЯ та підтверджується вищим керівництвом організації.

Аналіз переліку факторів проводиться один раз на рік, керуючись даними моніторингу інформації, яка відноситься до встановлених факторів. В деяких випадках перелік може бути переглянутий позапланово.

У разі, якщо дія зовнішнього або внутрішнього факторів призводить до появи додаткових можливостей для ДМА, про це повідомляється вище керівництво та планується необхідні дії.

Перелік зовнішніх та внутрішніх факторів є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ». Він зазначений у документі «Характеристика оточуючих ДМА внутрішніх та зовнішніх факторів», який має загальноінформативний характер для групи СУЯ. Найбільш впливові фактори та їх оцінка надані у документі «Контекст ДМА»; він відноситься до категорії «документ».

Порядок керування переліком наданий в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

## 4.2. Вплив зацікавлених сторін

Система управління якістю функціонує із врахуванням вимог споживачів та інших зацікавлених осіб.

Перелік всіх зацікавлених сторін, які мають відношення до СУЯ організації, їх вимоги, потреби та очікування розробляється, аналізується та переглядається групою спеціалістів та затверджується вищим керівництвом. Він представлений в Контексті організації.

Аналіз цього переліку проводиться один раз на рік керуючись даними моніторингу інформації, яка відноситься до зацікавлених осіб. У деяких випадках перелік може бути переглянутий позапланово.

Крім цього, при змінах, пов'язаних із зацікавленими сторонами та їх вимогами, потребами та очікуваннями, даний документ може бути переглянутий позапланово.

Перелік всіх зацікавлених осіб є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ».

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

Порядок управління переліком відображений в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

#### *4.3. Область застосування СУЯ*

Система управління якістю ДМА, яка відповідає вимогам міжнародного стандарту ISO 9001:2015, включає в себе управління діяльністю всіх підрозділів ДМА, які задіяні в організації, проведенні та матеріально-технічному забезпеченні освітнього процесу.

В організації розроблена дана Настанова з якості, яка містить опис області застосування СУЯ та вимог ISO 9001:2015 відносно різних процесів, розроблених в рамках СУЯ, обґрунтування відповідних виключень з вимог, а також посилання на необхідну документовану інформацію.

Настанова з якості затверджується протоколом засідання робочої групи СУЯ та вступає в дію з моменту затвердження.

НЯ є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ». Порядок управління НЯ описаний в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

#### *4.4. Процеси СУЯ*

Вся діяльність ДМА є сукупністю взаємопов'язаних між собою процесів.

Схема послідовності та взаємодії процесів ДМА представлена в додатку А даної НЯ.

Для кожного встановленого процесу створені: «Характеристика документованої процедури №...» (ДП), яка підкріплена «Картою процесу» (КП), «Схемою процесу» (СП) та «Картою ризиків» (КР). Крім того, в ДП представлена вся документована інформація, яка відноситься до процесу. При необхідності ДП може містити лист з реєстром документів або зі змістом. При наявності даний лист буде документом для інформації.

В КП відображені вхідні та вихідні дані процесу, постачальники процесу та зацікавлені сторони, відповідальність та необхідні ресурси в рамках процесу, ризики, які властиві процесу, а також критерії оцінки процесу з зазначенням періодичності їх моніторингу/вимірювання.

КП є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ».

Порядок управління КП віддзеркалений в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

В СП представлено графічне відображення процесу, вказана відповідальність за етапи процесу, вказані регламентуючі документи та записи процесу.

СП є документованою інформацією, яка є частиною ПП, управління яким відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

КР представляє собою результати оцінки ризиків, встановлених для кожного процесу із зазначенням дій у разі необхідності.

КР є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «запис». Порядок управління КР відображений в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

## **2. ЛІДЕРСТВО**

### *5.1. Обов'язки керівництва*

#### 5.1.1 Загальні положення

Вище керівництво прийняло рішення про впровадження в ДМА системи управління якістю, яка відповідає вимогам стандарту ISO 9001:2015. Обов'язки вищого керівництва по відношенню до СУЯ, включають в себе:

- Відповідальність за її результативне функціонування;
- Визначення стратегії організації;
- Забезпечення розробки Політики та Цілей в області якості, а також Контексту організації;
- Забезпечення інтеграції вимог СУЯ в бізнес-процеси організації;
- Заохочення процесного підходу та ризик-орієнтованого мислення в рамках діяльності ДМА;
- Інформування організації про важливість та результати діяльності СУЯ;
- Забезпечення досягнення запланованих результатів в рамках СУЯ;
- Залучення та мотивування працівників для досягнення результатів в рамках СУЯ;
- Сприяння безперервному вдосконаленню СУЯ;
- Підтримання прагнення до лідерства відповідних керівників в рамках зони їх посадової відповідальності.



ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

### 5.1.2. Орієнтація на споживача

Вище керівництво демонструє свої зобов'язання по відношенню до споживача, забезпечуючи:

- орієнтованість на результати надання освітніх послуг і задоволення потреб споживачів;
- підтримку інновацій у галузі вищої медичної освіти та охорони здоров'я з особливою увагою до нагальних потреб;
- підтримання системи багаторівневого контролю якості навчання та її вдосконалення.

## *5.2. Політика в області якості*

### 5.2.1. Встановлення Політики

В організації встановлена та затверджена вищим керівництвом Політика в області якості.

Політика:

- відповідає стратегії, цілям та контексту організації;
- забезпечує основу для розробки цілей в області якості;
- містить зобов'язаність відповідати встановленим вимогам;
- містить зобов'язаність безперервно вдосконалювати СУЯ.

