

ИННОВАЦИОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА



Проект 2: индивидуальная траектория обучения
и качество образования

Цель: ориентированное на требования рынка
образовательных услуг улучшение качества
подготовки и переподготовки специалистов

Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

Владимирский государственный университет

А.Г. СЕРГЕЕВ

ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ
И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ
ОБРАЗОВАНИЯ

Учебное пособие

Владимир 2008

УДК 378.01
ББК 74.58
С 32

Рецензенты:

Кандидат технических наук, доцент
начальник отдела информации и документооборота
Владимирского государственного университета

О.А. Назарова

Зам. директора ФГУ «Владимирский центр стандартизации,
метрологии и сертификации»

С.И. Смирнов

Печатается по решению редакционного совета
Владимирского государственного университета

Сергеев, А. Г. Документирование процессов и деятельности в
С 32 управлении качеством образования : учеб. пособие / А. Г. Сергеев ;
Владим. гос. ун-т. – Владимир : Изд-во Владим. гос. ун-та, 2008. –
150 с. – ISBN 978-5-89368-815-3.

Обобщены принципы документирования системы менеджмента качества (СМК) в вузе. На основе структурирования документации, используемой в вузе, обоснованы правила, виды и задачи документирования процессов и деятельности в образовательном учреждении. Подробно рассмотрены документы концептуального и производственного характера и управления документацией на примере шести обязательных документированных процедур. Приведены типичные ошибки при документировании и методика документальной оценки зрелости вуза.

Предназначено для студентов специальностей «Управление качеством», «Метрология и метрологическое обеспечение», «Стандартизация и сертификация», а также для широкого круга работников, связанных с вопросами обеспечения качества продукции и услуг (работ).

Табл. 25. Ил. 13. Библиогр.: 16 назв.

УДК 378.01
ББК 74.58

ISBN 978-5-89368-815-3

© Владимирский государственный
университет, 2008

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА (СМК) ОБРАЗОВАНИЯ	6
1.1. Модель СМК вуза	6
1.2. Факторы, влияющие на качество образовательного процесса	8
Глава 2. СТРУКТУРА ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ВУЗА	11
2.1. Основные правила при документировании СМК	11
2.2. Требования к документации и задачи документирования процессов СМК	14
2.3. Виды и назначение документации, используемой в СМК вуза	22
Глава 3. ОСНОВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ СМК ОБРАЗОВАНИЯ	26
3.1. Внутренние концептуальные руководящие документы вуза	26
3.1.1. Доктрина	26
3.1.2. Политика	28
3.1.3. Цели	31
3.1.4. Стратегия	32
3.1.5. Видение	36
3.1.6. Миссия	37
3.1.7. Ценности	39
3.1.8. Взаимосвязь концептуальных документов и ответственность за их исполнение	41
3.2. Руководство по качеству	44
3.3. Планирование системы качества	52
3.4. Документирование процессов и деятельности СК вуза	60
3.4.1. Спецификация процессов	60
3.4.2. Информационная карта процесса	62
3.4.3. Документированные процедуры и записи	69
3.4.4. Нерегламентируемые и дополнительные документы и методики по качеству	74

Глава 4. УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	80
4.1. Общие требования к управлению документацией	80
4.2. Стандарты организации	84
4.3. Управление документацией через документированные процедуры	86
4.4. Управление записями	94
4.5. Внутренние аудиты	104
4.6. Управление несоответствующей продукцией	111
4.7. Документирование корректирующих и предупреждающих действий	116
4.8. Типичные ошибки и управление пересмотром и хранением документации	124
Глава 5. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ УРОВНЯ ЗРЕЛОСТИ ВУЗА	128
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	137
ПРИЛОЖЕНИЯ	141
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	149

Русскому народу есть только один выход и одно спасение – возвращение к качеству и его культуре.

И.А. Ильин «Спасение в качестве», 1928 г.

Сначала думай – потом пиши.
Написал – прочитай.
Прочитал – сократи на четверть.
Хороший документ – краткий документ.

Журнал «Стандарты и качество»

В В Е Д Е Н И Е

При реализации систем менеджмента качества (СМК) на любом предприятии, в том числе и в вузе сотрудники сталкиваются с понятиями документооборота, делопроизводства и документирования. Эти понятия нельзя смешивать.

Различие между ними состоит в том, что системы **делопроизводства** обеспечивают работу с документами и реквизитами регистрационно-контрольных форм в соответствии с принятыми правилами и стандартами делопроизводства.

Системы **документооборота** обеспечивают строго регламентированное и формально контролируемое движение документов внутри и вне организации на основе информационных и коммуникационных технологий.

Если основным назначением систем делопроизводства является документальная регистрация тех или иных свершившихся действий и событий (например, «документ принят к исполнению», «документ передан для исполнения конкретному сотруднику», «на документ дан ответ») в соответствии с принятыми правилами, то системы документооборота не только регистрируют действия и события, но и поддерживают сами процессы работы над документами.

Одна из целей международных стандартов качества ИСО серии 9000 состоит в сокращении документооборота в СМК. Для этого в п. 4.2 ГОСТ Р ИСО 9001-2001 введены требования к документации, определена ее номенклатура и приведены принципы управления документацией. Все эти работы относятся к сфере **документирования** разрабатываемой и действующей СМК.

Международный стандарт ISO 8402 : 1994 определяет содержание современного менеджмента качества как метод управления организацией, основанный на сотрудничестве всех ее работников, ориентированный на качество и обеспечивающий удовлетворение запросов потребителей.

Система менеджмента качества – это часть системы внутреннего управления. Она позволяет контролировать и координировать процессы планирования, обеспечения и улучшения качества. Основным мотив для внедрения СМК – стремление повысить эффективность операций и добиться улучшения качества результатов деятельности. Система управления качеством представляет собой совокупность управленческих органов и объектов управления процессами, мероприятиями, методами и средствами, направленными на установление, обеспечение и поддержание высокого уровня качества продукции (работ, услуг) [1].

СМК в вузе – это не контроль качества работы каждого студента, преподавателя и сотрудника, а исключение ошибок в их работе, которые могли бы привести к появлению брака в подготовке специалиста. Для этого нужна подробная детализация СМК образования, доведенная до каждого студента, которая осуществляется через документирование процедур и действий, принятых в вузе.

Совершенно очевидно, что и достижение необходимого качества продукции (услуги, работы), и менеджмент качества осуществляются на базе определенных технологических процедур, которые должны быть задокументированы. Эти вопросы и подлежат решению при документировании процессов и деятельности в управлении качеством образования.

ГЛАВА 1. КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА (СМК) ОБРАЗОВАНИЯ

1.1. Модель СМК вуза

Стремление вузов создать СМК образовательной деятельности – процесс естественный и объективный. Поэтому из множества моделей СМК, используемых в различных сферах экономики, необходимо выбрать наиболее подходящую для образовательной деятельности. В качестве типовой на сегодня признана модель, использующая различные фрагменты существующих и реализованных схем построения СМК [3, 4].

Такая модель СМК вуза приведена на рис. 1.

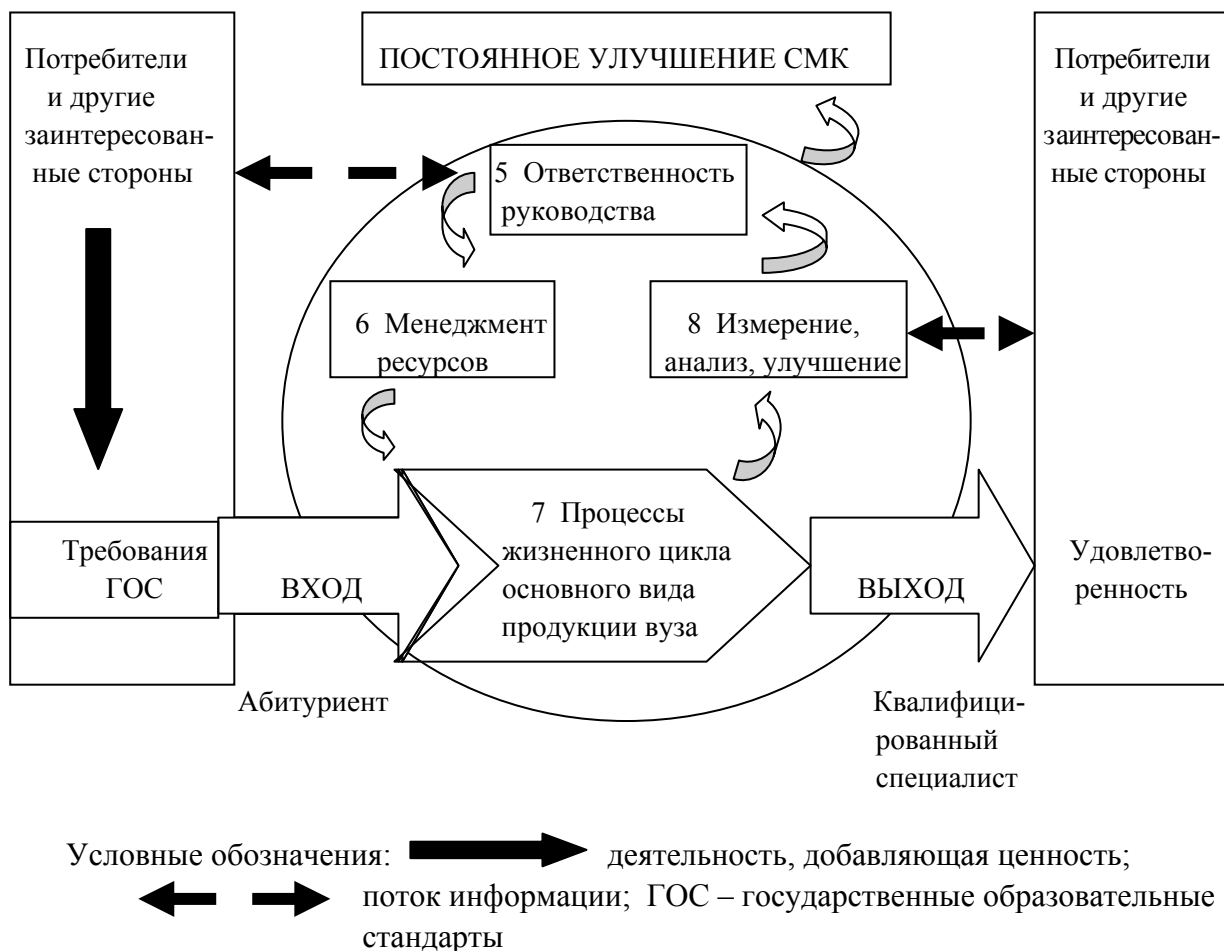


Рис. 1. Модель СМК вуза

Продукция вуза весьма разнообразна: бакалавры, специалисты, магистры, кадры высшей квалификации (кандидаты и доктора наук, доценты и профессора). Вузы осуществляют большой объем научной работы (научные открытия, научные школы, научные труды, монографии, обучение студентов основам научных исследований). То есть вузы разрабатывают и издают учебно-методическую и научную литературу, создают научно-техническую продукцию и даже отдельные виды промышленной продукции. Вузы предоставляют консультационные, информационные и дополнительные образовательные услуги.

Как правило, вуз является центром культурно-просветительной деятельности в своем регионе и осуществляет функции патриотического воспитания молодежи. Тем не менее основная продукция вуза – квалифицированный специалист, которого готовит вуз из «сырья», поставляемого «по-

ставщиками» – школами, лицеями и колледжами. В процессе обучения по конкретной специальности (по ходу технологического процесса) это «сырье», став студентом («полупродуктом»), постепенно приобретает знания, умения, навыки и, наконец, становится квалифицированным специалистом, то есть постепенно превращается в «конечную продукцию».

Конкурентоспособность любого вуза определяет его образовательную деятельность – способность и умение готовить квалифицированных специалистов («производить продукцию»), качество которых не только удовлетворяет требованиям потребителей и всех заинтересованных сторон, но и превосходит их ожидания.

Основная задача вуза – обеспечение необходимых управляемых условий для реализации всех процессов жизненного цикла своей основной продукции. Следовательно, ключевые процессы любого вуза: планирование, разработка, обеспечение и поддержка жизненного цикла его основного вида продукции – квалифицированного специалиста. Здесь под жизненным циклом понимается совокупность процессов, осуществляемых выпускником вуза, начиная от изучения им рынка образовательных услуг и выбора вуза до защиты дипломного проекта (работы), трудоустройства и последующей возможной обратной связи с вузом. Эти процессы формируют, а следовательно, и определяют качество специалиста. Поэтому именно эти процессы – объект сосредоточения всех знаний, умений и навыков руководства и персонала вуза.

Следовательно, вуз, как и любое предприятие экономики и промышленности, – это совокупность взаимосвязанных, взаимодействующих, динамичных процессов, т.е. система. Организационная структура вуза предназначена для обеспечения реализации процессов жизненного цикла продукции, процессов их поддержки и управления.

1.2. Факторы, влияющие на качество образовательного процесса

Задача руководства вуза – установить четкие взаимодействия процессов, в ходе выполнения которых рождается новое качество, не присутствующее ни одному из них в отдельности. Решить эту задачу поможет только эффективная система менеджмента, которая позволит всему персоналу вуза почувствовать себя командой единомышленников, стремящейся к достижению общих целей. При этом процессный подход, положенный в основу создания такой системы, обеспечит возможность целенаправленно

улучшать отдельные процессы и деятельность вуза в целом на основе согласованных усилий всех участников процессов.

При этом очень важно установить факторы, влияющие на качество образовательного процесса. Укрупненно можно выделить четыре глобальных фактора: преподавательский состав, методы обучения, учебно-методическое обеспечение и инфраструктура вуза.

В качестве критериев уровня этих факторов могут выступать показатели, приведенные в табл. 1.

Таблица 1

Качество образовательного процесса

Фактор	Показатель качества
I. Преподавательский состав	<ol style="list-style-type: none"> 1. Квалификация в области преподаваемой дисциплины. 2. Педагогическое мастерство. 3. Научная деятельность в области преподаваемой дисциплины. 4. Новаторство. 5. Личностные качества
II. Методы обучения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Связь обучения с практикой. 2. Связь с предыдущими дисциплинами. 3. Деловые игры (работа в команде). 4. Индивидуализация обучения. 5. Современные методы контроля знаний
III. Учебно-методическое обеспечение	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие ГОСов. 2. Учебные планы. 3. Программы дисциплины. 4. Методические указания. 5. Учебники и учебные пособия. 6. Стандарты по изучаемым дисциплинами. 7. Комплект материалов для самостоятельной работы студентов
IV. Инфраструктура	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лабораторная база. 2. Аудиторный фонд. 3. Библиотечный фонд. 4. Компьютерные и мультимедийные классы. 5. Читальные залы. 6. Спортивный комплекс. 7. Базы отдыха (в том числе летние спортивные лагеря). 8. Комбинат питания. 9. Общежития

Конечно, самая главная роль в улучшении всех процессов и видов деятельности принадлежит персоналу вуза, поскольку ключевая фигура образовательного процесса – преподаватель. Качество квалифицированных специалистов напрямую зависит от компетентности и педагогического мастерства преподавателей. Их интеллект, профессионализм, научный потенциал, педагогическое мастерство (умение заинтересовать, установить контакт, найти оптимальную меру взаимоотношений со студентами) во многом определяют и мотивацию студентов к обучению. Профессора и преподаватели вуза – носители не только знаний, но и общей культуры.

Уровни управления вузом, влияющие на результативность СМК, это:

- руководящий – ученый совет вуза;
- стратегический – ректорат;
- тактический – кафедры;
- оперативный – преподаватели и сотрудники.

Между всеми этими уровнями в вузах устанавливаются тесные взаимосвязи путем документирования как деятельности по управлению качеством образования, так и процессов по реализации качества образования в принятой (разработанной) СМК.

В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9004-2001 документация, связанная с процессами, способствует:

- определению и доведению до сведения персонала характеристик процессов;
- подготовке по вопросам функционирования процессов;
- обмену знаниями и опытом в командах и рабочих группах;
- проведению измерений и аудита процессов;
- анализу, пересмотру и улучшению процессов.

Поэтому документированию в СМК подлежат:

- планирование качества;
- управление качеством;
- обеспечение качества;
- улучшение качества;
- оценка качества.

Планирование основных процессов вуза ведется на основе стратегии развития СК с использованием менеджмента качества.

Результаты **планирования** процессов фиксируются и вносятся в соответствующую документацию. Документированные значения целевых показателей имеют статус требований к процессу.

Управление процессом при выполнении установленных для него требований осуществляется руководителем процесса без вмешательства со стороны высшего руководства.

Обеспечение качества процесса осуществляется в соответствии с требованиями к процессу, содержащимися в информационной карте процесса. Здесь же присутствует и информация о мероприятиях и проектах по **улучшению качества** процесса. Обеспечение качества распространяется на все, что делает качество видимым и осязаемым (существующим), а управление качеством связано часто с мероприятиями по его контролю и сопутствующими контролю действиями (изъятие негодной продукции, ремонт, корректирование и т.п.). Обеспечение качества означает все мероприятия, связанные с тем, чтобы сделать качество реальным. Обеспечение качества процесса осуществляется в соответствии с требованиями к процессу, изложенными в информационной карте. Это методы и виды деятельности вуза, направленные на создание уверенности в том, что требования к качеству будут выполнены.

Оценка качества процесса осуществляется в виде различных форм подтверждения выполнения требований к процессу (самооценка, внешняя оценка, оценка уровня зрелости).

ГЛАВА 2. СТРУКТУРА ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ВУЗА

2.1. Основные правила при документировании СМК

Документация системы менеджмента качества – комплект документов, необходимых для надлежащего функционирования системы менеджмента качества. Документом системы качества считается любой материальный носитель, содержащий информацию и реквизиты, позволяющие идентифицировать данную информацию [6].

Для того чтобы все необходимые действия по выполнению требований заказчика были выполнены, они должны быть задокументированы. Иначе эти действия (работы, процессы, подпроцессы) будут выполняться случайным образом и давать непрогнозируемый результат.

При разработке, проверке и утверждении документации необходимо соблюдать следующие правила [5]:

1. Каждый документ следует рассматривать с точки зрения максимальной полезности и оптимальных трудозатрат на его создание и исполнение. Содержание документа, регламентирующего какую-либо деятельность, должно быть по возможности кратким и понятным для исполнителя.

2. Система документов должна быть построена оптимальным образом, чтобы исключить возможность:

а) неоднозначного толкования содержания документов и взаимодействия исполнителей;

б) отсутствия необходимых документов на рабочих местах;

в) несогласованности в текстах смежных документов;

г) незнания персоналом своих действий в штатной и нештатной ситуациях.

3. Критерий правильности документа, регламентирующего любую деятельность: документ можно использовать для обучения вновь принятых сотрудников без дополнительных пояснений. Если новый сотрудник, имеющий начальную профессиональную подготовку, после прочтения документа способен выполнять данную деятельность, значит, и документ, и сотрудник соответствуют предъявленным требованиям. Если же нет, то от одного из них нужно отказываться: или от сотрудника, или от документа.

4. Запрещается утверждение, выпуск и использование документации, не согласованной с соисполнителями (подразделениями в лице их руководителей). Все разногласия при разработке и выпуске документации должны быть сняты путем переговоров на этапе согласования. В ином случае – документ бесполезен, смежное подразделение не будет его исполнять или будет, но «максимально неэффективным образом», т.е. тихо саботируя.

Для этого в вузе должен быть установлен порядок разработки, согласования, утверждения, рассылки, ведения и аннулирования документации, обеспечивающий максимально эффективное ее использование.

Каждое структурное подразделение (факультет, кафедра, служба) вуза должно иметь и поддерживать в рабочем состоянии свой комплект документов по качеству, определяющий характер деятельности подразделения в СМК и обеспечивающий прослеживаемость результатов этой деятельности. В состав комплекта должны включаться документы:

– устанавливающие цели и задачи подразделения в области качества;

– устанавливающие процедуры СМК, выполняемые подразделением;

– отражающие подготовку сотрудников подразделения в области качества;

– свидетельствующие о результатах деятельности подразделения в области качества.

Рекомендуется разработать перечень внутренних нормативных документов СМК, с помощью которого можно было бы вести их учет и контроль за статусом пересмотра с целью поддержания в актуальном состоянии.

Организация работ с документами СМК вуза должна гарантировать, что:

- документы находятся в наличии в подразделениях и на рабочих местах, где выполняются операции, оказывающие решающее влияние на качество;
- документы легко доступны для специалистов (исполнителей) и в то же время защищены от посторонних лиц;
- устаревшие документы незамедлительно изымаются из соответствующих компонентов документации и из употребления.

Для облегчения внутреннего документооборота рекомендуется разработать систему кодирования и соответствующей индексации документов.

Процесс управления документами СМК должен охватывать следующие этапы:

- утверждение документов (для внутренних документов);
- поступление документов в организацию (для внешних документов);
- учет, регистрацию, идентификацию;
- определение оригинала документа;
- определение контрольного экземпляра документа;
- определение адресатов, кому должен быть направлен документ;
- тиражирование документа;
- присвоение учетных номеров учетным экземплярам документа;
- рассылка учетных экземпляров документа;
- ознакомление персонала с документами;
- хранение оригинала документа;
- хранение контрольного экземпляра документа;
- поступление изменений к документам (для внешних документов);
- определение контрольного экземпляра изменения к документу;
- определение адресатов, кому должно быть направлено изменение к документу;
- тиражирование изменения к документу;
- присвоение учетных номеров учетным экземплярам изменения к документу;
- рассылка учетных экземпляров изменения к документу;
- ознакомление персонала с изменениями к документу;
- хранение оригинала изменения к документу;
- хранение контрольного экземпляра изменения к документу;
- аннулирование, изъятие и хранение аннулированных документов.

2.2. Требования к документации и задачи документирования процессов СМК

ГОСТ Р ИСО 9004-2001 акцентирует внимание руководителей организаций на необходимости тщательного документирования производственных процессов и всех видов деятельности.

Руководству следует определить документацию, включая соответствующие записи, необходимую для разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии системы менеджмента качества и достижения результативного и эффективного выполнения процессов. Характер и степень документированности должны отвечать контрактным, законодательным и другим обязательным требованиям, потребностям и ожиданиям потребителей и других заинтересованных сторон, а также устраивать организацию.

Документация может быть в любой форме или на любом носителе, исходя из потребностей организации.

С целью обеспечения документацией, отвечающей потребностям и ожиданиям заинтересованных сторон, руководству необходимо учитывать:

– контрактные требования потребителей и других заинтересованных сторон;

– использование организацией международных, национальных, региональных и отраслевых стандартов;

– соответствующие законодательные и другие обязательные требования;

– решения организации;

– источники внешней информации, касающиеся возможностей организации;

– информацию о потребностях и ожиданиях заинтересованных сторон. Разработку, использование и управление документацией следует оценивать с учетом результативности и эффективности организации на основе таких критериев, как:

- функциональность (например скорость обработки данных);
- простота в использовании;
- потребность в ресурсах;
- политика и цели;
- текущие и будущие требования, относящиеся к менеджменту знаний;
- сравнение с лучшими системами документации;
- взаимодействие потребителей, поставщиков и других заинтересованных сторон организации.

Доступ к документации предоставляется работникам организации и другим заинтересованным сторонам, исходя из принятых принципов обмена информацией в вузе.

Стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-2001 формирует общие требования к документации системы менеджмента качества, которая должна включать:

- а) документально оформленные заявления о политике и целях в области качества;
- б) руководство по качеству;
- в) документированные процедуры, требуемые этим стандартом;
- г) документы, необходимые организации для обеспечения эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими;
- д) записи, требуемые стандартом.

Примечания:

1. Запись «документированная процедура» означает, что процедура разработана, документально оформлена, внедрена и поддерживается в рабочем состоянии.

2. Степень документированности системы менеджмента качества одной организации может отличаться от другой в зависимости:

- а) от размера организации и вида деятельности;
- б) сложности и взаимодействия процессов;
- в) компетенции персонала.

По ГОСТ Р 52614.2-2006 при планировании системы менеджмента качества и разработке руководства по качеству образовательные учреждения могут устанавливать требования или ссылаться на требования, не установленные ИСО 9001, такие как следующие, но не ограниченные ими:

- необходимые организации термины и определения;
- общая стратегия организации;
- законы и нормативно-правовые акты, применяемые в организации;
- необходимая компетентность преподавательского состава (поставщиков образования);
- аккредитованные и сертифицированные образовательные программы;
- учебные программы и учебные планы;
- программы повышения квалификации, подготовки и переподготовки преподавательского состава и персонала;
- вспомогательные службы организации.

Опыт реализации СМК показывает, что 40 – 60 % несоответствий, выявляемых при сертификации СМК, связаны с недостаточным документированием процессов СМК [1].

Основные вопросы при документировании процессов сводятся к двум:

- какие процессы надо документировать?

- в какой форме и до какой степени детализации необходимо и достаточно документировать процессы?

Ответы на эти вопросы должны соответствовать как требованиям стандартов по СМК, так и соответствующим отраслевым документам.

Стандарты по СМК не регламентируют четко и определенно вышеуказанные вопросы, хотя устанавливают общие правила менеджмента процессов (п. 4.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2001) и их документирования (4.2.1 (г)). При этом важно учитывать, что на многих ведущих отечественных и зарубежных предприятиях внедряются специфические методы документирования и менеджмента процессов, которые требуют существенной реорганизации управления на предприятии, финансовых вложений и времени. Это методы организации «бережливого производства»; методы, базирующиеся на применении информационных технологий (методология функционального моделирования IDEF, CASE-технологии) и др., что является этапом дальнейшего развития СМК (сверх требований ГОСТ Р ИСО 9001-2001, но в соответствии с рекомендациями ГОСТ Р ИСО 9004-2001 и будущей новой версии этого стандарта).

Ответ на вопрос: какие процессы надо документировать? – основывается на п. 4.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2001 и понимании современной методологии менеджмента качества, которая ориентирована на постоянное повышение удовлетворенности потребителей (внутренних и внешних) на основе постоянного улучшения процессов.

Следует различать понятия «вид деятельности» и «процесс». В ГОСТ Р ИСО 9001-2001 почти все пункты требований – это обязательные виды деятельности, которые должны выполняться по документированным или не документированным процедурам (по ГОСТ Р ИСО 9001-2001 обязательных документированных процедур должно быть не менее шести). Виды деятельности – это внутренние работы в процессах, их часто называют «подпроцессами». Для них не требуются «жесткие» правила управления по п. 4.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2001, а достаточно выполнять только требования, указанные для конкретного вида деятельности. Документированная процедура на вид деятельности стандарта проста и «беспроблемна» в выполнении, мало подвержена изменениям, может применяться в различных процессах. Способ документирования вида деятельности как просто порядок выполнения работы (функции, операции) может быть самым разным – это стандарт организации (СТО), инструкция, методика, положение, пункт (раздел) в другом документе (например, в «Руководстве по качеству», СТО, документе по описанию процесса).

В отличие от обязательных «видов деятельности» обязательный состав процессов не регламентирован. Каждая организация этот состав устанавливает сама, исходя из того, какие цели преследует разрабатываемая система.

В соответствии с примечанием к п. 4.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в процессы, необходимые для СМК, как правило, следует включать:

- процессы управленческой деятельности руководства;
- процессы обеспечения ресурсами;
- процессы жизненного цикла;
- процессы измерения.

Это виды процессов, от которых в первую очередь зависит качество продукции (услуги), а задача службы качества – определить, сколько процессов целесообразно выделить так, чтобы для них организовать «более жесткое», чем было до внедрения СМК, «управление с постоянным улучшением» (т.е. выполнить п. 4.1 и другие пункты ГОСТ Р ИСО 9001-2001).

Перечень процессов СМК динамичен. Он может изменяться по мере необходимости, исходя из проблематичности какого-либо комплекса видов деятельности и целесообразности его постоянного улучшения. При этом возможно не только расширение перечня, но и, что особенно важно, его сужение в случае устойчивого достижения рассматриваемым процессом СМК запланированных результатов, когда дальнейшее улучшение процесса невозможно или нецелесообразно из-за нерационального соотношения вложенных ресурсов в улучшение и ожидаемого потенциального результата.

При описании полномочий по процессам необходимо исходить из реальных сфер ответственности руководителей, то есть учитывать действующее управление, и назначать руководителей верхнего уровня (проректоров) владельцами (руководителями) процессов, а руководителей нижнего уровня – ответственными за подпроцессы.

Ответ на второй вопрос: в какой форме и до какой степени детализации необходимо и достаточно документировать процессы? – определяется требованиями п. 4.1, 4.2.1 (г) и примечанием к п. 4.2.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2001.

По п. 4.2.1 (г) вуз должен иметь документы, необходимые ему для обеспечения эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими. То есть обязательно документировать все правила менеджмента процесса, указанные в п. 4.1, и порядок реализации видов деятельности, относящихся к конкретному процессу, установленных в соот-

ветствующих пунктах ГОСТ Р ИСО 9001-2001. Например, для выделенных процессов, приведенных в табл. 2, необходимо иметь документы по описанию общего менеджмента (управления) по п. 4.1 каждого процесса и документы (процедуры) по выполнению подпроцессов, входящих в процесс.

Таблица 2

Состав процессов, подпроцессов и распределение ответственности в СМК

Процесс (тип процесса), вид деятельности/ Владелец процесса (процедуры)	Состав процесса – подпроцессы, подвиды деятельности	Пункт ГОСТ Р ИСО 9001-2001	Владелец (руководитель) подпроцесса (подвида деятельности)
Руководство и управление СМК (управляющий процесс)/ректор	Ориентация на потребителя, определение и обеспечение выполнения требований потребителей (ТЗ, ТУ) и условий контракта	5.1, 5.2	Проректор
	Определение и доведение до сведения персонала законодательных и обязательных требований к продукции и процессам	5.1 (а)	Начальник юридического отдела
	Маркетинговые исследования и измерение удовлетворенности потребителей	5.2, 7.2.1, 7.2.3	Проректор по маркетингу и сбыту
	Правовое обеспечение деятельности организации	1.1.6	Юрисконсульт
	Разработка и актуализация Политики и Целей в области качества	5.3	Подразделение по качеству
	Установление измеримых целей в области качества, согласованных с Политикой, для процессов и подразделений (подпроцессов, выполняемых подразделениями в рамках процессов), разработка планов для достижения целей	5.4	Подразделение по качеству
	Распределение ответственности и полномочий, формирование оргструктуры, положений о подразделениях, должностных инструкций	5.5.1, 5.5.2	Отдел кадров
	Обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии процессов и процедур СМК	5.5.2 (а)	Подразделение по качеству

Окончание табл. 2

Процесс (тип процесса), вид деятельности/ Владелец процесса (процедуры)	Состав процесса – подпроцессы, подвиды деятельности	Пункт ГОСТ Р ИСО 9001- 2001	Владелец (руководитель) подпроцесса (подвида деятельности)
Руководство и управление СМК (управляющий процесс)/ректор	Внутренний обмен информации по вопросам качества продукции, удовлетворенности потребителей, результативности СМК и ее процессов	5.5.3	Подразделение по качеству
	Обеспечение организации и СМК необходимыми финансовыми ресурсами для повышения результативности СМК и удовлетворенности потребителей	5.1 (д)	Проректор по экономике и финансам
Анализ и улучшение (управляющий процесс) / ректор	Определение, сбор и анализ данных, подготовка отчетов о качестве	8.4	Подразделение по качеству
	Организация и проведение «Дней качества», заседаний координационного совета по качеству, работы групп качества в подразделениях	8.5, 5.6	Подразделение по качеству
	Разработка и контроль исполнения мероприятий по повышению качества продукции	8.1, 8.5	Проректор
	Оценка надежности продукции по данным из эксплуатации, разработка и контроль исполнения мероприятий по повышению надежности серийной продукции	8.1, 8.4, 8.5	Проректор
	Анализ СМК со стороны руководства, разработка и контроль исполнения комплексно-целевой программы социально-экономического развития предприятия	5.6	Ректор
	Организация и методы проведения корректирующих действий	8.5.2	Подразделение по качеству

Примечания:

владелец (руководитель) процесса – ответственный за бюджет, разработку, планирование, распределение ответственности и полномочий, координацию подпроцессов, внутрипроцессный арбитраж, внешнее взаимодействие и информирование, результативность, эффективность, анализ и улучшение процесса;

владелец (руководитель) подпроцесса – ответственный за разработку и организацию выполнения подпроцесса, контроль, мониторинг и оперативное управление подпроцессом, внутреннее взаимодействие и информирование, результативность, эффективность, анализ и улучшение подпроцесса;

координатор подпроцесса – ответственный за координацию однотипных подпроцессов в разных процессах, подразделениях, их методическое обеспечение и контроль;

ответственный исполнитель подпроцесса – ответственный за выполнение подпроцесса.

Примечание 2 к п. 4.2.1 («степень документирования системы менеджмента качества одной организации может отличаться от другой в зависимости: а) от размера организации и вида деятельности; б) сложности и взаимодействия процессов; в) компетенции персонала») может быть учтено для предприятия, создающего (ремонтующего) сложную технику или выполняющего сторонний заказ (услугу), варьируя степень детализации документированных процедур. При внутреннем и внешнем (сертификационном) аудите СМК достаточность детализации этих многочисленных документированных процедур определяется экспертно, исходя из практической целесообразности, – должно быть оценено, что существующая степень документированности обеспечивает выполнение всех требований (правил) эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими.

На рис. 2 приведено формирование процессов и документации СМК на основе процессного подхода.



Рис. 2. Формирование процессов и документации SMK

2.3. Виды и назначение документации, используемой в СМК вуза

Современный вуз в своей деятельности использует самую разнообразную по характеру и назначению документацию. Во-первых, это традиционная документация, связанная с функционированием вуза – законы РФ, указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, правовые, нормативные и технические документы Министерства образования и науки, Федерального агентства по образованию и его подразделений, а также документы, связанные с разработкой внутривузовских постановлений и нормативов в соответствии с перечисленными директивами вышестоящих органов. Прежде всего – это Устав вуза и план работы его Ученого совета. Кроме того, это перспективные и текущие планы учебной, научной и хозяйственной деятельности, учебно-методическая документация, соответствующая документация деканатов, кафедр и подразделений вуза, другие документы, связанные с региональной подчиненностью вуза и многое другое.

С разработкой и внедрением системы качества образования число документов существенно возрастает и встает вопрос об управлении документацией в соответствии с рекомендациями ГОСТ Р ИСО 9001-2001. Данный стандарт предусматривает:

- Документы, заявляющие о задачах и перспективах развития вуза в области качества (политика, видение, миссия, цели, стратегия и Руководство по качеству).

При этом заявление о политике и целях в области качества может быть независимым документом либо быть включенным в Руководство по качеству.

Руководство по качеству является ключевым документом организации, определяющим политику предприятия, организацию и систему руководства качеством.

Процессы, методы реализации которых не могут быть развернуты в рамках Руководства по качеству, включаются в перечень внутренних нормативных документов в виде стандартов организации или инструкций.

- Документы по планированию различных видов, описывающих как система качества применяется к конкретной образовательной программе или услуге. К таким документам относятся **планы (или программы) качества**. Программа по качеству определяет мероприятия, связанные с качеством конкретной продукции, услуги, контракта или проекта.

- Документы, описывающие и регламентирующие процессы вуза и содержащие информацию о том, как последовательно выполнять действия и процессы. К числу таких документов относятся **спецификации процессов (СП), документированные процедуры (ДП), должностные (ДИ) и рабочие инструкции (РИ)**. В ряде случаев вместо спецификации могут использоваться **информационные карты (ИК)**.

Рабочие инструкции – это письменные указания, определяющие конкретную последовательность действий при выполнении отдельных работ или операций. По существу рабочие инструкции – это документы, регулирующие подлежащие выполнению виды деятельности на рабочем месте. Рабочие инструкции должны быть выполнены с целью описания всех этапов, на которых отсутствие данных инструкций сказалось бы неблагоприятно. Имеется множество путей подготовки и представления инструкций. РИ должны иметь название и собственную идентификацию. Структура, формат и уровень детализации, используемые в рабочих инструкциях, должны быть разработаны с учетом потребностей персонала ОУ и зависят от сложности работ, используемых методов, проведенной подготовки, навыков и квалификации персонала. Структура рабочих инструкций может отличаться от структуры документированных процедур. РИ могут быть включены в ДП или упомянуты в них.

- **Записи по качеству** – документы, содержащие сведения о достигнутых результатах или свидетельства осуществленной деятельности и необходимые для гарантии эффективной работы и управления процессами.

- **Правовые, нормативные и технические документы, устанавливающие требования к продукции или услуге;** к ним относятся документы, содержащие нормативные требования и условия, например ГОС по различным направлениям и специальностям, другие стандарты, технические условия, документы органов власти, контроля и надзора, инструктивные документы Министерства образования и науки и т.п.

- **Организационно-правовые** (Устав, организационная структура, матрица полномочий и ответственности, положения о структурных подразделениях, должностные инструкции, порядки и т.п.) и **методические документы и рекомендации**, помогающие в работе.

На рис. 3 показана иерархическая структура документации, перечисленной выше. Как видно из рисунка, вся документация может быть условно разделена на семь уровней, соответствующих значимости и широте применения соответствующих документов в рамках вуза. Шесть уровней,

реализуемых в вузе, опираются на базовый уровень, задаваемый вышестоящими организациями.

К уровню **А** относятся концептуальные документы в области качества, а также Руководство по качеству. Этот уровень как бы отражает управление качеством со стороны руководства. Уровень **Б** включает всевозможные документы по планированию. Уровень **В** – это спецификации процессов, ИК и ДП. Спецификации процессов частично тяготеют к уровню **А**, так как содержат также цели вуза, но по процессам. К уровню **Г** относятся записи по качеству, а к уровню **Д** – различные внешние и внутренние правовые, нормативные и технические документы, определяющие требования к основным видам деятельности ОУ. Уровень **Е** включает организационно-правовые, методические и процедурные документы, регламентирующие общие для вуза процессы и деятельность его структурных и функциональных подразделений и должностных лиц.



Рис. 3. Иерархическая структура документации системы качества вуза

Традиционно система внутренней документации ОУ строилась на основе документов типа Устав, Положения о структурных подразделениях (о кафедре, факультете и т.п.), Правил или Порядков (приема студентов, подготовки и проведения экзаменационной сессии, командирования сотрудников и т.п.) и должностных инструкций (декана, зав. кафедрой и др.). Минимальный набор таких документов может включать следующие разработки:

- о системе учебной и методической работы;
- факультете;
- кафедре;
- промежуточной аттестации студентов;
- учебно-методическом комплексе (УМК);
- итоговой государственной аттестации;
- проведении практик студентов;
- стажировке молодых специалистов и др.