### 5.2.2. Інформування про Політику

Політика в області якості є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ».

Порядок управління Політикою відображений в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

Інформування про Політику в ДМА проводиться шляхом розміщення її тексту на сайті академії, на стенді Системи управління якістю ДМА, на стендах кафедр/підрозділів, а також шляхом донесення керівниками підрозділів до своїх підлеглих.

Інформування про Політику зацікавлених сторін проводиться шляхом розміщення її тексту на загальнодоступних носіях інформації.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

### *5.3. Ролі, відповідальність, повноваження*

В організації визначені відповідальність та повноваження для всіх категорій працівників. Відповідальність та повноваження відображені у:

- Документованих процедурах процесів (для керівників процесів, для уповноважених осіб);
- Схемах процесів (для відповідальних на різних етапах процесів);
- Посадових інструкціях (для кожної штатної одиниці);
- Регламентуючих документах (накази, інструкції тощо).

Відповідальність за:

- забезпечення функціонування СУЯ в ДМА несе вище керівництво;
- планування та функціонування СУЯ, підтримання її базових положень в актуальному стані, моніторинг та оцінку роботи СУЯ несе керівник групи СУЯ;
- незалежну оцінку результативності процесів несуть внутрішні аудитори, які складають групу СУЯ та керівник групи внутрішніх аудиторів;
- функціонування процесів, оцінку ефективності перебігу етапів, загальну результативність процесів, моніторинг критеріїв та ризиків по окремих процесам несуть керівники процесів;
- належне виконання етапів процесів несуть відповідальні особи, зазначені в схемах процесів.

## **3. ПЛАНУВАННЯ**

### *6.1. Оцінка ризиків та можливостей*

6.1.1. При плануванні діяльності організації в рамках СУЯ безперечною частиною є визначення ризиків та можливостей. При цьому в обов'язковому порядку враховується інформація, яка пов'язана з контекстом організації та зацікавленими сторонами.

Підтвердженням діяльності з оцінки ризиків є наступне:

- будь-який захід в рамках СУЯ мав очікуваний результат;
- всі позитивні можливості організації використані максимально;
- всі негативні впливи на організацію мінімізовані або виключені;
- покращення досягнуто.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

6.1.2. Порядок планування та виконання діяльності з моніторингу ризиків та можливостей, їх інтеграції в процеси СУЯ та оцінка результатів відображені в картах ризиків та звітах керівників процесів, а також зведеному звіті з оцінки ризиків в рамках СУЯ.

6.1.3. Ризики при дії зовнішніх та внутрішніх факторів, які мають вплив на діяльність ДМА в цілому, представлені в документі «Контекст організації» (табл. 1). Специфічні ризики, які можуть впливати на окремі процеси або їх етапи, представлені в документі «Контекст організації» (табл. 2).

Карти ризиків по окремих процесах є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ».

Порядок управління картами ризиків відображений в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

Результати обробки ризиків та можливостей є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи».

## *6.2. Цілі в області якості*

6.2.1. В організації встановлюються цілі в області якості для СУЯ в цілому, які спрямовані у тому числі на мінімізацію або усунення суттєвих та достатніх ризиків, якщо такі встановлені для процесів СУЯ.

Порядок встановлення цілей наступний:

- цілі розробляються після аналізу рівня ризиків для кожного процесу СУЯ.
- У разі виявлення суттєвого або достатнього ризику для будь-якого процесу визначається об'єм заходів, спрямованих на мінімізацію або усунення таких ризиків.
- Формулюється ціль для організації на наступний період часу (від 1 року до 5 років) з урахуванням її досяжності, спрямованості на споживача, Політики та місії організації.

Цілі в області якості затверджуються вищим керівництвом, є вимірюваними та узгоджуються з Політикою.

Як правило, цілі розробляються перспективно, тобто на кілька років. В інших випадках період реалізації цілей встановлюється вищим керівництвом окремим розпорядним документом.

При розробці цілей враховуються вимоги. Відповідність продукції та підвищення задоволеності споживачів – обов'язкова складова цілей.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

Порядок доведення цілей в області якості до відома працівників в рамках організації наступний:

- цілі СУЯ формулюються членами робочої групи СУЯ;
- сформульовані цілі для СУЯ в цілому затверджуються вищим керівництвом;
- керівник групи СУЯ доводить цілі СУЯ до відома всіх зацікавлених сторін шляхом розміщення їх окремим документом «Цілі ДМА в області якості», шляхом усного інформування на загальному зібранні, а також розміщує на сайті ДМА та стенді СУЯ.

План реалізації тієї чи іншої цілі оформлюється окремими документами із зазначенням термінів реалізації та відповідальних осіб, контролюється вищим керівництвом.

У разі необхідності цілі можуть бути скореговані/оновлені. Будь-які корегування/оновлення повинні бути санкціоновані вищим керівництвом.

Цілі в області якості є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ».

Порядок управління цілями СУЯ відображений в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

Результати моніторингу стану виконання цілей є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи».

Порядок управління записами відображений в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

6.2.2. При розробці цілей в області якості обов'язковою складовою є розробка заходів, необхідних для їх досягнення.

Форма заходів може бути різною, однак наступна інформація в заходах є обов'язковою:

- що планується зробити;
- які необхідні ресурси;
- відповідальні особи;
- строки виконання.

Заходи до моменту їх завершення є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи».

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

Порядок управління записами відображений в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

### *6.3.Планування змін*

При здійсненні діяльності організації в її Систему управління якістю можуть плануватися та вноситися зміни за схемою, яка передбачена п.6.3 документованої процедури №10 «Управління СУЯ».