Как показано в [4], все эти документы в основном имеют функциональную ориентацию, даже если они и описывают порядок выполнения какого-либо процесса или работы. Функциональное мышление традиционно более понятно и привычно для персонала и менять его надо очень осторожно и последовательно. Переход от функционального мышления к процессно-ориентированному требует постепенного преобразования существующих в вузе Положений и Порядков в документированные процедуры системы качества, построенные по принципам, изложенным ниже.

Тем не менее на первых этапах построения системы качества в структуре ее документации вполне могут присутствовать действующие в вузе внутренние нормативные документы: Положения, Порядки, Инструкции и др. При этом желательно включить их в общую систему идентификации документации и предъявлять к ним все требования, применимые для любых документов системы качества: требования к содержанию и построению, порядку разработки, утверждения и пересмотра, требования к рассылке и др.

Каждый вуз определяет объем необходимой документации и ее носители. Это зависит от таких факторов, как: вид и размер вуза; сложность и взаимодействие процессов; требования конкретных потребителей; соответствующие обязательные требования; продемонстрированные способности персонала; а также от глубины, до которой необходимо подтверждать выполнение требований к системе менеджмента качества.

Чтобы соответствовать требованиям международного стандарта, документация должна включать: заявление о политике и целях в области качества; Руководство по качеству; методы управления документацией; методы учета; методы внутреннего аудита; методы управления несоответствиями; методы для корректирующих действий; методы для предупреждающих действий.

В соответствии с ИСО 9001-2000 документы могут быть на бумажных, магнитных, электронных или CD-носителях, а также в виде фотографий.

ГЛАВА 3. ОСНОВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ СМК ОБРАЗОВАНИЯ

3.1. Внутренние концептуальные руководящие документы вуза

3.1.1. Доктрина

Разработка документации СМК начинается с формулирования идеологии и концепций вуза в области качества, в которой определены общие намерения и направления деятельности в области качества, официально сформулированные высшим руководством (ректором). Как правило, концептуальной документацией становятся Доктрина, Политика, Цель, Стратегия, Видение, Миссия и Ценности вуза. Эти документы должны обладать официальным статусом и быть доступными для студентов, сотрудников и других заинтересованных сторон. Для этого они могут размещаться на официальном сайте вуза, информационных стендах на территории вуза и в иных удобных для обозрения местах.

На основе всестороннего изучения и оценки текущих и перспективных потребностей рынка образовательных услуг, рынка рабочей силы, других потребителей и заинтересованных сторон, включая персонал вуза, руководство должно сформировать **Доктрину** в области качества, которая определяет:

- политику вуза в области качества образовательной и научной деятельности;
- стратегические цели деятельности университета, включая внедрение системы качества;

- ожидаемые результаты и механизмы их достижения;
- гарантии реализации доктрины.

Дополнительно доктрина может включать в себя формулировку Миссии, основных ценностей, Видения будущего, целей и задач с проекцией этих целей и задач на конкретные подразделения и мероприятия.

Доктрина должна предшествовать любым преобразованиям в сфере образования. В 2000 г. Правительством РФ принята «Национальная доктрина развития образования в России» (Закон № 51-ФЗ от 10.04.2000).

Естественно, что Доктрина СМК вуза должна учитывать нюансы этого документа, который образование рассматривает как способ трансляции, воспроизводства и наращивания общественного интеллекта путем передачи знаний.

Доктрина СМК определит роль системы качества вуза в экономическом и социальном развитии общества (региона). Доктрина характеризует опережающее развитие качества при обучении, в воспитательной работе, научных достижениях и гуманизации образовательного процесса.

Исходя из изложенного можно предложить один из вариантов Доктрины СМК ВлГУ.

Доктрина Владимирского государственного университета

Учитывая основные императивы прогрессивного развития России в XXI веке («образование России» – основа ее устойчивого развития: переход к всеобщему высшему образованию к 2025 г.; всеобщее внедрение СМК в вузах страны), Доктрина СМК Владимирского государственного университета предусматривает:

- разработку и внедрение в университете СМК образования;
- реализацию приоритетности развития образования, его доступность, государственность и непрерывность;
- участие в обеспечении научно-инновационного потенциала вуза;
- удовлетворение государственных гарантий права граждан на образование;
- развитие мер, направленных на социальную поддержку обучающихся, сохранение и укрепление их здоровья;
- акцентирование различных аспектов образования на роль воспитания как процесса формирования личности;
- приведение социального статуса и престижа вузовского работника в соответствие с задачами, возложенными на эту категорию трудящихся;

- обеспечение единства образовательного пространства России;
- усиление роли университета в социальном и экономическом развитии региона и общества в целом.

3.1.2. Политика

Согласно требованиям Стандартов учебные заведения разрабатывают **Политику** и соответствующие процедуры гарантии качества в образовании.

В соответствии с приказом Минобразования РФ от 11.02.2002 № 393 главная задача российской образовательной **Политики** – **обеспечение высокого качества образования** на основе сохранения его фундаментальности и соответствия актуальным и перспективным потребностям личности, общества и государства.

Высшее руководство университета должно обеспечивать, чтобы политика в области качества:

- а) соответствовала целям вуза;
- б) включала обязательство соответствовать требованиям и постоянно повышать результативность системы качества;
- в) создавала основы для постановки и анализа целей в области качества;
- г) была доведена до сведения персонала университета и понятна ему;
- д) анализировалась на постоянную пригодность.

Политика в области качества включает в себя широкую постановку намерений и целей. Она определяется высшим руководством вуза, излагается в письменной форме, должна быть официально провозглашена (опубликована) руководством и доведена до сведения всего персонала университета.

Политика в области качества формируется и периодически пересматривается на основании:

- стратегии, зафиксированной в стратегическом плане вуза;
- текущих результатов анализа удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- стандартов и директив гарантии качества высшего образования на территории Европы («Стандарты и директивы ENQA»);
- информации о результатах функционирования системы качества вуза за предыдущий период.

В целом **Политика** вуза – это общие намерения, высказываемые высшим руководством вуза по поводу постоянного улучшения качества

образования, творческого развития коллектива (исполнителей), гарантии выполнения поставленных целей.

Политика университета предполагает развитие традиций классических университетов – фундаментальность образования и формирование гармоничной личности будущего специалиста. Поэтому основные принципы политики ВлГУ должны гарантировать:

- **поддержание статуса классического университета – это способ предоставить разнообразие в выборе профессии абитуриентам и специалистам, принимаемым на работу, работодателям.** Университет должен вести работы по развитию различных направлений научной и образовательной деятельности, проводить исследования рынка труда и образовательного рынка с целью открытия новых специальностей, формирования новых факультетов и кафедр в соответствии с потребностями рынка;

- **тесное творческое взаимодействие преподавателей и студентов в процессе обучения.** Руководство университета должно всемерно поощрять и стимулировать творческую работу преподавателей и научных работников по совершенствованию образовательного процесса, внедрению в него новых технологий, результатов исследований, установлению тесного контакта с обучаемыми студентами, контролю понимания и освоения материала, проведению консультаций и собеседований;

- **рост талантливой молодежи.** Деятельность университета должна быть направлена на выявление и всемерную поддержку талантливых студентов, магистров и аспирантов; предоставление им возможности развивать свои способности в учебе и научной работе; оказание помощи в дополнительной подготовке и материальном стимулировании деятельности;

- **качественное образование в университете – дело каждого сотрудника и преподавателя университета.** Руководство университета должно создать необходимые условия для того, чтобы каждый сотрудник осознавал значимость и активно участвовал в реализации и функционировании системы менеджмента качества образовательного процесса, научных и культурных программ.

Для повышения эффективности в обеспечении качества в Японии ввели принцип развертывания Политики.

Развертывание Политики – это методология, применяемая для планирования, установления и доведения до исполнителей целей организации и оперативного анализа ее работы, который обеспечивает координацию всех действий, направленных на достижение правильно сформулирован-

ных стратегических целей. Изложенное позволяет констатировать, что Политика должна обозначить основные направления деятельности университета в области менеджмента качества и включать обязательства руководства по выявлению и выполнению требований потребителей, непрерывному повышению эффективности СМК. Ввиду того что разъяснение политики и ознакомление с ней являются требованием ISO 9001 : 2000, каждый сотрудник вуза должен подтвердить факт ознакомления с политикой (желательно письменно).

В качестве примера приведен один из вариантов Политики ВлГУ.

Политика Владимирского государственного университета

Политика в области менеджмента качества Владимирского государственного университета направлена на постоянное обеспечение своих потребителей услугами на уровне, продиктованном мировым рынком, и непрерывное улучшение их качества на основе эффективной обратной связи с потребителями, поставщиками и сотрудниками.

Нашими приоритетами при принятии решений являются:

- удовлетворенность потребителей;
- компетентность персонала;
- вовлечение студентов и сотрудников в процесс гарантии качества;
- высокие технологии в образовании и науке;
- оптимизация затрат;
- здоровье и безопасность студентов и сотрудников;
- поддержание и развитие культурного наследия Владимирского региона и России.

Разработка, внедрение и поддержание эффективного функционирования системы менеджмента качества, которая охватывает персонал и деятельность всего университета, направлены на реализацию данной политики. Сотрудники Владимирского государственного университета являются компетентными специалистами в своей области деятельности и прилагают усилия к тому, чтобы университет получил заслуженное признание и занял ведущее положение на мировом рынке образовательных услуг.

Высшее руководство является лидером в реализации настоящей политики качества и обязуется обеспечить своих сотрудников поддержкой и соответствующими ресурсами.

Политика качества ВлГУ одобрена на всех уровнях управления и направлена на подтверждение того, что все предоставляемые университетом услуги удовлетворяют требованиям клиентов ВлГУ и превосходят их ожидания.

3.1.3. Цели

Политика в области качества согласуется с общей политикой вуза и обеспечивает основу для постановки целей. Поэтому после утверждения Политики необходимо сформулировать Цели вуза в области качества.

Цель – достичь лидирующих позиций вуза в обучении, научных исследованиях и воспитании студентов, сформировать свой собственный имидж и обеспечение гарантий качества образования. **Цель** в области качества – то, чего добивается или к чему стремится вуз в области качества. Необходимо разрабатывать достижимые и измеримые Цели, связанные с политикой качества. Формулировка Целей должна быть изложена настолько конкретно, чтобы их можно было понять, воплотить на практике и измерить степень их достижения.

Цели обычно устанавливаются для соответствующих структур вуза (кафедр, факультетов, подразделений). Цели должны быть разработаны по каждой функции вуза, т.е. должно быть развернуто «дерево целей»: от Политики университета к специфическим и конкретным Целям структур.

Если целью введения СМК является не только сертификация, но и улучшение системы, необходимо иметь следующие документы: схемы процессов и их описания; схему организационной структуры; технические описания, руководства и инструкции; документы, описывающие внутренние связи; календарные планы видов деятельности; списки потребителей; планы проверок качества.

В качестве примера приведены ориентировочные Цели ВлГУ.

Цели Владимирского государственного университета в области качества образовательных услуг и подготовки специалистов

- Формирование собственного имиджа ВлГУ как вуза с мировым признанием через международную сертификацию системы менеджмента качества образовательных услуг;

- расширение спектра реализуемых основных образовательных программ;
- трансформация содержания образования в соответствии с потребностями рынка труда;
- обеспечение опережающего удовлетворения запросов клиентов системы: внешних – студентов, промышленности и общества в целом, внутренних – сотрудников университета;
- обеспечение системы гарантий приобретения клиентом знаний, умений, культуры и комплексной подготовки к самореализации в обществе на основе принципов непрерывного совершенствования;
- обеспечение внутренних и внешних клиентов системы качества материальной, методической и информационной базой, гарантирующей реализацию всех процессов менеджмента качества университета;
- обеспечение системной интеграции образования, науки и производства, включая интеграцию в университете процессов менеджмента научных исследований с образовательным процессом;
- обеспечение соответствия НИР вуза уровню мировых достижений;
- создание единого правового пространства, гармонизация его с законами мирового сообщества для обеспечения эффективного функционирования и развития системы менеджмента образовательных услуг университета;
- создание условий по организации воспитательной работы со студентами и формирование стимулов развития личности;
- обеспечение внутренних и внешних гарантий качества образовательных услуг и подготовки специалистов;
- сформировать систему качества университета, выполняющую показатель «эффективность внутривузовской системы обеспечения качества» (показатель 1.2.3 государственной аккредитации) и соответствующую уровню не ниже 3-го по шкале зрелости, означаемому «Способный»;
- достижение устойчивого экономического состояния в качестве государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования.

3.1.4. Стратегия

На основе Политики и Целей университета разрабатывается его Стратегия развития.

Стратегия – это комплекс среднесрочных (на 3 – 5 лет) мер по повышению конкурентоспособности вуза, формированию всесторонне развитой личности и профессионализма учащихся и сотрудников университета.

Стратегия университета на базе СМК образования осуществляет:

- развитие фундаментальных и прикладных научных исследований;
- формирование и развитие научно-педагогических школ;
- активное взаимодействие с ведущими научными, образовательными и производственными центрами;
- стимулирование студентов, преподавателей и сотрудников к интеграции традиционных академических ценностей и предпринимательских идей;
- формирование гармонично развитой личности и подготовка специалиста, способного быть лидером, работать в команде, действовать и побеждать в условиях конкурентной среды;
- сопровождение выпускников образованием через всю жизнь и содействие их успешной деловой карьере.

Воздействовать на стратегию и планы образовательного учреждения высшее руководство вуза должно на основе информации, полученной в результате маркетинговой деятельности и диагностики СМК. Информация, собранная в результате диагностики в целом, позволяет выявить несоответствие целей вуза и результатов его деятельности, что в совокупности с внешними факторами может оказать корректирующее воздействие на стратегию и планы образовательного учреждения.

При реализации своей стратегии вуз может руководствоваться новыми разнообразными траекториями развития:

- вузы-заводы, развивающие в своей структуре наукоемкие и инновационные производства и технопарки;
- вузы, имеющие сходство с вертикально интегрированными холдингами по включению в свою структуру подразделений от детского сада до институтов переподготовки и послевузовского образования;
- вузы, поддерживающие бизнес в сфере услуг;
- вузы – интеграторы системы образования на территории;
- вузы – научные учреждения.

Множественность моделей развития ставит руководителей вузов перед проблемой выбора своего уникального пути дальнейшего развития. Существует несколько классических стратегий развития высших учебных заведений [15]:

Стратегия дифференциальных преимуществ. Данная стратегия применительно к услугам в области образования заключается в придании

этим услугам особых качеств, трудно поддающихся повторению для конкурентов. К таким качествам следует отнести:

- высокий уровень предлагаемых образовательных услуг, достигаемый за счет привлечения квалифицированного профессорско-преподавательского состава, создания необходимого методического обеспечения учебного процесса, применения новых информационных и образовательных технологий;

- предложение потенциальным потребителям широкого спектра направлений и специальностей, которые не могут быть реализованы в других образовательных учреждениях;

- организация новых форм и технологий обучения (непрерывная подготовка, колледж – вуз, параллельное образование, использование дистанционных технологий и т.п.).

Вывод на рынок новых образовательных программ, услуг и продукции обычно требует значительных инвестиций и часто связан с большими рисками. Стратегия лидерства на рынке может быть реализована также при условии предоставления вузом дополнительных услуг, связанных с передачей студентам информации о потенциальных работодателях, организацией встреч с представителями фирм, созданием условий для переподготовки и повышения квалификации специалистов.

Стратегия низких издержек. Заключается в обеспечении конкурентных преимуществ за счет применения более дешевых технологий обучения. Вуз планирует ликвидацию убыточных или маловыгодных образовательных программ и услуг, а также уход из некоторых сегментов рынка образовательных услуг. Такую стратегию образовательное учреждение может использовать как временную меру. В образовании она имеет ограниченное применение и связана с известными опасностями (привлечение к оказанию образовательных услуг преподавательских кадров более низкой квалификации, снижение уровня методического и информационного обеспечения учебного процесса, уменьшение объема аудиторной учебной работы). Обоснованное снижение издержек может быть достигнуто лишь за счет сокращения накладных расходов вуза и применения передовых методов обучения – электронных учебников, обучающих программ, сетевых и кейсовых технологий.

Стратегия диверсификации. В деятельности образовательного учреждения она направлена на расширение спектра предлагаемых услуг. Любой вуз может существенно диверсифицировать свою деятельность пу-

тем организации подготовки востребованных рынком специалистов по актуальным для современного общества направлениям: например, в экономической сфере это – аудиторы, маркетологи, специалисты по оценке бизнеса, инвестиционные менеджеры и т.п. Интересным и экономически оправданным является механизм предоставления студентам вузов дополнительных образовательных услуг в области, например, информатики, иностранных языков, юрисдикции и т.д.

Самостоятельным направлением диверсификации является привлечение к обучению лиц, которые из-за отдаленного от вуза проживания или характера своей профессиональной деятельности не могут получать образование в традиционной форме. Оказание образовательных услуг этим категориям потенциальных потребителей может быть осуществлено путем расширения сети филиалов и развития системы дистанционного обучения.

Как правило, ни одна из перечисленных стратегий в чистом виде не может быть применена вузом, поэтому используются различные их комбинации, предполагающие одновременную реализацию двух или трех вышеперечисленных стратегий, внедрение которых вуз может осуществить в различных структурных подразделениях (факультетах), а также на различных сегментах рынка образовательных услуг.

Стратегия вуза должна основываться на результатах анализа макро- и микроокружения вуза и его конкурентной среды, проводимого в ходе маркетинговых исследований.

Стратегический маркетинг и процесс самооценки порождают несколько вариантов возможных стратегий и планов. Необходимо из них выбрать один вариант, оптимальный с точки зрения удовлетворенности всех заинтересованных сторон – потребителей, сотрудников, ректората, учебных заведений и общества.

При решении поставленной задачи выбора оптимальной стратегии возникает необходимость учета противоречивых мнений разных лиц, связанных с принятием решения. Задача выбора стратегии вуза, оптимальной с точки зрения всех заинтересованных сторон, отличается многоальтернативностью, многокритериальностью и нечеткостью. Поэтому рекомендуется осуществлять этот выбор на основе расчетов, проводимых по методам теории принятия оптимальных решений и анализа иерархии [15].

Ниже приведен пример возможной Стратегии развития ВлГУ.

Стратегия Владимирского государственного университета

Стратегические направления деятельности университета предполагают:

- создание и развитие новых образовательных технологий через поддержку научно-педагогических школ и продуктивных идей;
- обеспечение выпускников возможностью получения «образования через всю жизнь», содействие их успешной карьере;
- развитие и углубление фундаментальных и прикладных научных исследований, инновационной деятельности;
- создание продуктивных связей с передовыми производственными организациями, ведущими академическими и образовательными учреждениями и центрами;
- укрепление в сознании студентов, преподавателей и сотрудников наряду с приоритетом академических ценностей в воспитании гармоничной и высоконравственной личности стремления к воплощению в жизнь предпринимательских идей;
- формирование в университете духа лидерства и корпоративной культуры, умения жить и побеждать в конкурентной среде;
- становление университета как саморазвивающейся организации;
- создание благоприятных условий жителям Владимирского региона для формирования, развития и совершенствования их интеллектуального, творческого и профессионального потенциала;
- бережное сохранение уникальных культурных традиций региона в условиях динамично развивающейся промышленности;
- полезность обществу.

ВлГУ – это сочетание традиций и инноваций в области высшего гуманитарного и технического образования. Этим он отличается от других высших учебных заведений.

3.1.5. Видение

Для обозрения долгосрочной перспективы разрабатывается Видение.

Видение – это краткое формулирование желаемого состояния вуза на обозримую перспективу до 10 – 15 лет. Видение характеризует развитие, успехи и достижения вуза.