Це означає, що при плануванні будь-якої зміни:

- розглядається мета її внесення до СУЯ та потенційні наслідки її впровадження;
- аналізується вплив змін на цілісність СУЯ;
- визначається наявність ресурсів для внесення змін;
- розподіляються/перерозподіляються відповідальність та повноваження.

## **4. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

### *7.1. Ресурси*

#### 7.1.1. Загальні положення

В організації визначені ресурси, які необхідні для впровадження, функціонування та покращення СУЯ.

При плануванні діяльності організації встановлені наступні внутрішні ресурси:

- Персонал;
- Інфраструктура;
- Середовище для виконання процесів.

Існуючі можливості внутрішніх процесів дозволяють реалізовувати основні процеси організації.

Залучення зовнішніх постачальників є необхідним для проведення закупівель матеріалів/виробів/комплектуючих.

#### 7.1.2. Кадрові ресурси

В рамках впровадження системи управління якістю та функціонування її процесів в організації визначена необхідність у відповідній кількості працівників/спеціалістів, що відображено у штатному розписі.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

### 7.1.3 Інфраструктура

Для забезпечення функціонування процесів та виконання вимог до освітнього процесу організація створює та підтримує в належному стані інфраструктуру, яка включає в себе:

- Споруди та інженерні комунікації;
- Обладнання;
- Оснащення;
- Технічні засоби та програмне забезпечення;
- Інформаційні та комунікаційні технології.

Інфраструктура формується у відповідності з планами розвитку організації. Відповідальність за підтримку інфраструктури розподілена у відповідності до посадових інструкцій.

### 7.1.4 Середа для виконання процесів

Для забезпечення функціонування процесів та виконання вимог до освітнього процесу в організації встановлені та підтримуються умови, які включають соціальні, психологічні та фізичні фактори.

Забезпечується виконання законодавчих, нормативних та внутрішніх вимог організації до безпеки праці, проведення освітнього процесу, перебування в приміщенні, норм ергономіки, гігієни, освітлення, температурного режиму, санітарно-епідемічного режиму.

Створення комфортного внутрішнього клімату в організації, відсутність дискримінації та конфронтації забезпечується виконанням пунктів корпоративної етики, правил внутрішнього трудового розпорядку, пунктів Положення про корпоративний кодекс організації та Колективного договору.

Керівництво системою безпеки праці виконує інженер з охорони праці.

### 7.1.5. Ресурси для моніторингу та вимірювань

#### 7.1.5.1. Загальні положення

В організації при проведенні освітнього процесу використовують процеси моніторингу/вимірювань, необхідні для отримання достовірних результатів. Дані процеси забезпечені відповідними методиками/засобами моніторингу/вимірювань.

Інформація про необхідність використання тих чи інших методик/засобів моніторингу/вимірювань в процесах відображена в документах, які засвідчують

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

факти затвердження методик та перевірки засобів вимірювання, а також їх гарантійного та післягарантійного обслуговування та, при необхідності, ремонту.

Підтвердженням придатності засобів вимірювання, що використовуються, є наявність голограми, що засвідчує перевірку, документу про перевірку або паспорта приладу з відміткою про актуальний гарантійний строк.

#### 7.1.5.2. Простежуваність вимірювань

Забезпечення впевненості в достовірності результатів вимірювань є обов'язковою вимогою в рамках організації.

Для реалізації даної вимоги всі засоби вимірювань (якщо такі використовуються в освітньому процесі) підлягають обов'язковій повірці/калібруванню. Порядок перевірки/калібрування, а також вимоги до управління документованою інформацією за результатами перевірки/калібрування відповідають українському законодавству, вимогам до окремих засобів та внутрішнім правилам організації.

Всі засоби вимірювань, які використовуються для надання освітньої послуги, є ідентифікованими відомим способом для підтвердження статусу їх відповідності.

Організація забезпечує умови підтримання, зберігання та використання засобів вимірювань таким чином, щоби виключити їх пошкодження, ламання, несанкціоноване регулювання.

Вимоги по використанню засобів вимірювання відображені в технічних паспортах, виготовлених виробником.

#### *7.1.6. Знання організації*

Знання, необхідні для виконання процесів та досягнення відповідності освітньої послуги включають в себе:

- Інтелектуальний та професійний досвід кожного співробітника організації;
- Колективні обговорення вдалих та невдалих проектів;
- Внутрішні комунікації та обмін інформацією, отриманою з різних джерел;
- Розповсюдження документованих та не документованих знань, вдосконалень, іновацій;
- Вивчення та розповсюдження зовнішніх джерел інформації (стандартів, методик, результатів конференцій, інформаційних продуктів, досвіду партнерів, постачальників, конкурентів тощо).

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

- Доступ до необхідних знань працівників організації забезпечується через внутрішню електронну систему та/або у вигляді паперових матеріалів.

Визначення необхідності в отриманні нових та/або додаткових знань проводиться шляхом оцінки результатів аналізу результативності процесів, а також шляхом моніторингу інформаційних джерел щодо нових технологій, розробок, напрямків діяльності, подібних до тої, що забезпечує ДМА.

## *7.2. Компетентність*

Необхідна компетентність, як постійних працівників організації, так і осіб, які залучаються для різних видів діяльності тимчасово, встановлюється відповідно до основних вимог законодавства України, трудового кодексу, корпоративного кодексу.

При прийманні на роботу або залученні до тієї чи іншої роботи відповідність компетентності претендента необхідним вимогам забезпечується:

- Вивченням/аналізом документів про освіту, тренінги, досвід, навички претендента;
- Проведенням співбесіди з претендентом відповідних спеціалістів та керівників.