При формировании Видения вуза необходимо ответить на следующие вопросы:

- Каким высшее руководство хочет видеть свой вуз в будущем?

- В чем состоит основная деятельность вуза в настоящее время, и какой она будет в будущем?

- Какими способами вуз собирается увеличить ценность своих услуг для потребителей?

Видение может быть сформулировано как решение определенной потребительской проблемы, как достижение определенной конкурентной позиции, роли на рынке и в обществе, как изменения, которые вузу предстоит осуществить, т.е. оно должно отражать то, к чему вуз стремится – быть лучшим в своей сфере деятельности.

Видение должно вдохновлять сотрудников и мотивировать их на достижение заявленных перспектив. Оно представляет собой своего рода тот идеал, к которому стремится образовательное учреждение.

Ниже сформулирован пример возможного Видения ВлГУ.

Видение Владимирского государственного университета

Владимирский государственный университет стремится быть лучшим в области предоставления лицензированных образовательных услуг по подготовке специалистов с высшим образованием и ученой степенью, проведения научных исследований и разработок, консультаций и мероприятий по повышению квалификации, переподготовке специалистов.

3.1.6. Миссия

ВлГУ – это образовательный кластер, обеспечивающий социально-экономическое развитие Владимирской области и ориентированный на мировой уровень.

Такой вуз обязан иметь свою Миссию.

Миссия – это краткое (до 40 – 50 слов) заявление вуза:

- о его предназначении и позиционировании вуза в окружающем мире (кто мы?);

- стержневых целях (для чего мы работаем?);

- потребителях (для кого мы работаем?);

- ключевых обязательствах (что мы гарантируем и за счет чего?).

Миссия определяет место вуза в регионе, в Министерстве образования и науки, в целом в России и за рубежом. Миссия вуза гарантирует обществу надлежащее качество образования.

Миссия СМК образования определена Миссией Болонского соглашения и Европейской ассоциации гарантии качества в высшем образовании (ENQA) – содействовать европейскому сотрудничеству в области гарантии качества высшего образования.

Разработка Миссии – необходимый элемент совершенствования системы управления любого социально-экономического объекта, так как определение Миссии позволяет зафиксировать, в чем заключается основная задача организации и любую деятельность организации подчинить решению этой задачи.

Различают следующие виды Миссии: стратегическое видение (СВ), Миссия-предназначение (МП), Миссия-ориентация (МО), Миссия-политика (МПЛ), бизнес-идея (БИ) и др.

При разработанных Доктрине, Стратегии, Политике и Видении наиболее приемлемой для вуза является Миссия-предназначение. Она указывает на сущность и назначение вуза (виды деятельности, характер продукции и услуг, круг потребителей, смысл существования, причину возникновения и т.д.). В связи с этим выделяют ряд конкретных требований к содержанию формулировки Миссии-предназначения, в которой должны быть указаны: основные категории клиентов; потребности клиентов; отличительные признаки, подчеркивающие особенности организации, позволяющие клиентам выделить организацию среди других; стороны деятельности организации, которые обращены во внешнюю среду, благодаря которым видно, в чем общественная полезность организации. Инновационный университет обеспечивает подготовку новой генерации специалистов, способных обеспечить позитивные изменения в экономике России. В то же время Миссия-предназначение не должна быть зависимой от текущего состояния организации, форм и методов ее работы, обращенной во внутреннюю среду организации, на ее внутренние проблемы.

Словесная (вербальная) формулировка Миссии – это первый системообразующий пункт Стратегии.

Миссия вуза должна отличаться индивидуальностью и подчеркивать специфику, уникальность данного учебного заведения по сравнению с другими. Она не должна сводиться к осуществлению местных региональных функций, так как вуз является прежде всего общегосударственным учебно-научным учреждением и у него есть глобальные, национальные и региональные функции.

В качестве примера приведена возможная Миссия ВлГУ.

Миссия Владимирского государственного университета

Обеспечение высокого профессионального уровня, формирование гражданских и нравственных качеств личности, информационного общества и динамично меняющихся потребностей рынка труда через:

- эффективную организацию и высокое качество образовательного и исследовательского процессов;
- целенаправленное получение и распространение знаний;
- сохранение и приумножение нравственных, культурных и научных ценностей общества.

Реализация нашей Миссии направлена на то, чтобы ВлГУ стал международно-признанным центром подготовки специалистов мирового уровня и инноваций в области высшего образования.

Приведенные концептуальные аспекты вуза определяют его Ценности, которые также документируются. Применительно к Владимирскому государственному университету его Ценности изложены ниже.

3.1.7. Ценности

Факторы будущего успеха университета предполагают интенсификацию процесса привлечения высококвалифицированных преподавателей из других вузов и подготовку перспективной молодежи на своей научной базе. С этой целью качественные изменения произойдут в системе аспирантуры и докторантуры. К 2010 г. по каждой специальности вуза будет развернута подготовка кандидатов наук с опережающим заданием на перспективу. При этом минимум 70 % профессорско-преподавательского состава должны иметь степени и/или ученые звания.

В штате вуза будут трудиться не менее 15 % докторов наук и/или профессоров. Среднегодовое число защит диссертаций должно соответствовать современным требованиям аккредитационного показателя и составлять не менее 3 на 100 человек научно-педагогического персонала. Для повышения качества образования и соответствия его растущим требованиям рынка (включая требования Болонского процесса) будет активно совершенствоваться организация учебного процесса. Эта работа включает:

- внедрение системы менеджмента качества предоставления образовательных услуг на всех факультетах;

- повышение гибкости учебных планов через развитие кредитной системы (системы зачетных единиц);
- сокращение аудиторной нагрузки и увеличение самостоятельной работы студентов;
- усиление практической подготовки студентов через систему и организацию базовых кафедр ведущих государственных ведомств и фирм – лидеров отечественного бизнеса;
- достижение полной обеспеченности образовательного процесса учебной и научной литературой (в том числе электронными ресурсами);
- создание механизмов эффективного внутреннего и внешнего аудита за качеством образовательных программ на всех факультетах;
- развитие магистерских программ;
- участие ВлГУ в международных конференциях и международных периодических изданиях;
- развитие сотрудничества с международными и зарубежными компаниями и бизнес-ассоциациями.

Ориентация на модель университета в ключевых направлениях деятельности предполагает **новое позиционирование** ВлГУ на российском образовательном рынке, включая:

- переход от программ подготовки специалистов к двухуровневой структуре программ подготовки бакалавров и магистров;
- опережающий рост магистратуры за счет привлечения лучших выпускников других вузов;
- постоянное повышение академических требований к абитуриентам по всем образовательным программам;
- достижение лидерства в качестве предоставляемых услуг по ключевым образовательным программам;
- развитие системы собственных грантов для особо талантливых и социально незащищенных абитуриентов и выгодных условий для способных абитуриентов и студентов с тем, чтобы не лишать перспективную молодежь возможности получить качественное высшее образование;
- закрепление за ВлГУ роли «ресурсного центра» в реализации концепции экспериментальной площадки «школа – техникум – вуз – потребитель» в рамках по другим образовательным программам;
- активное участие профессоров и преподавателей в формировании образовательных программ.

3.1.8. Взаимосвязь концептуальных документов и ответственность за их исполнение

В вузе должна быть установлена тесная взаимосвязь между перечисленными концептуальными документами, чтобы было видно, как вуз реализует свое предназначение посредством четко сформулированной и нацеленной на соблюдение требований всех заинтересованных сторон Стратегии, поддерживаемой соответствующими Политикой, Планами, Целями, Задачами и процессами. Значимость Политики в области качества состоит в том, что она, будучи неотъемлемой частью Стратегии, одновременно позволяет укрепить доверие заинтересованных сторон путем развернутой демонстрации системы взглядов, принятых руководством вуза в определенном направлении деятельности.

Политика в области качества как документ должна свидетельствовать, что руководство образовательного учреждения имеет точно определенные намерения по защите прав заинтересованных сторон. При этом во внимание должны приниматься интересы не только руководства вуза и работников, но и интересы деловых партнеров, поставщиков (к ним, в частности, относятся средние и среднетехнические учебные заведения), а также государства и общества в целом. Намерения по защите интересов заинтересованных сторон должны подкрепляться четко сформулированными подходами руководства, выражающимися в заявленных обязательствах и определенных им направлениях развития вуза.

Политика в области качества должна соответствовать общим Целям вуза и разрабатываться под непосредственным руководством его первых лиц. Политика в области качества формулируется на основе Миссии и Видения вуза и должна:

- соответствовать Назначению, Миссии и Целям вуза;
- содержать обязательства руководства по ее реализации (из требований стандартов ИСО) серии 9000 вытекает, что руководство должно не только принимать и утверждать эту Политику, но и взять на себя ответственность за приведение ее в жизнь);
- включать демонстрацию приверженности вуза идеям качества, обязательства выполнять требования стандартов по менеджменту качества;
- создавать основу и рамки для постановки конкретных Целей в области качества образовательной и научно-исследовательской деятельности;
- отражать ожидания и требования потребителей;

- создавать ориентиры для постановки и корректировки Целей в области качества;
- демонстрировать соответствие поставленных Целей ожиданиям потребителей;
- быть доведена до сведения всех сотрудников вуза и понятна им;
- регулярно подвергаться анализу и пересмотру, т.е. представлять собой динамический и рабочий элемент менеджмента вуза.

Политика и Цели в области качества вуза, которые в общем случае конкретизируют его Миссию и Видение, должны быть официально заявлены руководством и доведены до сведения всех сотрудников вуза (его подразделений), понятными всем и приниматься всеми. При этом важно, чтобы поставленные Цели имели конкретное выражение в виде некоторых измеряемых показателей и характеристик, что позволит контролировать степень их достижения.

При определении и формулировании Политики в области качества, Целей качества и обязательств в отношении качества необходимо руководствоваться следующим:

- объем Политики рекомендуется делать таким, чтобы ее можно было разместить на одном листе;
- текст Политики должен состоять из четких логических частей и содержать несколько смысловых тезисов;
- текст должен излагаться простым и ясным языком, способным оказать соответствующее эмоциональное воздействие на любого прочитавшего Политику человека;
- в этот небольшой по объему документ следует вместить все то, что могло бы сделать его, с одной стороны, концептуальной основой всей СМК, а с другой – доступным для понимания и восприятия всеми сотрудниками;
- поставленные Цели должны быть достижимы; при разработке Политики следует избегать лозунгов, которые невозможно подкрепить реальными действиями (конкретными количественными показателями); цели Политики необходимо формулировать в таком виде, который позволял бы любому работнику не только ясно представлять суть новых стратегических рубежей деятельности руководства вуза в области качества, но и показать реальность достижения поставленных целей и возможность оценки достижения той или иной поставленной цели;
- Политика должна выделять среди многочисленного круга проблем те, решение которых с точки зрения руководства является главным для достижения Целей в области качества.

На основании утвержденной высшим руководством Политики в области качества вуза в целом каждое структурное подразделение должно устанавливать свои цели и задачи в области качества.

Непосредственное руководство процессом стратегического планирования деятельности вуза осуществляет ректор вуза.

Распределение полномочий подразделений и должностных лиц, участвующих в регламентированной настоящей процедурой деятельности, приведено в табл. 3.

Таблица 3

Распределение полномочий при проведении маркетинговых исследований

Отдел, должностное лицо	Полномочия/ответственность
Ректор вуза	Несет ответственность за своевременность и адекватность разработки Политики и Стратегии в области качества. Контролирует достоверность положений Политики и Стратегии в области качества, понимание и исполнение всеми работниками вуза положений этих документов
Проректор по качеству или проректор по учебной работе	Несет ответственность за достоверное отражение в Политике и Стратегии в области качества: – стратегического планирования в области качества вуза в целом; – планирования по видам системной деятельности подразделений в области качества; – анализа, оценки и контроля деятельности вуза и подразделений в области организации функционирования, развития и совершенствования СМК
Проректоры вуза	Несут ответственность за достоверность информации, которая используется в качестве входных данных при разработке и формировании Политики и Стратегии вуза в области качества, и своевременность ее предоставления по соответствующим направлениям

Отдел, должностное лицо	Полномочия/ответственность
Проректор по финансам или начальник планово-финансового управления	Несет ответственность за достоверное отражение в Политике и Стратегии в области качества планов: – по финансовому обеспечению работ и мероприятий, связанных с разработкой и формированием Политики и Стратегии вуза в области качества; – рациональному распределению средств, связанных с улучшением качества; – учету затрат на качество
Начальник отдела кадров	Несет ответственность за достоверное отражение в Политике и Стратегии в области качества планов: – по набору квалифицированных кадров (профессорско-преподавательского состава); – определению потребности обучения и переподготовки персонала, а также проведению его аттестации; – проведению анализа, оценки и обобщению результатов подготовки и повышения квалификации кадров

3.2. Руководство по качеству

Документация по системе качества должна начинаться с документов, исходящих извне университета. Это могут быть:

- директивы Минобрнауки или его подразделений;
- требования контрактов, заключенных с потребителем об образовательных услугах;
- принятые стандарты системы качества;
- юридические нормы или правила, распространяющиеся на деятельность вуза и многие другие источники.

Ключевым документом, который принимает эти факторы во внимание и является как бы мостиком между требованиями по качеству со стороны потребителя и работой вуза, обычно служит Руководство по качеству.

Под Руководством по качеству понимается документ, определяющий систему менеджмента качества организации. Руководства по качеству могут различаться по форме и детальности изложения, исходя из соответствия размеру и сложности организации. Формат и структура Руководства по качеству остаются на усмотрение каждой организации и зависят от разме-

ра организации, ее культуры и сложности. Структуру Руководства по качеству рекомендуется согласовать со структурой международного стандарта ИСО 9001.

По ИСО 9001 организация должна предложить и поддерживать в рабочем состоянии Руководство по качеству, содержащее:

а) область применения системы менеджмента качества, включая подробности и обоснование любых исключений;

б) документированные процедуры, разработанные для системы менеджмента качества, или ссылки на них;

в) описание взаимодействия процессов системы менеджмента качества.

Соответствующий руководящий документ ИСО 10013 «Указания по разработке руководств по качеству» рекомендует осуществлять структурирование руководства по качеству в виде элементов стандарта ИСО 9001. Стандарт ИСО 9004-1 определяет цель Руководства по качеству как «определение общей структуры системы качества, служащей постоянным эталоном при внедрении и поддержке этой системы», а стандарт ИСО 8402 – как «документ, излагающий Политику в области качества и описывающий систему качества организации».

Очень важно понять **назначение Руководства по качеству**, поскольку оно представляет собой главный источник информации об организации. Не имея руководства по качеству, весьма сложно получить полную картину того, как организация управляет у себя качеством, и обладает ли она всеми необходимыми свойствами и способами управления во всех областях ее деятельности. Это «карта» системы качества организации.

Роль Руководства по качеству определяется его значением в самых различных ситуациях:

- для руководства организации оно определяет политику в области качества и порядок руководства качеством;
- для сотрудников оно дает возможность ознакомиться с политикой организации и понять, какой вклад они должны вносить, работая на своем рабочем месте;
- для потребителей оно позволяет судить, насколько описываемая система обеспечивает качество получаемой ими продукции;
- для контролеров качества, действующих от имени потребителей или по утвержденным схемам, необходимо убедиться, что установлено не только необходимое управление, но также и детальный порядок его осуществления;

- хотя потребители и не всегда подробно знакомятся с Руководством по качеству, оно предназначается и для них, так как ознакомившись с ним, они могут оценить те усилия, которые предприняты для достижения качества приобретаемой ими продукции, и получить представление о поставщиках.

Для организации иногда рекомендуют Руководство по качеству разрабатывать последним как компиляцию из описаний процессов организации. Такой подход позволяет:

а) после создания системы документации проверить ее полноту и выполнение всех требований ИСО 9001-2000;

б) сократить возможность нежизненных идей по созданию системы управления из-за оторванности от реального положения дел и хода событий.

Описание СМК в Руководстве должно быть лаконичным, поскольку любая неосторожная фраза или заявление, записанные в Руководстве по качеству, могут привести к проверке аудитором заявленного действия с вытекающими последствиями в виде дополнительных проблем.

Практическая полезность оформленного Руководства по качеству заключается в том, что высшее руководство получает документально зафиксированное описание основной деятельности организации, которое, как правило, заметно отличается от их представления о ней. Руководители, заинтересованные в улучшении и преобразованиях, получив такой документ, начинают воплощать их в организации.

Руководство по качеству относится к документам, предоставляющим согласованную информацию о системе менеджмента качества вуза, предназначенную как для внутреннего, так и внешнего пользования.

К основным целям Руководства по качеству относятся:

- распространение политики организации в области качества процедур и требований;
- описание и внедрение эффективной системы качества;
- обеспечение улучшения контроля за порядком выполнения работ и облегчение выполнения работ по обеспечению качества;
- обеспечение документированных основ для проведения аудитов системы качества;
- обеспечение непрерывности системы качества и ее требований при изменении обстоятельств;
- обучение персонала требованиям системы качества и методам их исполнения;

- представление системы качества для внешних целей на соответствие стандартам ИСО 9001, 9002, 9003;
- демонстрация соответствия системы качества требованиям по качеству в контрактных ситуациях.

Таким образом, **Руководство по качеству (РК)** – основной документ, определяющий систему качества вуза и структуру ее документации, распределение полномочий и ответственности персонала, основные процессы и их взаимодействия, необходимые ресурсы и описание принятой системы качества. В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001-2001 «Системы менеджмента качества. Требования» организация должна разработать и поддерживать в рабочем состоянии Руководство по качеству, содержащее:

- а) область применения системы качества, включая подробности и обоснование любых исключений;
- б) документированные процедуры или ссылки на них;
- в) описание взаимодействия процессов системы менеджмента качества.

Руководство по качеству индивидуально для каждой организации и каждого вуза. При его построении должна учитываться гибкость в определении структуры, формата, содержания или метода представления документации.

Небольшое образовательное учреждение может найти целесообразным изложение полного описания своей системы качества в одном Руководстве, включая все документированные процедуры. Крупным образовательным учреждениям, имеющим филиалы в разных городах, может потребоваться создание нескольких Руководств на центральном или региональном уровнях и более сложной иерархии документации.

В Руководство должна быть включена общая информация об образовательном учреждении, такая как его наименование, местоположение, адрес и средства связи, история и объем вуза. Также может быть включена дополнительная информация, такая как направления подготовки специалистов, формы обучения, краткая характеристика направлений научных исследований. Руководство должно содержать элементы требований документации, регламентируемые стандартом ГОСТ Р ИСО 9001-2001, но не обязательно в том же порядке.

Руководство по качеству структурного подразделения вуза может являться частью общего Руководства по качеству вуза или быть независимым документом.

В целом Руководство должно включать:

- название и область применения;
- заявление о политике, задачах и целях в области качества (заявление о политике может быть и самостоятельным документом);
- описание структуры организации, а также полномочия и ответственность ее подразделений и управляющего персонала;
- общее описание СМК и ее процессов, включая основные используемые элементы СМК, а также обоснованные исключения, допускаемые ГОСТ Р ИСО 9001-2001. Поскольку это один из основных резервов сокращения как сферы действия самой СМК, так и объема документации, то к этому шагу необходимо подойти объективно, устраняя избыточность информации;
- практические меры, принимаемые в организации по обеспечению и повышению качества;
- структуру документации СМК и ее распределение по функциям, уровням и персоналу;
- описания документированных методик СМК либо ссылки на них;
- ответственность руководящих лиц.

Практика показала, что оптимальным решением является выделение из Руководства по качеству всех основных документированных методик СМК в самостоятельные документы с сохранением в его содержании только системных связующих фрагментов текста и частных процедур и ссылок на самостоятельные документированные методики. Границы разделения полных исчерпывающих описаний процедур СМК между Руководством по качеству и автономными документами должны тщательно продумываться, чтобы, с одной стороны, Руководство по качеству не превращалось в краткий, малосодержательный путеводитель по самостоятельным процедурам СМК, а с другой – не было бы повторов текста, содержащегося в этих документах.

Анализ требований и рекомендаций стандартов серии ГОСТ Р ИСО 9000-2001, стандартов и директив ENQA, других вспомогательных документов и практический опыт разработки Руководств по качеству в различных организациях позволил разработать **типовую структуру Руководства по качеству вуза**, которая приведена в табл. 4 [9].

Таблица 4

Типовая структура Руководства по системе качества (СК) вуза

Разделы и подразделы РК		
Титульный лист		
Лист согласования и утверждения		
Оглавление		
	Введение	
1	Сведения о вузе	
2	Область распространения СК и гарантии качества высшего образования	
3	Нормативные ссылки, термины, определения и сокращения	
4	Система качества вуза	
4.1	Модель (СК) вуза	
4.2	Процессы и виды деятельности в СК вуза	
4.3	Менеджмент процессов в СК	
4.4	Документация системы качества	
	4.4.1	Структура и назначение документации СК ОУ
	4.4.2	Управление документацией СК ОУ
	4.4.3	Управление записями и данными по качеству
5	Деятельность руководства в СК	
5.1	Ответственность руководства вуза	
5.2	Ориентация на потребителя и заинтересованные стороны	
5.3	Политика в области качества	
5.4	Планирование	
	5.4.1	Цели в области качества
	5.4.2	Планирование СК
5.5	Ответственность, полномочия и информирование	
	5.5.1	Распределение прав, ответственности и обязанностей
	5.5.1.1	Представитель руководства в области качества
	5.5.1.2	Руководители процессов СК
	5.5.1.3	Внутреннее информирование
5.6	Анализ СК руководством вуза	
	5.6.1	Отчет уполномоченного по качеству
	5.6.2	Деятельность руководства по анализу СК вуза
6	Менеджмент основных процессов СК вуза	
6.1	Процессы, связанные с потребителями	
	6.1.1	Маркетинг
	6.1.2	Управление образовательными программами и квалификациями
	6.1.2.1	Проектирование и разработка образовательных программ
	6.1.2.2	Проектирование программ дополнительного образования
6.2	Процессы создания ценности для потребителей ОУ	
	6.2.1	Довузовская подготовка

Разделы и подразделы РК		
6.2	6.2.2	Прием студентов
	6.2.3	Реализация основных образовательных программ
	6.2.4	Реализация программ дополнительного образования
	6.2.5	Подготовка кадров высшей квалификации
	6.2.6	Воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми
	6.2.7	Научные исследования и разработки
	6.2.8	Инновационная деятельность
	6.2.9	Международная деятельность
	6.2.10	Содействие трудоустройству выпускников
7	Менеджмент ресурсов и обеспечивающие процессы	
7.1	Управление персоналом	
7.2	Управление образовательной средой	
7.3	Редакционно-издательская деятельность	
7.4	Библиотечное и информационное обслуживание	
7.5	Управление информационной средой	
7.6	Социальная поддержка студентов и сотрудников	
7.7	Управление закупками	
7.8	Управление инфраструктурой	
7.9	Управление производственной средой	
7.10	Обеспечение безопасности жизнедеятельности	
7.11	Идентификация процессов СМК	
8	Деятельность вуза по измерению, анализу и улучшению	
8.1	Мониторинг, измерение и анализ	
	8.1.1	Измерение и анализ удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон вуза
	8.1.2	Внутренние проверки (аудиты) системы качества
	8.1.3	Измерение и анализ характеристик процессов системы вуза
	8.1.4	Измерение и анализ характеристик образовательных услуг
	8.1.5	Самооценка в сравнении с другими вузами
8.2	Управление несоответствиями	
8.3	Улучшения	
	8.3.1	Планируемые улучшения СК вуза
	8.3.2	Корректирующие и предупреждающие действия
9	Информирование общества	
9.1	Общественная роль вуза	
9.2	Публикации об образовательных программах, квалификациях и процедурах оценки	
9.3	Публикации о достижениях выпускников и студентов вуза	
9.4	Публикации о планах и достижениях вуза	
Приложения		

Разделы, подразделы и пункты Руководства по нумерации могут как совпадать, так и не совпадать с соответствующими разделами, подразделами и пунктами стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2001. Это не должно осложнять работу как специалистов, разрабатывающих Руководство, так и внешних аудиторов в случае принятия решения о сертификации системы менеджмента качества вуза.

Стандарт ИСО 10013 проводит различие между Руководством по управлению, которое предназначается для внутреннего пользования и может содержать закрытую информацию, и Руководством по обеспечению качества, в котором не содержится никакой конфиденциальной информации, а поэтому это Руководство может свободно передаваться внешним партнерам. Предлагается иметь все же одно Руководство и не включать в него никакую конфиденциальную информацию, а соответствующие материалы оформлять в виде документов более низкого уровня, лишь кратко упоминающихся в Руководстве. В этом случае само Руководство по качеству не будет требовать частого пересмотра.

Четко определенного и обязательного формата Руководства по качеству не существует, однако, большинство Руководств составляют с намерением продемонстрировать их соответствие стандартам ИСО серии 9000 и имеют тенденцию к единообразию. В указаниях ИСО 10013 говорится, что Руководство по качеству может:

- быть прямой компиляцией оформленных в виде документов методик системы качества;
- состоять из сгруппированных или разбитых на части оформленных в виде документов методик системы качества;
- состоять из ряда оформленных в виде документов методик, предназначенных для конкретных приложений;
- состоять более чем из одного документа, причем различного уровня;
- иметь общий стержень и разветвленную систему приложений;
- быть самостоятельным или нет;
- при необходимости иметь многочисленные другие вариации.

Ответственность за подготовку Руководства по качеству может быть возложена как на отдельное лицо, так и на авторский коллектив. Руководство должно быть утверждено, издано, распространено и периодически пересматриваться. Копии Руководства регистрируются и нумеруются.

Поскольку Руководство по качеству имеет большое значение для широкого круга людей, особенно для перспективных потребителей, оно является еще и инструментом для маркетинга и должно быть как можно лучше написано и оформлено.

Контроль за изменениями играет важную роль и направлен на то, чтобы все изменения доходили до пользователей, а устаревшие версии изымались и уничтожались. Очень важно, чтобы действующая версия и все изменения были идентифицируемы.

Регулярные пользователи должны быть в списке для рассылки извещений об изменениях, т.е. при любых изменениях в Руководстве по качеству эти пользователи должны получать исправленные копии, а старые должны уничтожаться. Прочие пользователи, т.е. те потребители, которые запрашивают только экземпляр для проведения контроля, могут получать копию без учета последующих изменений, которая не будет в дальнейшем заменяться на новую, а просто подлежит уничтожению.

3.3. Планирование системы качества

В контексте типовой модели системы качества вуза под планированием системы качества понимаются проектирование, разработка и внедрение системы качества, ориентированной на потребителя [10].

Вследствие этого принята и реализована следующая логика создания системы качества образовательного учреждения (ОУ):

– голос потребителя (запросы на специалистов, запросы на НИР) → требования потребителя → политика вуза в области качества → цели в области качества и показатели их достижения → совокупность процессов для достижения целей в области качества → улучшение показателей процессов (показателей достижения целей) с помощью системы качества.

План по созданию СК вуза включает следующие этапы:

1. Назначение ответственного (проректора, службы качества или просто обязать полномочиями) за разработку СК в вузе.

2. Формулировка концептуальных документов.

3. Обучение и вовлечение персонала в работу по качеству.

4. Управление документацией.

5. Участие в конкурсе Минобразования и науки.

6. Разработка системы постоянного улучшения деятельности вуза.

7. Организация и документирование рабочих процессов.

8. Создание системы определения потребностей потребителей.

9. Проведение комплексной самооценки вуза.

10. Создание организационной структуры СК.

Области деятельности системы качества вуза, которые оказались не охваченными целями в области качества и показателями их достижения, но имеющие существенное значение для СК, реализуют не процессную форму управления, а функциональную и/или организационно-распорядительную.

В США система качества часто рассматривается как «программа качества». В Великобритании программа качества определяется как «определенный документированный набор мероприятий, ресурсов и событий, предназначенных для внедрения системы качества в организации», т.е. это технологическая документация, поддерживающая систему качества.

В соответствии с иерархической структурой (см. рис. 3) планирование системы качества предшествует документированию процессов и действий.

Планом (или программой) качества называют различные виды документов по планированию, описывающие кем, когда и какие процедуры и соответствующие ресурсы должны применяться в определенной образовательной программе, относиться к услуге, проекту, контракту или подразделению. Сюда относятся годовые и перспективные планы Совета вуза, развития факультетов (кафедр, подразделений), бизнес-планы новых образовательных программ и специальностей, планы конкретных НИР и т.д.

Рекомендации по содержанию планов и программы качества даются в стандарте ИСО 9004-1 «Руководство качеством и элементы системы качества: Руководящие указания», где указывается, что программа качества должна определять:

- цели, которые надлежит достигнуть в области качества;
- этапы процессов, которые отражают деятельность организации;
- специфическое распределение обязанностей, прав и ресурсов на различных фазах проекта;
- программы испытаний, контроля, исследований и аудита для соответствующих этапов;
- порядок внесения изменений в документацию и изменения программы качества в ходе выполнения проекта;
- метод оценки достижений намеченных целей в области качества.

Программа по качеству и документы, планирующие качество, должны включать мероприятия по обеспечению удовлетворительного качества

продукции поставщиков, работающих по субподрядам. В некоторых обстоятельствах, когда, например, основное проектирование или разработка осуществляются по субподряду, может оказаться необходимым включение программы качества субподрядчика в программу качества, распространяющуюся на основной контракт, в качестве ее части. В любом случае на нее должна быть ссылка в основной программе по качеству.

В программе качества может оказаться необходимым отразить следующие особенности:

- критические этапы проекта или производственного цикла;
- проектирование и разработку методик Руководства по качеству;
- этапы производства, контроля и испытаний компонентов и основных узлов;
- программу по надежности и ремонтпригодности;
- управление специальными процессами;
- конфигурацию методик управления;
- управление взаимозаменяемостью;
- идентификацию характеристик безопасности и соответствующих методов обеспечения качества;
- управление субподрядами;
- требования к специальной поверке;
- методики анализа проекта;
- методики контроля продукции;
- выбор материалов и комплектующих;
- программное обеспечение системы обеспечения качества;
- программное обеспечение, связанное с безопасностью;
- проверку квалификации;
- монтаж и испытания;
- потребность в специальной подготовке;
- управление интерфейсом;
- исследование новых методик;
- технико-экономический анализ;
- использование информации, поступающей в рамках обратной связи с прежними проектами.

Примечание. Этот список является чисто иллюстративным, далеко не исчерпывающим.

Если вуз берет на себя обязательство по выполнению большого контракта с потребителем, например, по подготовке специалистов по специальной программе или проведению непредусмотренных НИР, то вузу может потребоваться введение в свою систему качества ряда специальных дополнений и ограничений, требуемых другими потребителями. Решение подобной ситуации достигается созданием программы качества для отдельного контракта с разработкой дополнительных документов и коррекцией общего плана реализации СМК.

Фактором, объединяющим при этом программу и внутреннюю систему, обязательно останется существующее Руководство по качеству. Надо сказать, что нередко Руководство по качеству называют программой качества (например по ИСО 9001-2003). Однако согласно ИСО 8402 программой качества является «документ, регламентирующий конкретные меры в области качества, ресурсы и последовательность деятельности, относящейся к конкретной продукции, проекту или контракту».

Акцентируем внимание на то, что программа относится к конкретной продукции, проекту или контракту. Поэтому существует разница между программой качества и Руководством по качеству.

Программа по качеству и документы, планирующие качество, должны идентифицировать изделие или услугу и распространяться на системы и методики Руководства по качеству. Они должны идентифицировать все требования к качеству и/или методики, которые являются обязательными, а также любые необходимые ужесточения или отклонения от методик Руководства по качеству.

Программа по качеству и документы, планирующие качество, должны включать определение планируемых задач по качеству, идентификацию ответственных за решение всех этих задач, временные рамки, в которые следует уложиться, методы решения задач, возможности контроля, потребности в дополнительных или специальных ресурсах.

Задачей программы качества является определение того, как система качества, описываемая в Руководстве по качеству, будет применяться в конкретном проекте или контракте, а также подробное представление отличительных особенностей технологий, ресурсов и мероприятий, которые должны быть использованы или разработаны для этой цели.

Поскольку программа качества обычно апеллирует к соответствующим частям Руководства по качеству, программа может применяться в сочетании с системой качества или быть отдельным документом. Программы качества могут также предоставлять механизм, связывающий специфические требования к услуге/продукции или контракту с существующими методиками. В данном случае они не требуют отдельного набора методик или инструкций в дополнение к уже существующим. Разработанная программа качества проверяется и утверждается вузом, а затем представляется потребителю. После уточнения в ходе переговоров о заключении контракта программа до начала работ по контракту должна быть вновь передана потребителю для утверждения.

На рис. 4 приведены источники информации, используемые при составлении программ качества, а также дополнительные элементы, которые могут при этом потребоваться. Программы качества позволяют также осуществлять сопоставление требований к специфической деятельности. Они включают меньше информации, чем система качества организации, объединяя вместе все подробности и делая выдвигаемые требования более понятными, снижая опасность возникновения несоответствия и неправильности истолкования.

На рис. 5 представлена модель процесса планирования качества применительно к образованию.

В целом работа по планированию качества должна быть направлена на достижение готовности организации выполнять свои функции, что возможно осуществить через:

- актуализированные (обновляемые) документы по всем процессам;
- типовые формы записей для документирования соответствия требованиям программы;
- актуализированные средства технологического оснащения (лаборатории, испытательные комплексы), компетентный персонал.

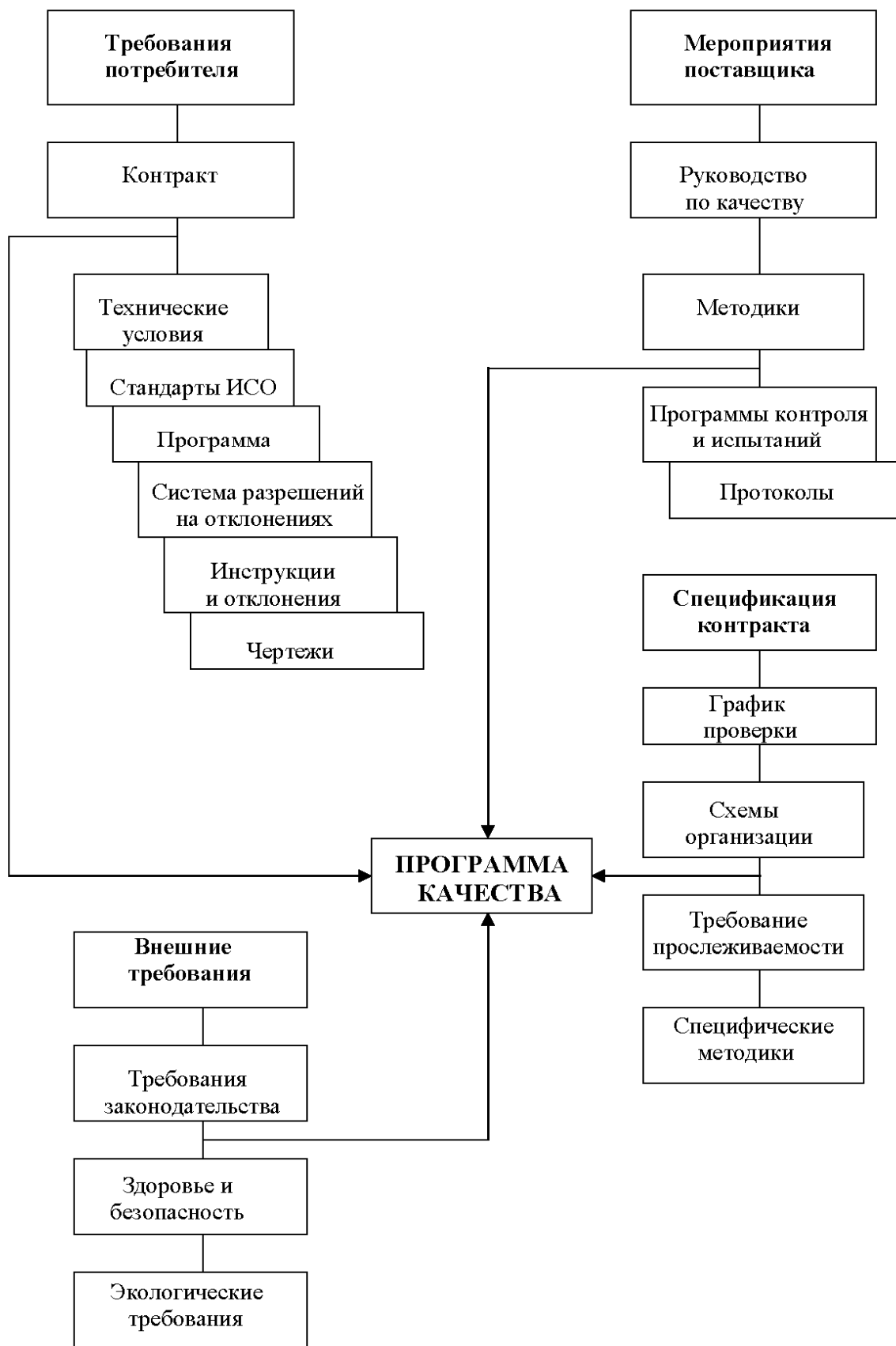
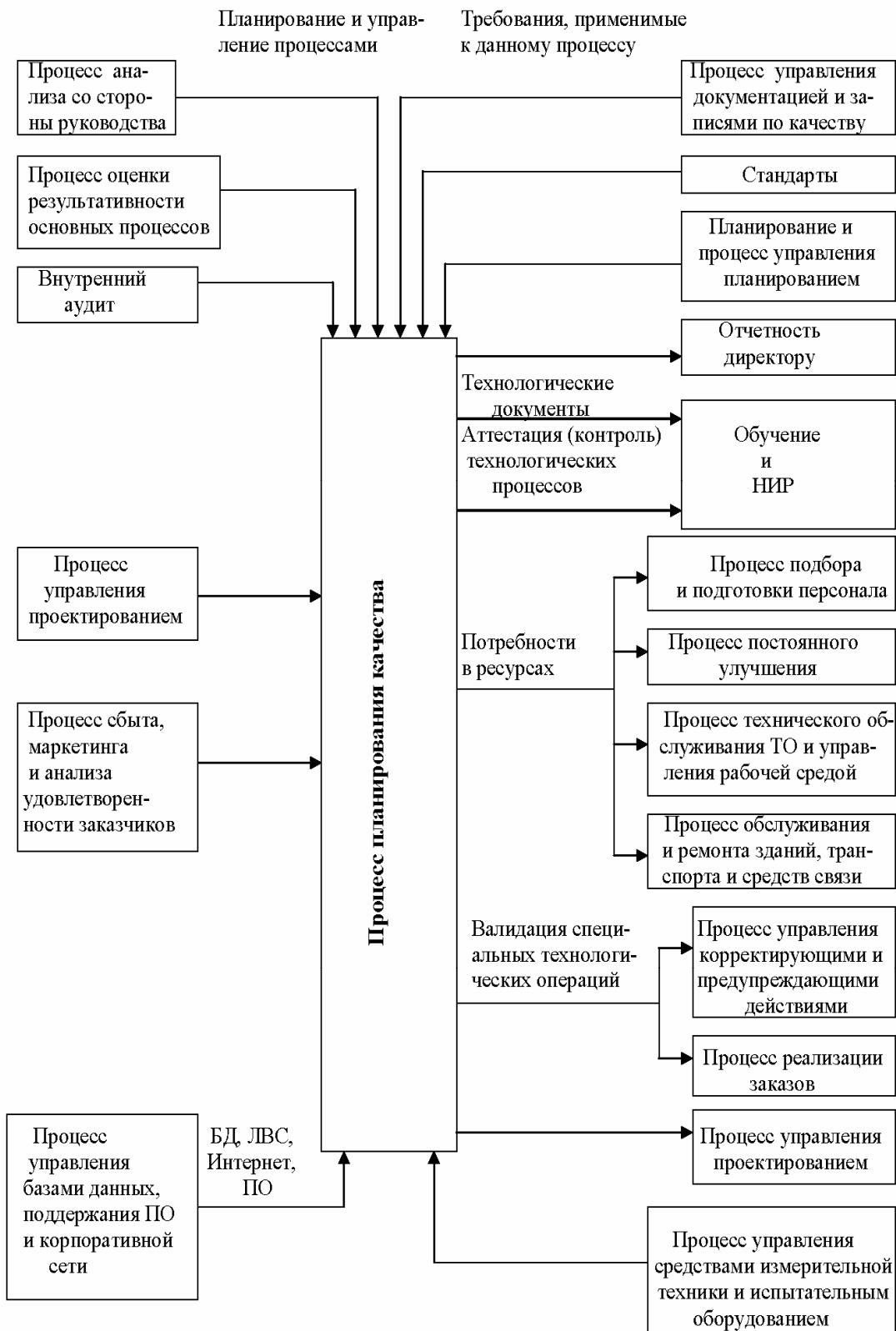


Рис. 4. Программа качества



Обозначения: БД – база данных; ЛВС – локальная вычислительная сеть; ПО – программное обеспечение; ТО – технологическое оборудование.