У разі необхідності проводять тестування претендента або дають інші завдання.

Крім того, в організації проводиться оцінка компетентності різних категорій працівників з наступною періодичністю:

- Професорсько-викладацький склад – 1 раз на 1-5 років (в залежності від наявності наукового ступеня);
- Адміністративний персонал – 1 раз на рік;
- Керівний склад – 1 раз на 5 років.

У разі необхідності будь-який співробітник може бути навчений як організацією, так і зовнішніми тренерами/консультантами для підтвердження своєї компетентності, а також з метою отримання нових знань/навичок. Результативність навчання може бути оцінена безпосереднім керівником працівника, призначеним спеціалістом більш високої категорії або комісією спеціалістів.



ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

Результати навчання, а також результати оцінювання знань є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи», які зберігаються у працівника та у відділі кадрів.

### *7.3. Обізнаність*

Організація доводить до відома працівників Політику в області якості шляхом надання копій тексту через керівників підрозділів, розміщення тексту в корпусах ДМА, а також шляхом розміщення на сайті ДМА.

Вповноважуючи відповідних працівників відповідальністю та повноваженнями в рамках їх професійної діяльності, а також в рамках функціонування процесів СУЯ, керівники/відповідальні особи забезпечують обізнаність працівників про їхній вклад в результативність системи управління якістю.

Постійно аналізуючи та оцінюючи результати діяльності працівників, керівники/відповідальні особи забезпечують їх обізнаність про ті наслідки, які має невиконання вимог СУЯ, націлюють на постійне вдосконалення її функціонування.

### *7.4. Інформування*

Організація виконує інформування по питаннях системи управління якістю:

- Своїх працівників – внутрішнє інформування;
- Зацікавлених осіб – зовнішнє інформування;
- Органів з сертифікації, акредитації, надзору – зовнішнє інформування.
- Відповідальність за внутрішнє інформування несе керівник групи СУЯ, а також керівники структурних підрозділів і керівники процесів СУЯ.

Порядок донесення інформації всередині організації відбувається наступним чином:

- Через оперативні наради або розсиланням документів за алгоритмом: вище керівництво – керівники структурних підрозділів/відповідальні спеціалісти – працівники структурних підрозділів;
- Розміщенням інформації в папках внутрішньої електронної системи.

Відповідальність за зовнішнє інформування несе керівник групи СУЯ.

Порядок донесення інформації поза організацією відбувається:

- через сайт ДМА;
- на зустрічах, конференціях, відкритих нарадах тощо;
- через контрактні документи;
- через листування.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

## 7.5. Документована інформація

### 7.5.1. Загальні положення

Вся документована інформація організації поділяється на дві категорії: документи та записи.

До категорії «документ» відноситься документована інформація, яка встановлює порядок забезпечення будь-якої діяльності.

Приклади документів: методики, стандарти, інструкції, регламенти, положення, нормативна документація (внутрішня та зовнішня), карти процесів, схеми та інше.

До категорії «запис» відноситься документована інформація, яка ілюструє/підтверджує результат виконання будь-якої діяльності.

Приклади записів: протоколи, акти, журнали реєстрації та результатів, сертифікати, атестати, заключення, звіти та інше.

Необхідність в тій чи іншій документованій інформації визначається вимогами стандарту ISO 9001:2015, законодавчими/нормативними вимогами та внутрішніми потребами самої організації.

Документи та записи зберігаються на електронних чи паперових носіях.

### 7.5.2. Створення та оновлення

При створенні внутрішньої документованої інформації дотримуються наступних вимог:

- А) при створенні документа вказується:
- найменування документа;
  - номер документа (деяким документам номер може не надаватися, якщо відсутність номеру не перешкоджає пошуку, ідентифікації та використання документа);
  - розробник документа;
  - особа, яка затверджує документ;
  - особа(и), які приймали участь у розробці документа (при необхідності);
  - дата затвердження/впровадження документа;
  - номер редакції документа;
  - сторінки, які зазнали змін;
  - посилання на попередній документ, замість якого випущений новий (при необхідності);
  - статус керованості документа, наприклад: оригінал, копія №, для інформації тощо.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

Б) при створенні запису вказується:

- найменування запису;
- номер запису або посилання на документ, у відповідності з яким ведеться запис;
- особа(и), які відповідальні за ведення запису;
- дата створення запису;
- особа, яка затвердила запис (при необхідності).

### 7.5.3. Керування документованою інформацією

7.5.3.1. Керування документами та записами забезпечує можливість їх створення, ведення, зберігання, доступу та використання відповідними особами, коли це є необхідним, і тим способом, який встановлений в організації.

Зберігання документів та записів на паперових носіях гарантує їх захист від пошкоджень, втрати та неналежного використання.

Зберігання документів та записів на електронних носіях гарантує їх захист від втрати інформації при несправності обладнання або відсутності енергоресурсів, а також від несанкціонованого зовнішнього втручання, яке може призвести до змін або видалення інформації.

Відповідальність за зберігання документів та записів визначається в кожному конкретному випадку потребами законодавчої, нормативної та розпорядної документації, посадовими інструкціями, процесами СУЯ.

Конфіденційність при керуванні документами та записами забезпечується відповідальними особами.

7.5.3.2 Документи та записи організації розподіляються на розроблені/створені всередині організації (внутрішні) та ті, що прийшли іззовні (зовнішні).