Рис. 5. Модель процесса планирования качества

Следует пояснить некоторые термины, появившиеся в данном разделе.

Актуализированные документы – это обновляемые документы для улучшения качества (новые конструкторско-технологические документы, переработанные методики и инструкции, модернизированная оснастка, учебные материалы, оборудование и технологии).

Валидация – подтверждение на основе представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного использования или применения, выполнены. Например, аттестация, проведенная после соответствующих предварительных проверок (исследований), по-сути – повторная валидация.

В управлении качеством встречается, на первый взгляд, похожий по смыслу термин – **верификация**, как подтверждение на основе представленных объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены (п. 7.3.5 и 7.3.6 ГОСТ Р ИСО 9001-2001).

В технических условиях ИСО/ТУ 22004 : 2005 (п. 7 и 8) отмечается, что понятия «валидация» и «верификация» часто путают. В контексте применения мер контроля они означают следующее:

- валидация – это оценка **до выполнения действия**. Ее роль заключается в демонстрации того, что отдельно или в комбинации с другими меры контроля **способны достичь определенного уровня**;

- валидация – это процедура сопоставления того, что задумано сделать (или еще пока делается), с тем, что необходимо потребителю для конкретного применения, т.е. сопоставление планируемого или промежуточного результата деятельности с текущими выходными требованиями – «взгляд вперед»;

- верификация – это процедура сопоставления того, что сделано (или еще пока делается), с тем, что было задумано (предписано) сделать, т.е. сопоставление законченного или промежуточного результата с входными требованиями – «взгляд назад»;

- верификация – оценка, выполняемая **в течение и после выполнения действия**. Ее функция – показать, что определенный уровень контроля был **фактически достигнут**.

Представляется, что рассматриваемые термины носят междисциплинарный характер и для корректного их использования следует обязательно учитывать контекст.

Валидация в применении к СМК вуза требует постоянного мониторинга качества подготовки специалистов, уточнений требований потреби-

телей продукции вуза, тесного контакта с заказчиками, чтобы готовить специалистов, действительно нужных потребителю. Необходим постоянный анализ соответствия качества выпускников требуемым и изменяющимся критериям. Если этого не делать, есть риск подготовить невостребованного специалиста и понести не только значительные экономические потери, но и подорвать репутацию вуза.

3.4. Документирование процессов и деятельности СК вуза

3.4.1. Спецификация процессов

Согласно ГОСТ Р ИСО 9001-2001 (п. 4.1) каждый вуз должен:

- а) определить процессы, необходимые для системы менеджмента качества;
- б) определить последовательность и взаимодействие этих процессов;
- в) определить критерии и методы, необходимые для обеспечения результативности как при осуществлении, так и управлении этими процессами;
- г) обеспечить наличие ресурсов и информации, необходимых для поддержки этих процессов и их мониторинга;
- д) осуществить мониторинг, измерение и анализ этих процессов;
- е) принимать меры, необходимые для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения этих процессов.

Таким образом, построение процессной модели системы качества образовательного учреждения фактически сводится к следующим действиям:

- 1) Составление реестра основных процессов образовательного учреждения.
- 2) Построение спецификации для каждого процесса, описывающей:
 - входы (материалы, комплектующие, информация, знания и др.);
 - выходы (продукты, услуги, информация, документы и др.);
 - необходимые ресурсы (персонал, знания и навыки, информация, здания, оборудование, технологии, методы, среда);
 - регламентирующие документы, методы контроля и управления;
 - измеряемые характеристики качества процесса и его результатов, методы их измерения и контроля и их целевые значения;
 - стадии, этапы, виды деятельности (работы).
- 3) Распределение полномочий и ответственности за процесс, включая назначение ответственного за него лица – владельца или менеджера процесса.

4) Графическое описание процесса (диаграмма потока, диаграммы в стандарте IDEF0/DFD/IDEF3, методология ARIS и др.) (если это нужно).

5) Разработка документированной процедуры или набора процедур, регламентирующих процесс.

Как следует из рис. 3 п. 2.3, в документах уровней В – Г изложено конкретно формирование качества. Построение «Спецификации процессов» (СП) предполагает наличие типового реестра процессов и видов деятельности. Один из вариантов приведен в табл. 5.

Таблица 5

Реестр процессов и видов деятельности в рамках СК ОУ

1	<i>Деятельность руководства в системе качества ОУ</i>
1.1	Стратегия, политика и цели в области качества
1.2	Планирование и развитие системы качества ОУ
1.3	Распределение ответственности и полномочий
1.4	Подготовка к лицензированию, аттестации и аккредитации
1.5	Анализ системы качества ОУ со стороны руководства
1.6	Информирование общества
1.7	Финансирование системы качества ОУ
2	<i>Основные процессы системы качества ОУ</i>
2.1*	Маркетинг
2.2*	Проектирование и разработка образовательных программ
2.3	Довузовская подготовка
2.4*	Прием студентов
2.5*	Реализация основных образовательных программ
2.6*	Воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми
2.7	Проектирование программ дополнительного образования
2.8	Реализация программ дополнительного образования
2.9	Подготовка кадров высшей квалификации
2.10*	Научные исследования и разработки
2.11	Инновационная деятельность
2.12	Международная деятельность
3	<i>Обеспечивающие процессы системы качества ОУ</i>
3.1*	Управление персоналом
3.2*	Управление образовательной средой
3.3	Редакционно-издательская деятельность
3.4*	Библиотечное и информационное обслуживания
3.5	Управление информационной средой
3.6*	Управление закупками
3.7*	Управление инфраструктурой
3.8	Управление производственной средой

3.9	Обеспечение безопасности жизнедеятельности
3.10	Социальная поддержка студентов и сотрудников ОУ
4	<i>Измерения, анализ и улучшение в рамках основных и обеспечивающих процессов</i>
4.1	Мониторинг, измерения и анализ процессов
4.2	Управление несоответствиями
4.3	Улучшение процессов

Примечание: процессы, отмеченные звездочкой, и все виды деятельности, указанные в разд. 1 и 4 таблицы, входят в инвариантное ядро типовой модели и подлежат проверке при оценке выполнения показателя 1.2.3 Государственной аккредитации «Эффективность внутривузовской системы обеспечения качества образования».

Иногда перечень описываемых вопросов расширяют и используют так называемые информационные карты.

3.4.2. Информационная карта процесса

Информационная карта процесса (ИК) – формализованное описание свойств, характеристик и функций объекта. Под термином «информационная карта процесса» понимают документ, содержащий информацию об основных атрибутах процесса, включая входы и выходы процесса, цели процесса, измерения и анализ процесса, мероприятия для достижения целей (улучшения) процесса, взаимодействия процесса с его поставщиками и потребителями и другими процессами, ресурсы процесса, документы управления процессом.

Информационная карта процесса составляется на каждый процесс в соответствии с типовым реестром процессов (см. табл. 5) и является официальным документом вуза, обязательным для исполнения всеми должностными лицами и сотрудниками образовательного учреждения в пределах их полномочий.

Предлагаемая форма информационной карты процесса приведена в прил. А. Информационная карта процесса состоит из основного документа, информационной карты и трех таблиц (см. прил. А и табл. А1, А2 и А3).

При разработке информационной карты следует руководствоваться требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 6.30-2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов».

Информационная карта процесса включает следующие разделы:

1. Раздел согласования и утверждения, содержащий «Наименование процесса» и его идентификационный номер в соответствии с принятой в организации системой кодирования процессов. При этом информационная карта согласуется с представителем руководства по качеству и утверждается руководителем организации. Она также содержит подписи руководителя службы качества, руководителя процесса, разработчика карты и согласующие подписи руководителей взаимодействующих процессов и подразделений.

2. Раздел «Общие сведения» содержит должность, имя руководителя процесса и назначение процесса.

3. Раздел «Результаты процесса и их потребители», в котором указываются (табл. 6):

- результаты или выходы процесса;
- подразделения или другие процессы организации, являющиеся потребителями результатов процесса;
- требования и документы, устанавливающие требования к результатам процесса.

Таблица 6

Результаты процесса и их потребители

Результат (выход) процесса (данные или материальные объекты, являющиеся результатом процесса)	Потребитель результатов процесса (другие процессы, подразделения вуза)	Требования потребителей к результатам (выходам) процесса
<i><указываются результаты (продукция процесса)></i>	<i><для каждого результата указываются процессы или внешние потребители, использующие соответствующий результат процесса></i>	<i><для каждого результата приводятся ссылки на нормативные документы, определяющие требования к результату процесса></i>

4. Раздел «Внешние поставщики и входы процесса», в котором указываются (табл. 7):

- входы процесса – входная информация, субъекты или материальные объекты, являющиеся входом для данного процесса;
- процессы, подразделения организации или иные организации, являющиеся поставщиком процесса;
- требования к входам – требования и документы, устанавливающие требования к каждому входу процесса.

Таблица 7

Внешние поставщики и входы процесса

Вход процесса (данные или материальные объекты)	Поставщик процесса (процессы, подразделения ОУ)	Требования к входам
<i><указываются объекты (данные, люди, материальные объекты), являющиеся входом в рассматриваемый процесс></i>	<i><указывается процесс или внешний поставщик, являющийся источником для данного входа></i>	<i><для каждого входа приводятся ссылки на нормативные документы, определяющие требования к входным объектам процесса></i>

5. Раздел «Виды деятельности в рамках процесса, управление и требуемые ресурсы» определяет (табл. 8):

- основные виды деятельности (подпроцессы, этапы или подэтапы), выделяемые в рамках описываемого процесса;
- документы, регламентирующие управление выделенными видами деятельности (указываются ссылки на нормативные документы – стандарты организации (СО), ИК процессов, документированные процедуры (ДП) и др.);
- записи и данные, используемые или создаваемые в процессе выполнения различных видов деятельности;
- материальные ресурсы, подразделения и исполнителей, требуемых для выполнения выделенных видов деятельности.

Таблица 8

Виды деятельности в рамках процесса, управление и требуемые ресурсы

Виды деятельности в рамках процесса	Регламентирующая документация	Используемые записи и данные	Требуемые ресурсы (исполнители и материальное обеспечение)
<i><указываются виды деятельности в рамках процесса (подпроцессы, этапы и подэтапы)></i>	<i><для каждого вида деятельности приводятся ссылки на нормативные документы (документированные процедуры)></i>	<i><для каждого вида деятельности указываются используемые или создаваемые на данном этапе записи или данные></i>	<i><для каждого вида деятельности указываются исполнители (подразделения или конкретные сотрудники), а также необходимые материальные и финансовые ресурсы></i>

Информационная карта может сопровождаться графическими пояснениями, предназначенными для наглядного представления места описываемого процесса в структуре организации, связями между описываемым процессом и другими процессами по входам/выходам, взаимосвязями различных видов деятельности в рамках описываемого процесса. В принципе обобщенная карта связи процессов может приводиться только в Руководстве по качеству и не дублироваться в информационных картах процессов.

На рис. 6, 7 приведены примеры графического описания процесса 2.5 (см. табл. 5) и взаимосвязей видов деятельности в рамках этого процесса.

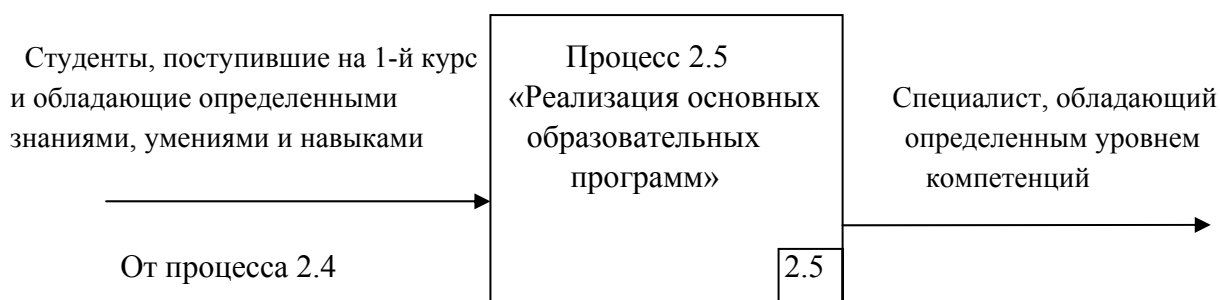


Рис. 6. Внешнее взаимодействие процесса 2.5 «Реализация основных образовательных программ» с другими процессами вуза



Рис. 7. Внутреннее взаимодействие видов деятельности в рамках процесса: Д – вид деятельности в рамках процесса 2.5

Составной частью информационной карты процесса являются также три приложения:

- приложение «Планирование процесса» (цели процесса и показатели их достижения) (обязательное) (табл. А1 прил. А);
- приложение «Мероприятия по улучшению процесса» (рекомендуемое) (табл. А2 прил. А);
- приложение «Корректирующие и предупреждающие действия» (рекомендуемое) (табл. А3 прил. А).

Приложение «Планирование процесса» (табл. А1) информационной карты (обязательное) является периодически обновляемым, причем период его обновления определяется потребностями организации. В этом приложении информационной карты могут фиксироваться стратегические показатели (с периодом обновления один год и менее). При каждом изменении значений целевых показателей, измеряемых показателей или целей процесса прил. А обновляется и утверждается руководителем процесса и руководителями организации.

Прил. А включает следующие составляющие:

1. Раздел утверждения и согласования.
2. Период планирования.
3. Основной раздел приложения сводится в табл. 9.

Данные этого приложения являются основой для разработки мероприятий по улучшению процесса.

Приложение «Мероприятия по улучшению процесса» (табл. А2) является рекомендуемым и содержит план мероприятий по улучшению процесса с учетом необходимости достижения целевых значений показателей процесса, зафиксированных в предыдущем приложении (табл. А1), при каждом изменении которого разрабатывается и утверждается руководителем процесса и руководителями организации новая версия «Мероприятий по улучшению процесса».

Составляющие приложения «Планирование процессов»

Цели процесса, направленные на достижение установленных результатов	Наименование показателя цели процесса	Измеряемое значение для показателя цели процесса	Фактические значения показателей на начало планирования	Целевые значения показателя на конец планирования	Способ измерения	Метод анализа
<i><приводятся формулировки целей процесса></i>	<i><указываются наименование всех показателей, характеризующих определенную цель></i>	<i><указываются измеряемое значение показателя и единицы его измерения></i>	<i><указываются исходное значение каждого показателя></i>	<i><указываются целевое значение каждого показателя и если необходимо границы предупреждающих и корректирующих воздействий></i>	<i><указываются метод измерения каждого показателя></i>	<i><указываются метод анализа каждого показателя></i>

Периодичность обновления этого приложения определяется потребностями организации и документированными процедурами, устанавливающими правила планирования и реализации мероприятий по улучшению, а также корректирующих и предупреждающих мероприятий.

Рекомендуемая периодичность обновления данного приложения для стратегических показателей один раз в год, а для оперативных показателей в зависимости от периода их обновления (но не реже одного раза в квартал).

Прил. А2 включает следующее:

1. Раздел утверждения и согласования.
2. Период планирования.
3. Основной раздел приложения «Мероприятия по улучшению процесса» содержит сведения табл. 10.

Таблица 10

Составляющие приложения «Мероприятия по улучшению процесса»

Цели процесса, направленные на достижение установленных результатов	Факторы, влияющие на изменение показателей достижения целей	Мероприятия, направленные на изменение значений влияющих факторов	Сроки исполнения	Ответственный		Дополнительные ресурсы или соисполнители
				Должность	ФИО	
<указывается цель процесса>	<для каждого показателя цели указываются факторы, влияющие на его достижение>	<указываются мероприятия, позволяющие обеспечить достижение установленного значения показателей целей>	<сроки выполнения мероприятий>	<указываются должность и ФИО ответственного за реализацию каждого мероприятия>		<для каждого мероприятия указываются необходимые дополнительные кадровые, финансовые, материальные ресурсы>

Приложение к ИК процесса «Корректирующие и предупреждающие действия (табл. А3) является рекомендуемым и содержит следующие разделы:

- идентификация несоответствия;
- краткая характеристика несоответствия;
- поиск причины несоответствия;
- корректирующие и предупреждающие действия;
- коррекция (устранение) несоответствия;
- проверка результативности корректирующих действий.

Этот процесс относится к шести обязательным документированным процедурам и будет рассмотрен ниже.

Информационные карты процессов являются основой для их дальнейшего графического описания и при необходимости разработки соответствующих ДП управления процессами.

3.4.3. Документированные процедуры и записи

Документированная процедура (ДП) – документированный установленный способ осуществления деятельности или выполнения определенной работы (процесса).

ДП должна отвечать на следующие вопросы:

1. Какова ее область применения и сфера действия?
2. Какова цель, задачи и результаты (выходы) описываемого процесса, деятельности или работы?
3. Что, кем, как, где и в какой последовательности должно быть сделано?
4. Какими полномочиями обладают и за что несут ответственность участвующие в процессе, деятельности или работе?
5. Какие документы, ресурсы, материалы и оборудование используются в процессе работы?
6. Какими показателями и характеристиками оцениваются качество и эффективность выполнения работы на всех ее этапах, как и кем они измеряются и контролируются?
7. Каким образом документируется и регистрируется выполняемая работа?
8. Как используются результаты выполненной работы (процесса).

Структура и формат документированных процедур (бумажная копия или электронные средства информации) могут быть определены в вузе на основе рекомендаций, приведенных в документе Р 50-601-46-2004 «Рекомендации. Методика менеджмента процессов в системе качества».