Керування внутрішніми документами (на паперових та електронних носіях) відбувається наступним чином:

- розробка, створення та затвердження відбувається за розпорядженням вищого керівництва уповноваженими особами;
- реєстрація та ідентифікація оригіналів та копій документів проводиться відповідальною особою з діловодства;
- розсилка копій документів проводиться відповідальною особою у кожному конкретному випадку;

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

- зберігання оригіналів та копій відбувається у релевантних осіб та уповноваженої особи з діловодства;

Керування зовнішніми документами (на паперових та електронних носіях) відбувається за наступними правилами:

- реєстрація та розсилка копій документів проводиться уповноваженою особою з діловодства;
- зберігання копій документів проводять зацікавлені сторони/відповідальні особи;
- отримання інформації про зміни/актуальності документів відбувається через уповноважену особу з діловодства.

Керування внутрішніми записами (на паперових та електронних носіях):

- розробка форм записів та відповідальність за їх ведення проводиться відповідальними особами за дорученням вищого керівництва або керівника відповідного підрозділу/процесу;
- реєстрація та зберігання записів відноситься до повноважень керівників підрозділів;
- доступ до записів мають всі співробітники підрозділу(ів);
- архівація записів відбувається відповідно до законодавства України.

## **5. ФУНКЦІОНУВАННЯ**

### *8.1. Оперативне планування та управління*

Всі процеси, встановлені в організації, знаходяться під постійним керуванням. При цьому враховуються як ризики, так і можливості, що впливають на функціонування процесів.

При плануванні різних напрямків діяльності організації аналізується наступне:

- Які вимоги пред'являються до продукту/послуги;
- Які критерії будуть слугувати доказом результативності процесу;
- За якими критеріями планується оцінювати продукт/послугу;
- Які ресурси необхідні організації, для того щоб продукт/послуга відповідали вимогам;
- Яким чином потрібно оцінювати процеси на відповідність встановленим критеріям;

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

- Який об'єм документів та записів повинен підтримуватися для того, щоби можна було гарантувати, що всі процеси функціонують як заплановано, а продукт/послуга відповідає вимогам.

Результати планування будь-якого напрямку діяльності організації відображаються в записах, передбачених документованою процедурою №10 «Управління СУЯ» п.6.2 та 6.3.

У разі, якщо в процесі діяльності організації відбуваються заплановані або непередбачувані зміни, то:

- Змінами, які заплановані, організація управляє;
- Впроваджуючи непередбачувані зміни, відбувається аналіз їх наслідків та при необхідності проводяться дії для мінімізації негативних впливів.

Відповідальність за управління та оцінювання наслідків змін мають керівники процесів.

## *8.2. Вимоги до продуктів та послуг*

### 8.2.1 Зв'язок зі споживачем

Інформація про освітню послугу надається споживачам на стендах кафедр, сайті ДМА у вигляді календарно-тематичного плану тощо.

При необхідності споживачі мають можливість звертатися до організації з різними запитами, заявками тощо.

Свої відгуки про освітню послугу, в тому числі скаргу, споживачі можуть дати під час анкетування, яке проводиться мінімум 1 раз на рік.

Власність споживачів знаходиться під керуванням організації (див. п.8.2.3).

Дії працівників організації в непередбачуваних ситуаціях, які впливають на споживачів, наступні:

- кожен з керівників підрозділів має проінструктувати своїх працівників щодо дій у непередбачуваних ситуаціях;
- у разі виникнення непередбачуваної ситуації керівник підрозділу керує процесом та несе відповідальність на можливі негативні наслідки такої ситуації, які можуть виникнути через незлагодженість дій підлеглих.

### 8.2.2 Визначення вимог до продукту/послуги

В основі функціонування організації лежить правило, що ніякий запланований напрямок її діяльності не буде впроваджуватися поки:

- У повному обсязі не будуть визначені вимоги до освітньої послуги;

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

- Не буде обгрунтована можливість виконання цих вимог.

Аналізуючи вимоги до освітньої послуги, організація охоплює не тільки всі законодавчі та нормативні вимоги, які можна застосувати, але і всі вимоги, які організація вважає обов'язковими для виконання.

### 8.2.3. Аналіз вимог до освітньої послуги

Аналіз вимог до освітньої послуги здійснюється до прийняття організацією зобов'язань по відношенню до споживача.

Аналіз проводиться відповідальними в особі керівників процесів або тих, кого керівники процесів призначають, в наступному порядку:

- Аналіз відповідності результату освітньої послуги вимогам законодавчого рівня;
- Аналіз відповідності результату освітньої послуги вимогам галузевого рівня;
- Аналіз відповідності результату освітньої послуги вимогам локального рівня.

В процесі аналізу оцінюється наступне:

- Вимоги, які пред'являються споживачами не тільки до самої освітньої послуги, але і до результату;
- Вимоги, які не окреслені споживачами, але специфічні для конкретної освітньої послуги;
- Власні вимоги організації;
- Законодавчі та нормативні вимоги;
- Вимоги, які відрізняються від заявлених до того, якщо подібний договір вже реалізовувався, при цьому всі відмінності обов'язково дозволяються.

Вимоги споживачів можуть бути не документовані. У такому разі відповідальність перед споживачами за правильне формулювання вимог та підтвердження їх виконання має організація.

Результати аналізу вимог до освітньої послуги є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

Всі нові вимоги до освітньої послуги є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ».

Управління документами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

8.2.3.3 Всі зміни у вимогах до освітньої послуги тягнуть за собою коректування всіх відповідних документів та обов'язкове інформування всіх необхідних виконавців.

Відповідальність за внесення змін в документи має перший проректор.

Відповідальність за інформування персоналу мають керівники процесів.