В качестве средств описания процесса могут использоваться тест, потоковые диаграммы, таблицы, комбинации из них или любые другие подходящие средства в соответствии с потребностями вуза.

ДП должны содержать необходимую информацию и быть идентифицированы, они могут содержать ссылки на РИ, определяющие порядок выполнения работ, нормативные документы и записи, которые используются или создаются при реализации ДП. Документированные процедуры, как правило, описывают действия, охватывающие различные функции, в то время как РИ обычно регламентируют задачи, относящиеся к одной функции.

Исходя из общих требований к ДП, ее содержание должно включать следующие разделы:

Титульный лист (он же лист согласования/утверждения).

Содержит утверждающую подпись, а также согласующие подписи с указанием должностных лиц, их фамилий и инициалов и дат согласования. Список согласующих подписей, который обычно оформляется в виде таблицы в нижнем колонтитуле, зависит от конкретного назначения ДП, но, как правило, включает руководителя службы качества вуза. Оформление первой страницы ДП в соответствии со стандартом организации СТ ВлГУ 1.1.02-2008 приведено в прил. Б.

Содержание документа:

1. Назначение и область применения процедуры.

Определяется назначение ДП и ее область действия. Указываются процессы и должностные лица, участвующие в выполнении процедуры. Указывается место ДП в общей системе документации СК вуза.

2. Описание процедуры, включающее:

- общие положения о порядке действия ДП;
- описание процедуры, которое может быть оформлено как пояснение к графическому описанию. При этом графическое описание процесса (процедуры) может быть выполнено различными графическими средствами: с помощью диаграмм потока (например средствами программного продукта Visio), с помощью диаграмм в стандарте IDEF0/IDEF3 [7, 8], с помощью диаграмм в стандарте пакета ARIS Toolset или др.;
- иные положения, характеризующие особенности процесса, описываемого ДП.

Уровень детализации описания может меняться в зависимости от сложности действий, используемых методов и уровня опытности и подготовленности людей, необходимого для выполнения работы. Независимо от уровня детализации желательно рассмотрение следующих аспектов:

- определение потребностей вуза, его потребителей и поставщиков;
- описание процессов в форме текстовых терминов и/или потоковых диаграмм, относящихся к требуемым действиям;
- установление того, что должно быть сделано, кем или при помощи какой организационной функции; зачем, когда, где и как;
- описание контроля процесса и контроля идентифицированных действий;
- определение необходимых ресурсов для выполнения действий (в отношении персонала, подготовки, оборудования и материалов);
- определение соответствующей документации, относящейся к требуемым действиям;

- определение входов и выходов процесса и отдельных работ;
- определение измерений, которые должны быть предприняты.

Вуз, однако, может решить, что некоторые пункты из вышеупомянутой информации более применимы к рабочим инструкциям.

В разделе «Описание процедуры» должны быть определены:

- требования к информационным ресурсам, необходимым для реализации ДП;
- требования к другим материальным ресурсам, необходимым для реализации ДП (материалы, помещения, оборудование, технические средства и т.п.);
- измеряемые показатели и характеристики качества документированного процесса и его результатов, их целевые значения, методы их измерения и мониторинга, анализа степени достижения целей и механизмы принятия решений по результатам анализа;
- записи, выполняемые в рамках ДП, или приведены ссылки на соответствующие разделы ДП или другие документы. Формы, которые нужно использовать для этих записей, должны быть идентифицированы. Способы, необходимые для комплектования, регистрации и хранения записей, должны быть установлены.

3. Ответственность.

Описывается распределение работ, ответственности и полномочий сотрудников и их организационные функции, также как их взаимосвязь с процессами и действиями, приведенными в процедуре, должны быть идентифицированы.

Распределение ответственности может быть описано в форме матриц ответственности и полномочий, потоковых и иных диаграмм, сопровождаемых текстом для достижения ясности.

4. Нормативные документы.

Приводятся ссылки на все нормативные документы как внешнего, так и внутреннего происхождения, которые относятся или используются при реализации данной ДП.

5. Приложения.

В приложения могут быть включены таблицы, потоковые диаграммы и формы, содержащие информацию, более полно раскрывающую ДП.

6. Лист регистрации изменений.

Содержит информацию о произведенных в документе изменениях с указанием их номеров, дат внесения и распорядительных документов, разделов или листов ДП, к которым относятся изменения.

При разработке ДП можно руководствоваться требованиями стандарта ГОСТ Р 6.30-2003. «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов».

Документированные процедуры регламентируют не только технологические процессы производства и предоставления услуг, но и направляют действия различных функциональных служб на их своевременное и качественное обеспечение и обслуживание, начиная с рядового исполнителя и кончая руководителем высшего уровня (ректором).

В своей совокупности и в сочетании с действием механизма выявления и решения проблем, связанных с осуществлением процессов вуза, ДП побуждают делать все, чтобы организационно-технический, социально-экономический и технологический уровни организации стали повседневной заботой каждого ее сотрудника. Именно в стандартизации и документировании процессов вуза, в четком обозначении функций, обязанностей, прав и ответственности каждого факультета (подразделения) и всех его кафедр заключен основной стержень эффективности работы вуза в целом.

Документированные процедуры синтезируют деятельность сотрудников в процессах, осуществляемых вузом, определяют способы осуществления того или иного вида деятельности или комплекса деятельности в их взаимосвязи между собой в конкретном процессе путем преобразования входов в выходы, т.е. в получении конечного результата процесса.

Документированные процедуры позволяют рационально использовать материальные и трудовые ресурсы, побуждают изыскивать внутренние резервы, постоянно повышать профессиональное мастерство, пополнять знания. Показатели, закладываемые в ДП, дают возможность правильно оценить вклад каждого в общее дело и по заслугам его стимулировать. Четко определяя порядок выполнения работ ДП, взаимоувязывают и направляют усилия сотрудников вуза на достижение главной цели – неуклонного и эффективного повышения качества образования при наименьших издержках.

Первой рекомендуется разработать процедуру «Разработка, оформление и управление внутренней нормативной документацией», поскольку данный документ должен описать принципы, порядок и методику выполнения работ этапа документирования СМК. В нем также должна быть установлена методика введения документов СМК в действие.

Стандартом ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в качестве обязательных рекомендованы шесть процедур:

- управление документацией (п. 4.2.3 стандарта);
- управление записями (п. 4.2.4);
- внутренние аудиты (проверки) (п. 8.2.2);
- управление несоответствующей продукцией (п. 8.3);
- корректирующие действия (п. 8.5.2);
- предупреждающие действия (п. 8.5.3).

Некоторые ДП могут быть объединены, например 5 и 6. Тем не менее ввиду сложности процессов, протекающих в вузе, реальное количество ДП в СК может быть значительно больше. Они могут регламентировать процессы менеджмента, основные и вспомогательные процессы, управление ресурсами, проектирования и предоставления образовательных услуг, измерения, анализа и улучшения. Фактический ДП – это методика реализации процесса.

Особым видом документа SMK является запись о качестве – документ, содержащий объективные свидетельства о достигнутых результатах или выполненной (осуществленной) работе.

Записи по качеству – документация, необходимая для функционирования организации. Такой термин использован в ИСО серии 9000 для обозначения документации – носителя информации, появляющейся в ходе деятельности организации. В ней фиксируют произошедшие события, и по своей сути она неизменна.

Записи могут использоваться для документирования прослеживаемости и свидетельства проведения верификации, предупреждающих действий и корректирующих действий. Записи – документ неизменный, хранитель сведений и данных о конкретном процессе в конкретное время. К записям относятся, например: журналы по регистрации данных об обучении; журналы регистрации параметров технологических процессов; отчеты по аттестации персонала по качеству; сертификаты соответствия; протоколы и журналы калибровки средств измерений; отчеты о проверках качества; отчеты о затратах на качество; отчеты по анализу SMK.

Записи могут содержать информацию:

- сведения об анализе СК вуза со стороны руководства;
- о степени достижения целей в области качества;
- оценке процессов СК;
- уровне удовлетворенности потребителей;

- результатах функционирования СК для проведения ее анализа;
- тенденциях в области качества образования;
- ресурсах;
- корректирующих и предупреждающих действиях и их эффективности;
- квалификации и подготовке персонала;
- проведении внутренних аудитов;
- сравнениях в области конкурентоспособности вуза и др.

Примеры записей: решения, протоколы, акты, отчеты, рабочие журналы, списки, ведомости, альбомы бланков, перечни и т.п.

Примечания:

1. В некоторых случаях формализованные документы по планированию деятельности вуза относят к записям.

2. Ведение записей должно соответствовать Закону РФ № 5351-1 от 09.07.1993 г. «Закон об авторском праве и смежных правах» (с изменениями от 19.07.1995 г., 20.07.2004 г.).

Более подробно документирование записей изложено в п. 4.4.

3.4.4. Нерегламентируемые и дополнительные документы и методики по качеству

Документы, которые не попадают под требования стандартов по качеству, можно отнести к нерегламентируемым. Однако они весьма важны при формировании СМК. К такому виду документов, играющих существенную роль и необходимых для эффективного функционирования СМК, могут относиться (наиболее значимые и часто употребляемые выделены курсивом):

- *положения о структурных подразделениях;*
- *должностные инструкции для всех категорий персонала;*
- *приказ о назначении, полномочиях и ответственности представителя руководств;*
- документы по процессам обмена информацией в организации, в том числе по вопросам результативности СМК (объявления, электронные сообщения, записи результатов совещаний, сводная информация о результатах проверок и аудитов и т.п.);

- *процедурные документы и записи по обратной связи с потребителями и оценке их удовлетворенности (анкеты, опросные листы и т.п.), результаты сравнения с достижениями конкурентов и передовых организаций (материалы участия в конкурсах, результаты бенчмаркинга и т.п.);*
- *документы (или разделы в других документах, например в положении об оплате труда) по мотивации и вовлечению персонала в реализацию целей организации в области качества;*
- *документированные методики (стандарты организации, правила, порядки, инструкции и т.п.) на основные (маркетинг, проектирование, изготовление, приемка, поставка и др.) и вспомогательные (снабжение, делопроизводство, подготовка кадров, метрологическое и технологическое обеспечение и др.) производственные процессы, содержащие помимо прочего требования к входам и результатам процессов, к деятельности по их верификации, валидации, контролю и мониторингу, критериям приемки, ведению соответствующих записей;*
- *документы и записи, содержащие требования, которые относятся к студентам и преподавателям;*
- *документы для потребителя о возможностях вуза (буклеты, каталоги, иные рекламные материалы) и о процедурах работы с потребителями, включая прохождение их запросов, порядок рассмотрения рекламаций;*
- *требования к закупаемой продукции и услугам, запасным частям, материалам, оборудованию и т.п., сведения о поставщиках, правила и критерии оценки поставщиков:*
- *рабочие производственные инструкции персоналу для ряда конкретных выполняемых работ, включающие помимо прочего указания по качеству и безопасности;*
- *документы по поверке и калибровке средств измерений (СИ), аттестации методик выполнения измерений (МВИ) и измерительного оборудования (ИО), процедурам обращения с поврежденными или несоответствующими СИ и ИО;*
- *процедурные документы и записи по результатам сбора и анализа данных о результативности СМК, по выявлению областей улучшения деятельности и результатам улучшения;*
- *разрешительные документы органов исполнительной власти на ведение определенных видов деятельности, актов проверок и заключения государственных органов контроля и надзора, сертификаты обязательной сертификации о соответствии продукции обязательным требованиям;*

- типовые формы для формализованного ведения необходимых записей;
- нормативно-правовые и технические документы, справочная литература, научно-техническая периодика и т.п.

Следует обратить внимание, что ИСО 9001 не предъявляет жестких требований к наличию, составу, содержанию и форме документов данной группы: «Степень документированности СМК... может отличаться... в зависимости от размера организации; сложности и взаимодействия процессов; компетентности персонала».

Сокращение объемов документов, оформление которых признано необходимым (особенно описаний процессов), может быть достигнуто тщательным продумыванием их содержания и изложением не только в виде традиционного текста, но с применением таких наглядных и компактных форм, как табличная, матричная, диаграммная. Для простых процедур можно порекомендовать любую из этих форм, для более сложных разумно, например, сочетание диаграммного представления с комментирующим текстом. Применение более двух форм (бывает, и всех сразу: таблица входов-выходов процесса, матрица ответственности задействованных лиц, текстовое описание, диаграмма процесса), хотя и придает «красивость» документации, но существенно увеличивает ее объем из-за неоднократных повторов и поэтому нецелесообразно [2].

В дополнение к указанной выше документации «Стандарты и директивы ENQA» [12] требуют выполнения некоторого ряда условий относительно политики, процедур и соответствующей документации СК вузов:

1. Учебные заведения должны иметь **стандарты своих образовательных программ** и соответствующие **сертификаты (дипломы)**. При этом образовательные программы должны иметь ясные ожидаемые результаты получаемого образования, выраженные в компетенциях выпускников.

2. Учебные заведения должны иметь соответствующие политике и реализуемым образовательным программам **процедуры** гарантии качества образования. Руководство по процедурам должно предоставлять детализированную информацию о методах, с помощью которых осуществляется политика, и служить справочным материалом для лиц, интересующихся практическим аспектом применения процедур.

3. Стратегия, Политика и процедуры должны обладать официальным статусом (официально утверждены) и находиться в свободном доступе для студентов и всех заинтересованных сторон.

4. При формировании стратегии, политики и процедур должны приниматься во внимание мнения студентов и других заинтересованных сторон.

5. Политика и официальные процедуры должны образовывать систему, в которой вузы разрабатывают и отслеживают эффективность своей системы гарантии качества. Они также помогают формировать общественную уверенность в независимости организаций.

Реализация приведенных дополнений, да и других аспектов становления SMK может осуществляться с помощью методик качества.

Для структурирования мероприятий в документальной форме необходимо понять, каким образом данное мероприятие осуществляется и каким образом каждый предыдущий этап мероприятия позволяет переходить к последующему. При документальном оформлении любого мероприятия сам акт перенесения информации о нем на бумагу позволяет идентифицировать ошибки, потери, отклонения, противоречия, недостатки согласования и входной информации. Представление мероприятия в виде методики позволяет ориентировать на выполнение мероприятия многих других сотрудников, связанных с его реализацией, а внесение в методику изменений предполагает изменение документа и оповещение об этом. Методики являются своеобразными учебниками для новичков. Опыт показывает, что при разработке и документальном оформлении методик существуют несколько ключевых этапов. Блок-схема, представленная на рис. 8, предусматривает, что методика должна разрабатываться специалистом. Предполагается обеспечивать качество при консультациях со специалистами по качеству. Следует отметить, что роль специалиста по качеству при этом является чисто вспомогательной, ответственность за качество должна обязательно лежать на тех, кто отвечает за проведение конкретного мероприятия, кто в первой инстанции определяет, как осуществлять это мероприятие.

Эти рабочие методики являются важными практическими руководящими указаниями, дающими информацию о том: почему, где, когда и кем должны выполняться те или иные задания. В США предписания имеют обязательный характер.



Рис. 8. Разработка методики

Стандартный формат содержания подобной методики может иметь следующий вид:

- название;
- назначение и область применения;
- документы, на которые распространяется действие методики;

- оборудование и материалы;
- ответственные за выполнение;
- безопасность;
- протоколы и примеры стандартных форм;
- лист изменений.

Подобные методики, связанные с качеством, не обязательно должны быть воспроизведены в Руководстве по качеству, их издание и распространение должны учитываться.

Методики качества дают четкое представление о качестве и обеспечивают уверенность в том, что все мероприятия по каждой из функций осуществляются в соответствии с установленными методами работы. Методики подробно раскрывают задачи и область деятельности, а также идентифицируют как, когда, где и кем мероприятия должны выполняться. Результатом деятельности должны стать документы, детализирующие и протоколирующие результаты выполнения мероприятий. Методики издаются для ориентации сотрудников на выполнение определенных мероприятий. Стандарт ИСО 9000-1 устанавливает, что документальное оформление методик является объективным свидетельством того, что:

- процесс определен;
- методики утверждены;
- изменения, которые могут вноситься в методики, контролируются.

Документально оформленные методики реализуют функцию:

- достижения требуемого качества;
- оценки системы качества;
- повышения качества;
- поддержки достигнутого повышения качества.

Важной частью документирования СМК являются **протоколы качества**. В то время как технические условия и методики по качеству содержат информацию о том, чего предполагается добиться в будущем, протоколы качества отражают то, что было сделано в прошлом, и являются тем, на что можно ссылаться как на ранее достигнутое. Они должны храниться в течение жестко установленного срока, причем к ним должен быть постоянный доступ.

Руководство по качеству должно опираться на библиотеку рабочих методик. Эти методики должны быть доступными для заинтересованных лиц, своевременно распространяться и постоянно пересматриваться.

В том случае, когда возникает необходимость в пересмотре или исправлении конкретной методики, выпускается извещение о технических изменениях.

ГЛАВА 4. УПРАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

4.1. Общие требования к управлению документацией

Документация любой организации делится на два типа.

Первый тип – нормативная документация (НД), регламентирующая какую-либо деятельность. Такая документация по своей сути является изменяемой, и управление ею должно включать порядок и процедуры изменения. В свою очередь НД делится на документацию внешнего и внутреннего происхождения.

К *документации внешнего происхождения* относятся: законы Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации, Министерства образования и науки, Федерального агентства по образованию и Ростехрегулирования, государственные стандарты, строительные нормы и правила, санитарные правила и нормы, гигиенические нормы и другие документы, выпущенные местными (региональными) органами и обязательные к исполнению.

Управление такой документацией начинается с вопросов:

1. «А известны ли нам все внешние органы, регламентирующие деятельность вуза?». Это необходимо выяснить и составить список таких органов.

2. «Где гарантия того, что мы получаем от внешних органов все документы и изменения к ним?». Полное обеспечение документами возможно, если пользоваться справочно-правовыми системами «Консультант Плюс», «Гарант» или стать абонентом регионального органа для регулярного получения государственных стандартов.

При проведении сертификационного аудита проверяется полнота документации, регламентирующей деятельность организации, и наличие в организации актуальных учтенных копий документов и системы их ведения, а также наличие системы работы с неучтенными и аннулированными экземплярами документации.

3. «Кто в вузе отвечает за своевременное получение, корректировку и рассылку документации внешнего происхождения и изменений к ней?». Для указанных целей назначают ответственных за эти работы.

К документации внутреннего происхождения относятся все регламентирующие документы, создаваемые в вузе: положения о подразделениях, должностные инструкции, технологические инструкции и карты, регламенты проведения совещаний, инструкции о работе с клиентами, о защите коммерческой информации, порядке складского учета, проведении инвентаризации, порядке отчетности и т.д.

Управление такой документацией начинается с установления порядка ее разработки, согласования и утверждения. Порядок разработки, согласования и утверждения можно представить в виде блок-схемы в документированной процедуре.

В соответствии с требованиями ISO 9002 : 2000 содержание п. 4.2.3 относится к созданию обязательной документированной процедуры «Управление документацией». В различных организациях объем этой процедуры разный.

Количество и объем документации всецело зависят от размеров вуза и определяются степенью полезности и целесообразности затрат на ее разработку и поддержание в рабочем состоянии. Доступность документации определяется разумным соотношением между периодом, в течение которого может возникнуть отклонение, для уточнения информации с целью предотвращения появления данного отклонения. Процедуры управления нормативными внутренними документами приведены в табл. 11.