### *8.3. Проектування та розробка освітньої послуги*

8.3.1. Організація може розробляти та впроваджувати нові освітні послуги в рамках освітнього законодавства.

8.3.2. При розробці нової освітньої послуги організація розробляє план проектування із зазначеннями термінів проектування, відповідальних за проектування осіб, критеріїв оцінки адекватності проектування, необхідних ресурсів, вимог до впровадження.

План проектування нової освітньої послуги є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «документ».

Управління документами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

8.3.3. При плануванні проектування нової освітньої послуги організація вивчає зацікавленість споживачів у новій послуді, вимоги, вивчає інформацію щодо дій по впровадженню нових послуг, які були проведені в організації раніше. Організація визначає зовнішні та внутрішні фактори, які можуть впливати на впровадження та функціонування нової освітньої послуги, проводить аналіз ризиків, включаючи наслідки відмови споживачів через особливості надання або самої структури послуги.

Результати аналізу вхідних даних для проектування нової освітньої послуги є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

8.3.4. Організація визначає, які повинні бути досягнуті результати після впровадження нової освітньої послуги, аналізує досягнуті результати та визначає відповідність отриманих результатів очікуваним.

Результати співставлення отриманих та очікуваних результатів є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

8.3.5. У разі внесення змін в проектну документацію вони повинні бути ідентифіковані, оцінені в аспекті впливу на відповідність вимогам та очікуваним результатам.

Зміни, які вносяться в проектну документацію, а також аналіз відповідності освітньої послуги вимогам після внесення змін є документованою інформацією і відноситься до категорії «документ». Управління документами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

*8.4. Управління процесами, послугами та продуктами, які поставляються іззовні*

#### 8.4.1. Загальні положення

Організація закуповує у зовнішніх постачальників наступні продукти та послуги, які впливають на власний продукт/послугу:

- Канцелярське приладдя;
- Меблі;
- Товари для гігієнічного використання;
- Обладнання медичного та немедичного призначення;
- Інші матеріально-технічні цінності;
- Будівельні матеріали;
- Послуги з обслуговування споруд;
- Будівельні роботи;
- Технічні засоби комунікації та зв'язку.

Відбувається оцінка, вибір, моніторинг результативності та періодична переоцінка постачальників продуктів/послуг. Порядок та критерії оцінки постачальників та товарів відображені в документованій процедурі №06 «Управління закупівлями».

Результати оцінки постачальників та товарів і всі наступні дії є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

#### 8.4.2. Вид та об'єм управління

В організації встановлений процес управління постачальниками, який регламентується законодавчо. При цьому заходи з управління залежать від:



ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

- Виду проведення закупівлі;
- Результативності проведення процедури закупівлі;
- Умов договору із постачальником;
- Дотримання процедури оцінки якості товару.

Порядок управління постачальниками продуктів та їх вихідними даними встановлений у документованій процедурі №06 «Управління закупівлями».

Для забезпечення того, що продукти та послуги, які постачаються іззовні, відповідають вимогам організації, використовується вхідний контроль.

Порядок проведення вхідного контролю встановлений відповідними інструкціями.

#### 8.4.3 Інформація для зовнішніх постачальників

Особи, відповідальні за формування того чи іншого виду закупок, аналізують актуальність та коректність інформації щодо продукту чи послуги, які закупуються, до того, як ця інформація буде надана постачальнику.

До вимог організації до постачальників включається наступне:

- Вимоги, які пред'являються до процесів, продуктів, послуг;
- Вимоги до компетентності персонала;
- Порядок взаємодії постачальника з організацією;
- Методи контролю та моніторингу постачальника організацією.

#### *8.5. Забезпечення виробництва продукції. Процес надання освітніх послуг*

##### 8.5.1 Управління процесом наданням освітніх послуг

Управління процесом надання освітніх послуг відбувається в контрольованих умовах.

- 1) Характеристики освітньої послуги, порядок її надання, який підлягає виконанню, та отриманий результат зберігаються у вигляді документованої інформації.

Дана документована інформація відноситься до категорії «документ». Управління документами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

- 2) Наявність необхідних ресурсів для моніторингу/вимірювань – обов'язкова складова, без якої процес оцінки неможливий. Необхідність в засобах моніторингу/вимірювань визначається документованими процедурами процесів СУЯ та нормативними документами.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

- 3) Впровадження діяльності з моніторингу/вимірювань відбувається на відповідних етапах, встановлених документованими процедурами процесів СУЯ.
- 4) Керівництво організації надає ресурси для забезпечення процесу надання освітньої послуги необхідною інфраструктурою та виробничою середою.
- 5) Необхідність в компетентних співробітниках з відповідними кваліфікаціями визначається на етапі планування та підтримується протягом всього життєвого циклу послуги.
- 6) Для мінімізації помилок, викликаних людським фактором, впроваджуються дії з постійного контролю знань інструкцій персоналом, проведення тренінгів щодо дій в непередбачуваних ситуаціях.
- 7) Діяльність з надання освітньої послуги та наступні дії (при необхідності) відбуваються так, як було заплановано.

#### 8.5.2 Ідентифікація та простежуваність

Ідентифікація вихідних даних процесу надання освітньої послуги відбувається шляхом фіксації кінцевих результатів надання освітньої послуги або одного з її етапів.

Ідентифікація статусу вихідних даних відносно вимог до моніторингу/вимірювань відбувається з періодичністю, зазначеною в картах процесів.

Простежуваність вихідних даних є вимогою в усіх процесах СУЯ.

Документована інформація, яка підтверджує простежуваність, відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

#### 8.5.3. Власність споживачів та зовнішніх постачальників

Власністю споживачів, яка підпадає під управління організації, є персональні дані, медичні дані, особисті речі.

Власністю постачальників, яка підпадає під управління організації, є юридичні та фінансові дані.

Організація забезпечує перевірку, захист та збереженість власності споживачів/постачальників протягом всього часу знаходження її в організації.

У разі, якщо власність споживачів/постачальників пошкоджена, втрачена чи визнана непридатною з якихось причин, організація інформує про це

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

споживача/постачальника будь-яким способом, зберігаючи документовану інформацію, яка відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

#### 8.5.4 Зберігання

Вихідні дані процесу надання освітньої послуги у вигляді записів зберігаються з дотриманням вимог до ідентифікації, руху, захисту, зберігання, які визначені законодавством у різних галузях.

#### 8.5.5. Діяльність після надання освітньої послуги

Організація не проваджує діяльності після надання освітніх послуг. Повторювана діяльність організації по відношенню до одного й того ж споживача здійснюється як нова послуга з дотриманням всіх вимог, що пред'являються до послуги (див. п. 8.2).

#### 8.5.6 Управління змінами

У разі внесення змін в процес надання освітньої послуги організація гарантує її відповідність вимогам шляхом:

- Аналізу змін;
- Визначення відповідальності за затвердження та застосування змін.

Документована інформація за результатами аналізу змін та визначення відповідальності, а також за всіма необхідними діями після аналізу відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

### *8.6 Випуск продуктів та послуг*

Починаючи надання освітніх послуг організація гарантує, що всі заходи, заплановані перед початком, будуть виконані із задовільним результатом.

У деяких випадках може знадобитися схвалення послуги відповідними відповідальними особами.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

Документована інформація з доказами відповідності освітньої послуги критеріям прийняття з вказівкою особи, яка санкціонувала їх випуск, відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

### *8.7. Управління невідповідними вихідними даними*

8.7.1. До невідповідних вихідних даних процесу надання освітніх послуг відносяться:

- Невірно обраховані критерії моніторингу/вимірювання;
- Неочікуваний результат надання послуги;
- Неконтрольовані організацією умови проведення моніторингу/вимірювання.

Управління невідповідними вихідними даними може бути різним в залежності від ступеня впливу невідповідних вихідних даних на завершену освітню послугу та передбачає наступні дії:

- Корекцію (у тому разі, якщо послуга або вимірювання проведені не за стандартом);
- Інформування споживачів (якщо отриманий неочікуваний або малоочікуваний результат);
- Скасування результатів вимірювання та проведення повторного, контрольованого, вимірювання.

Якщо діями з невідповідними вихідними даними була корекція або повторення вимірювання, після їх проведення проводиться обов'язкова повторна перевірка повторно отриманих даних.

8.7.2 В організації зберігається документована інформація з описом невідповідності, проведених дій, усіх дозволених відступів від вимог, а також з вказівкою відповідальної особи, яка прийняла рішення по невідповідності.

Дана документована інформація відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

## **6. ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ**

### *9.1. Моніторинг, вимірювання, аналіз та оцінювання*

#### 9.1.1 Загальні положення

Моніторингу/вимірюванням підлягають:

- Результати надання освітньої послуги
- Процеси СУЯ
- Виконання цілей/заходів в області якості
- Контекст організації
- Задоволеність споживачів
- Діяльність постачальників

Встановлена періодичність моніторингу/вимірювань по кожному з напрямків, вимірювань по кожному з процесів, яка зафіксована в картах процесів.

Методи, які використовує організація для моніторингу, вимірювань, аналізу та оцінювання: математичний розрахунок критеріїв по кожному з процесів (критерії результативності), шкала індикаторів результативності (червоний, жовтий, зелений), квантифікаційна оцінка ризиків по кожному з процесів, шкала індикаторів ризиків (сервоний, жовтий, зелений), квантифікаційний та індикаторний аналіз результативності процесів, аналіз дій, спрямованих на мінімізацію ризиків.

Оцінка функціонування та результативності СУЯ базується на діяльності з моніторингу, вимірювань, аналізу, оцінки, тому результати цієї діяльності повинні зберігатися у вигляді документованої інформації.

Дана документована інформація відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

#### 9.1.2 Задоволеність споживачів

Організація веде моніторинг сприйняття споживачами ступеня виконання їх потреб та очікувань.

Періодичність моніторингу відгуків – мінімум 1 раз на рік.

Метод отримання та обробки такої інформації: проведення анонімного анкетування студентів та співробітників.

#### 9.1.3 Аналіз та оцінювання

Дані та інформація за результатами моніторингу/вимірювань використовуються організацією для подальшого аналізу та оцінки. При цьому використовуються різні методи, в том числі статистичні.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

В результаті діяльність з аналізу та оцінки демонструє:

- Відповідність надання освітніх послуг;
- Ступінь задоволення споживачів;
- Результативність СУЯ;
- Результативність планування;
- Результативність дій з обробки ризиків та можливостей;
- Результативність постачальників;
- Необхідність у вдосконаленні СУЯ.

## 9.2. Внутрішній аудит

9.2.1. В організації функціонує процес внутрішнього аудиту, мета якого підтвердити відповідність СУЯ вимогам стандарту ISO 9001:2015 та власним вимогам організації, а також переконатися в результативному її впровадженні та функціонуванні.

### 9.2.2 Програма внутрішнього аудиту включає:

- періодичність аудиту – 2 рази на рік;
- метод проведення аудиту – аналіз виконання вимог, які пред'являються до процесів виробництва продукту/надання послуги, всіх рівнів; аналіз обізнаності персоналу щодо виконання обов'язків, функціонування СУЯ; ведення/оформлення документів та записів; моніторинг критеріїв та ризиків (кожний другий аудит); аналіз дії з усунення зауважень або невідповідностей, визначених попереднім аудитом.

- відповідальність в рамках процесу аудиту за створення умов для його проведення несе відповідальність керівник процесу; за якість проведення аудиту несе відповідальність аудитор, який входить до складу групи внутрішніх аудиторів.

- вимоги до планування аудиту з урахуванням важливості процесів, що перевіряються, змін, що впливають на організацію та результати попередніх аудитів.

Критерії аудиту встановлюються при розробці щорічного графіку аудиту.

Аудиту можуть підлягати як процеси по всій ланці підрозділів-учасників, так і окремі підрозділи, як учасники того чи іншого процесу.

Внутрішні аудитори компетентні для проведення внутрішнього аудиту, їх об'єктивність обумовлена тим, що вони не перевіряють процеси, учасниками яких є.

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

За результатами аудиту обов'язковим є складання звіту аудитором, при цьому звіти надаються відповідним керівникам та вищому керівництву організації.

Відповідальність за корекцію та корегувальні дії несуть керівники підрозділів/процесів СУЯ, що підлягають перевірці.

Строки виконання корекції та корегувальних дій встановлюються в кожному конкретному випадку, але не повинні перебільшувати 45 календарних днів.

Перевірка впровадження корекції та корегувальних дій, а також оцінка їх результативності перевіряється аудитором на наступному аудиті.

Документована інформація з планування аудиту відноситься до категорії «документи».

Управління документами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

Документована інформація за результатами аудиту та перевірки корекції і коректувальних дій відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

При плануванні аудиту та звітуванні за його результатами в якості інформаційної допомоги може бути використаний стандарт ISO 19011.

### *9.3. Аналіз з боку керівництва*

#### 9.3.1. Загальні положення

Аналіз системи менеджменту якості організації проводить керівник групи СУЯ та вище керівництво з періодичністю 1 раз на рік.

#### 9.3.2. Вхідні дані аналізу

При плануванні в аналіз з боку керівництва включаються:

- Задоволеність споживачів та інформація від зацікавлених сторін;
- Ступінь виконання цілей/заходів в області якості;
- Результативність процесів та відповідність освітніх послуг;
- Наявність та статус невідповідностей та коректувальних дій;
- Результати моніторингу/вимірювань;
- Результати аудитів (першої, другої, третьої сторони);
- Оцінка діяльності постачальників;
- Наявність та відповідність необхідних ресурсів;

ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

- Результативність дій з обробки ризиків та можливостей;
- Необхідність в діях по вдосконаленню.

### 9.3.3. Вихідні дані аналізу

До вихідних даних процесу аналізу з боку керівництва відносяться рішення, які стосуються:

- діяльності та вдосконалення;
- необхідності змін СУЯ;
- потреби в ресурсах.

Результати аналізу з боку керівництва є документованою інформацією, яка відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

## **7. ВДОСКОНАЛЕННЯ**

### *10.1. Загальні положення*

В першу чергу організація вдосконалюється, виконуючи потреби споживачів та підвищуючи їх задоволеність.

Підвищення задоволеності споживачів базується не тільки на покращенні процесу надання освітньої послуги, але і на вивченні майбутніх потреб та очікувань споживачів.

Вдосконаленню також сприяє впровадження корегувальних та попереджувальних дій, діяльність по зменшенню небажаних впливів, покращення функціонування та результативності СУЯ.

### *10.2 Невідповідності та корегувальні дії*

10.2.1 До невідповідностей, у першу чергу, відносяться скарги споживачів, а також будь-яке невиконання вимог як до освітньої послуги і процесів, так і до системи управління якістю в цілому.

При виникненні невідповідностей організація:

- Ідентифікує її;



ДЗ «ДМА»	<b>НАСТАНОВА З ЯКОСТІ</b>	Протокол засідання групи СУЯ № 6 від 17.05.2018 р.	
		Редакція № 1	Всього 34 стор.

- Проводить дії з локалізації/корекції;
- Виявляє причину невідповідності;
- Аналізує необхідність в корегувальних діях;
- Визначає можливість виникнення подібних невідповідностей в інших областях, процесах, підрозділах;
- Аналізує необхідність в попереджувальних діях;
- При позитивному рішенні виконує необхідні корегувальні та попереджувальні дії, які повинні бути співрозмірними ступеню впливу невідповідності, яка виникла;
- Аналізує результативність дій, що були проваджені;
- при необхідності оновлює ризики та можливості, корегуючи відповідні документи;
- при необхідності вносить зміни в СУЯ, корегуючи відповідні документи. Відповідальність за діяльність в рамках корегувальних дій несе керівник відповідного процесу СУЯ.

10.2.2 Вся інформація про невідповідності, причини, всі наступні проваджені дії та їх результативність зберігається як документована інформація.

Дана документована інформація відноситься до категорії «записи».

Управління записами відображено в документованій процедурі №10 «Управління СУЯ», п.6.3.

### *10.3 Безперервне вдосконалення*

Вся діяльність організації по вдосконаленню придатності, адекватності та результативності СУЯ є постійною та базується на результатах різних видів аналізу та оцінки в рамках всієї організації, за різними напрямками, процесами, вимогами.

Аналіз, оцінка проводяться як керівництвом організації, так і відповідними відповідальними особами та виконавцями.

Всі потреби та можливості за результатами аналізу є підтвердженням безперервного вдосконалення.

### Схема процесів СУЯ