Таблица 11

Процедуры управления нормативными документами
внутреннего происхождения

Наименование работ или документов	Ответственный исполнитель
1. Назначение ответственного за разработку документа	Руководитель подразделения
2. Анализ документации, разработка проекта документа или коррекции	Автор
3. Проверка документа на соответствие установленным требованиям	Руководители смежных подразделений
4. Доработка документа или коррекции	Автор
5. Утверждение документа или коррекции	Руководитель подразделения

Наименование работ или документов	Ответственный исполнитель
6. Составление ведомости рассылки и плана мероприятий по внедрению	Автор
7. Регистрация документа и организация хранения оригинала (контрольного экземпляра)	ОВД
8. Размножение и рассылка документа по ведомости рассылки	ОВД
9. Организация учета и хранения документа в подразделениях	Руководители подразделений
10. Обучение сотрудников работе по новым документам (при необходимости)	Руководители подразделений

Примечания: 1) началом работ является потребность разработки или корректировки документации; 2) ОВД – ответственный за ведение документации в подразделении.

Второй тип – управление записями по качеству, что, собственно, и является одним их фрагментов настоящего пособия (см. п. 4.3).

Для определения необходимых средств управления документацией должна быть разработана документированная процедура, предусматривающая для внутренних документов (ИСО 9001-2000):

- а) официальное одобрение документов с точки зрения их достаточности до выпуска;
- б) анализ и актуализацию по мере необходимости и повторное официальное одобрение документов;
- в) обеспечение идентификации изменений и статуса пересмотра документов;
- г) обеспечение наличия соответствующих версий документов в местах их применения;
- д) обеспечение сохранения документов четкими и легко идентифицируемыми;
- е) обеспечение идентификации документов внешнего происхождения и управление их рассылкой;
- ж) предотвращение непреднамеренного использования устаревших документов и применение соответствующей идентификации таких документов, оставленных для каких-либо целей.

Для внешних документов:

- закупка необходимой документации или запрос ее у потребителя услуг;

- регистрация и хранение контрольного экземпляра поступившей документации;
- ознакомление персонала с документами;
- регистрация поступивших изменений к нормативной документации;
- идентификация изменений и хранение экземпляра с изменениями;
- ознакомление персонала с изменениями.

Целью управления документацией является обеспечение постоянной актуализации и доступности документации системы менеджмента качества. Для достижения этой цели образовательное учреждение должно установить документированную процедуру, описывающую порядок:

- изменения, анализа и одобрения внутренней документации, включая ее идентификацию и статус пересмотра;
- управления внешней документацией необходимыми нормативно-правовыми актами, которые следует постоянно актуализировать;
- обеспечения доступности документации персоналу организации;
- управления официальными документами обучающихся для обеспечения прослеживаемости образовательных услуг и верификации выполнения требований на установленных образовательных этапах.

Документация, относящаяся к определению процессов обучения, их управлению, а также документация по вспомогательному обслуживанию должна быть управляемой. Документация, выпущенная внутри организации, должна быть проанализирована и одобрена на предмет ее адекватности и соответствия установленным требованиям.

Информация об издании учебников или учебных материалов, практикумов, учебных пособий или другой учебной литературы должна быть управляемой и прослеживаемой на этапе проектирования разработки.

Процедуры регистрации курса, структура планов учебных занятий, инструкции по структуре научно-исследовательского отчета и т.д. должны поддерживаться в актуализированном состоянии для обеспечения необходимой корректности и комплектности документации системы менеджмента качества, находящейся в обращении.

Информация о действующей документации системы качества вуза (РК, СТО, ДП, ДИ, РИ, Ф, а также иная нормативная документация) приведена в соответствующих Перечнях действующих документов, в которых указываются номер документа, текущая версия, дата ввода в действие и ответственный за данный документ.

Документы СК вуза в электронном виде хранятся на жестком диске в архиве уполномоченного по качеству.

Эталонные образцы утвержденных и действующих документов системы качества вуза в бумажном и электронном видах хранятся в архиве уполномоченного по качеству. Документы СК вуза, а также формы и шаблоны соответствующих документов в электронном виде хранятся в системе информационной системы качества вуза и доступны сотрудникам вуза в соответствии с установленным и документально закрепленным распределением ответственности и полномочий сотрудников.

Управление документацией должно базироваться на разработке соответствующего стандарта вуза (СТО – стандарт организации) и шести обязательных документированных процедур.

4.2. Стандарты организации

Для единообразия оформления документации в вузе разрабатывают стандарты на различные аспекты документирования в соответствии с ГОСТ Р 1.4-2002. Рассмотрим основные положения стандарта организации в СМК для документированных процедур.

Этот стандарт устанавливает единый порядок разработки требований к структуре, содержанию, оформлению и введению в действие документированной процедуры в вузе.

Структура документированной процедуры (ДП) должна содержать две части:

первая часть – информационно-вводная:

- титульный лист;
- предисловие;
- содержание;
- введение;

вторая часть – содержательная:

- область применения;
- нормативные ссылки;
- термины и определения;
- обозначения и сокращения;
- основные нормативные положения;
- приложения.

Элементы: «Содержание», «Введение», «Нормативные ссылки», «Термины и определения», «Обозначения и сокращения», «Приложения» приводят в ДП при необходимости, исходя из особенностей ее содержания и изложения.

Например, «Содержание» ДП включает порядковые номера и наименования разделов (при необходимости – подразделов), обозначения, заголовки приложений и, через отточие, номер страницы ДП, на которой начинается данный структурный элемент.

Содержание размещают после предисловия с новой страницы.

В разделе «Нормативные ссылки» перечисляют все документы, в соответствии с которыми разработана данная ДП. Как правило, это законы РФ, различные стандарты, постановления, Устав вуза и другие нормативы. Включают информацию только о принятых документах.

В основные нормативные положения включают разделы:

- цель процесса;
- вход процесса;
- выход процесса;
- матрица ответственности процесса;
- документы, регламентирующие процесс;
- ресурсы для обеспечения процесса;
- критерии результативности процесса;
- графическое описание процесса.

Цель процесса определяет, что предполагается достичь в результате процесса, описываемого в ДП.

Вход процесса – входные объекты (материалы, продукция, информация, услуга и др.), которые во время выполнения процесса преобразуются в выходы. Входы одного процесса нередко являются выходами другого.

Выход процесса – это результат выполнения данного процесса, продукция, информация или услуга, для получения которого осуществляется процесс.

Матрица ответственности – распределение полномочий и ответственности между участниками процесса, с обязательным указанием должностного лица, ответственного за весь процесс.

Документы, регламентирующие процесс – перечень документов, которые определяют условия, методы, способы выполнения процесса (организационно-распорядительная, нормативная, информационно-справочная документация и другие виды документов).

В разделе «Ресурсы для обеспечения процесса» определяются необходимые для реализации процесса ресурсы.

В разделе «Критерии результативности процесса» следует указать критерии, по которым осуществляется контроль результативности выполнения процесса.

Графическое описание процесса – это визуализация процесса с помощью одного из графических методов: блок-схема, IDEF0 и др.

Форма и методы графического описания устанавливаются организацией самостоятельно и описываются соответствующими документированными процедурами. При выборе методов графического описания следует использовать рекомендации, приведенные в документе Р 50-601-46-2004 «Рекомендации. Методика менеджмента процессов в системе качества».

Требования к оформлению текста ДП соответствуют требованиям исходного Стандарта университета (организации), распространенного на все виды стандартов. Например, СТО ВлГУ 1.1.01-2008. Стандарты университета, Правила разработки, структура, оформление и введение в действие.

4.3. Управление документацией через документированные процедуры

Документированная процедура устанавливает единые формы, правила обозначения, оформления, разработки, проверки, актуализации, утверждения, учета, хранения и рассылки документов СК, правил описания процессов, порядка управления документами СК, принятыми в образовательном учреждении.

Требования данного документа обязательны для всех подразделений, должностных лиц и сотрудников образовательного учреждения.

В качестве документов, относящихся непосредственно к СК, то есть тех, которые поддерживают выполнение требований системы качества образовательного учреждения, определены следующие виды документов:

- Руководство по качеству (РК);
- спецификации процессов (СП);
- документированные процедуры (ДП);
- карты процессов (КП);
- положения о структурных подразделениях (ПСП);
- методики (М);
- рабочие инструкции (РИ);
- должностные инструкции (ДИ);
- формы (Ф);
- перечни (П);
- приложения (Пр).

Для обозначения документов СК используется система идентификации, приведенная на рис. 9.

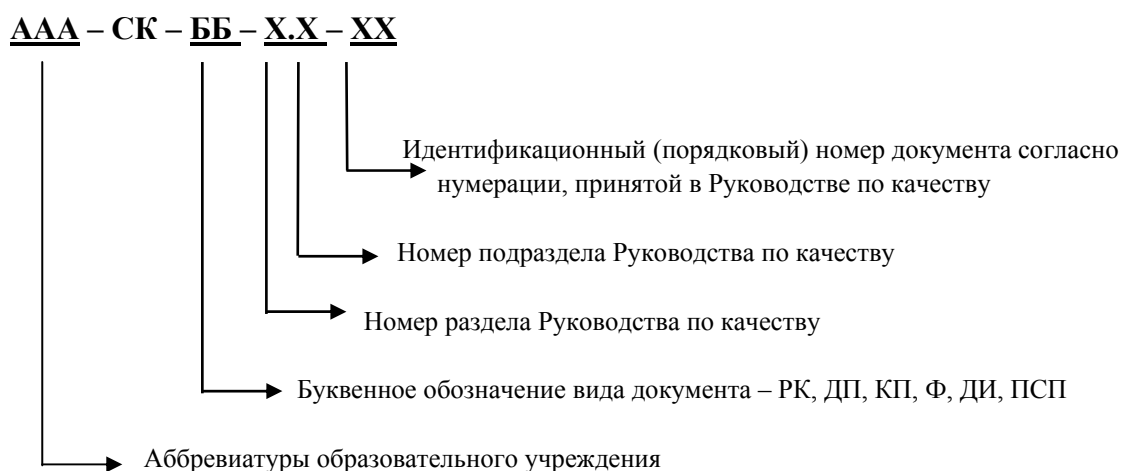


Рис. 9. Система идентификации документации СК

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

Идентификационный код и номер версии указывают на каждом листе документа.

Идентификационные коды документов СК используются при ссылках на них.

Такие документы СК, как формы предназначены в первую очередь для обозначения тех носителей информации, которые участвуют во взаимосвязи процессов.

В составе документации системы качества образовательного учреждения различаются:

- организационно-распорядительная документация, регламентирующая деятельность подразделений должностных лиц и персонала образовательного учреждения в области качества;
- учебно-методическая документация, регламентирующая процессы гарантии качества в образовательной деятельности.

К учебно-методической документации относятся учебные планы и рабочие программы, учебные графики, методические инструкции (рекомендации) по применению технологий обучения и оценки знаний обучаемых, учебно-методические комплексы по дисциплинам учебного плана и т.п.

Стадии управления документами СК установлены в матрице ответственности, представленной в табл. 13.

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

Оформление документа СК включает в себя:

- заполнение колонтитулов документа;
- разработку текста документа;
- графическое описание процедур (при необходимости) с использованием символьных обозначений, вид и назначение которых определены стандартом п. 4.2.

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

Классификация документа, присвоение ему номера учетного экземпляра, порядковый номер документа, номер его версии устанавливает уполномоченный по качеству. Контрольному экземпляру номер не присваивается.

Должностные инструкции выдаются сотрудникам, непосредственно занимающим данную должность, но не в оригинальном варианте, с них снимается копия.

Документы системы качества вида ДП содержат следующие разделы:

«1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ».

«2. ОПИСАНИЕ».

«3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ».

«4. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ».

«5. ПРИЛОЖЕНИЯ».

Раздел «Термины и определения» в документах СК не приводится, а все используемые термины и определения указаны в соответствующем разделе Руководства по качеству.

В разделе «НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ» определяются цель регламентируемой деятельности и основные задачи, решение которых обеспечивает достижение цели, устанавливается область применения объекта документирования, указанного в наименовании данного документа.

В разделе «ОПИСАНИЕ» дается описание к объекту документирования. В зависимости от специфики объекта требования могут излагаться в одном или нескольких разделах.

В разделе «ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ» распределяются ответственность и полномочия персонала предприятия по отношению к данному объекту документирования, при этом подразумевается, что для реализации ответственности при выполнении какой-то функции персонал наделяется соответствующими полномочиями, которые могут быть подробно определены в других документах (например в должностных инструкциях).

В разделе «НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ» перечисляются те документы, которые необходимы при введении в действие данного документа.

В разделе «ПРИЛОЖЕНИЯ» перечисляются приложения к документу в виде таблиц, шаблонов, схем, матриц, рисунков, форм документов, алгоритмов и т.п.

В документах вида КП, ДИ, ПСП, Ф наличие указанных разделов не является обязательным требованием.

В содержании ДИ должны быть указаны:

- общие положения (порядок назначения и освобождения от должности, порядок замещения на время отсутствия);
- квалификационные требования;
- основные задачи;
- обязанности;
- полномочия;
- ответственность.

В содержании ПСП должны быть указаны:

- общие положения (руководство подразделением, порядок назначения и освобождения от должности руководителя подразделения, документы для управления деятельностью подразделения, структура подразделения):
- основные задачи, процессы в подразделении;
- взаимодействие с другими подразделениями;
- должностные полномочия руководителя подразделения;
- должностная ответственность руководителя подразделения;
- должностные обязанности руководителя подразделения.

Примечание. При таком варианте отдельную должностную инструкцию руководителя не выпускают.

Содержание и вид документа типа Ф (форма) определяются разработчиком данного документа и зависят от цели использования документа данного вида.

Журналы, которые применяются в СК для регистрации информации, должны иметь на титульном листе данные о дате начала и окончания (если журнал окончен), ответственном за ведение журнала.

Классификацию документа, порядковый номер документа, номер его версии устанавливает уполномоченный по качеству.

Для идентификации процесса определяются:

- функциональное назначение процесса;
- ответственный за процесс, обеспечивающий его менеджмент;
- выходы процесса и потребители процесса;
- входы и поставщики процесса;
- этапы выполнения процесса;
- управление процессом;
- ресурсы процесса.

Текстовое описание процесса выполняется на бланке шаблона «Спецификация процесса» с помощью программы Microsoft Word или Microsoft Excel.

Графическое описание алгоритмов процессов выполняется на бланке шаблона «Алгоритм ДП» с помощью программы Microsoft Visio или с использованием автофигур раздела «Блок-схемы Microsoft Word».

При использовании программы Microsoft Visio для изображения отдельных шагов алгоритма, входов/выходов, ресурсов, управления используются значки специального разработанного трафарета «Примитивы ДП».

Управление внутренними документами СК

При разработке документации используются электронные шаблоны РК, ИК, ДП и РИ.

Вновь создаваемый документ анализируется разработчиком на адекватность описываемой деятельности и на соответствие требованиям нормативной документации, в том числе ГОСТ Р ИСО 9001.

После подписи разработчиком создаваемый документ передается на проверку и согласование уполномоченному по качеству и на утверждение руководителем образовательного учреждения. Утвержденный документ получает статус контрольного.

Для рассылки нового документа с контрольного снимаются копии и распространяются согласно ведомости рассылки. Устаревшие и заменяемые документы изымаются и уничтожаются. Контрольные экземпляры устаревших и заменяемых документов помечаются «Отменен» и хранятся у уполномоченного по качеству.

При необходимости внесения изменений в действующие документы документ проходит те же стадии, что и при разработке. На измененном документе указывается новая версия, контрольный экземпляр заменяется на новый. На изъятом контрольном экземпляре ставится отметка «Отменен», и он перемещается в архив к уполномоченному по качеству.

Документы заменяются согласно ведомости рассылки. Заменяемые документы (листы) изымаются у подразделений и уничтожаются.

Все документы в электронном виде хранятся у уполномоченного по качеству.

Управление внешними документами

Управление внешней документацией осуществляется уполномоченным по качеству.

Внешние документы (ГОСТ, ГОС и т.п.) проходят проверку на адекватность при планировании работ, в которых они будут использоваться. В случае наличия изменений новые документы или исправления заказываются в уполномоченных организациях (в частности в магазине стандартов).

Контрольные экземпляры внешних документов хранятся у уполномоченного по качеству. Копии документов передаются в подразделения по мере необходимости – по заявкам руководителей подразделений. Устаревшие и замененные документы изымаются и уничтожаются. Рассылка и изменения внешних документов регистрируются в журнале Внешних документов.

Ответственным за организацию разработки и введение процедуры в действие является ответственный руководитель службы качества (уполномоченный по качеству – УК).

Распределение полномочий подразделений и должностных лиц по управлению документацией приведено в табл. 12.

Распределение полномочий по управлению документацией

Отдел, должностное лицо	Полномочия
Служба качества	Служба качества ответственна: <ul style="list-style-type: none"> • за актуализацию всей документации СК; • проверку всех документов на соответствие требованиям стандартов в области качества (ISO 9001, ENQA и др.); • актуализацию Руководства по качеству; • рассылку актуальных документов и изъятие старых документов, подтверждение через акты сдачи-приемки; архивирование документации
Руководители подразделений	Каждый руководитель ответственен: <ul style="list-style-type: none"> • за адаптацию существующей документации изменяющимся требованиям совместно с УК; • разработку новой документации СК для своей области совместно с УК; • внесение изменений в документацию своей области; • рассылку актуализированной документации в пределах своей области ответственности; • изъятие старых документов; • возвращение старых документов УК; • информирование и соответствующее обучение всего персонала, к которому относятся изменения
Все сотрудники	Все сотрудники ответственны: <ul style="list-style-type: none"> • за применение исключительно актуализированной документации СК; • применение только оригиналов разрешенных документов и не копировать их, так как эти копии не будут актуализироваться

Стадии управления и матрицы распределения ответственности приведены в табл. 13.

Таблица 13

**Стадии управления и матрица распределения ответственности
и полномочий при управлении документацией СК**

Стадии управления	Должностные лица			
	РК	КП	ДП	ДИ, ПСП
1. Определение потребности в документе	Ректор	Руководители процессов	Руководители процессов	Ректор, руководители процессов, руководители подразделений
2. Планирование разработки	ЦКО	Руководители процессов	Руководители процессов	Ректор, руководители процессов, руководители подразделений
3. Разработка, оформление	ЦКО	Руководители процессов	Руководители процессов	Руководители подразделений
4. Определение статуса документов при разработке из числа	КЭ, УЭ, ИЭ	КЭ, УЭ, ИЭ	КЭ, УЭ, ИЭ	КЭ, УЭ
5. Проверка	Ректор	ЦКО	ЦКО	ЦКО, руководители подразделений
6. Утверждение, ввод в действие	Ректор	Руководители процессов	Руководители процессов	Руководители подразделений
7. Регистрация, учет	Учебное управление, ЦКО	Руководители процессов	Руководители процессов	Отдел кадров
8. Размножение, распределение	Учебное управление	Руководители процессов	Руководители процессов	Отдел кадров
9. Хранение: место хранения, – сроки хранения	ЦКО – КЭ, руководители подразделений, должностные лица – УЭ, ИЭ, до переиздания	Руководители процессов – КЭ, руководители подразделений, должностные лица – УЭ, ИЭ, до переиздания	Руководители процессов – КЭ, руководители подразделений, должностные лица – УЭ, ИЭ, до переиздания	Отдел кадров – КЭ, на рабочих местах – УЭ, до переиздания

Стадии управления	Должностные лица			
	РК	КП	ДП	ДИ, ПСП
10. Анализ, актуализация, внесение изменений, переутверждение	ЦКО	Руководители процессов	Руководители процессов	Руководители подразделений
11. Отмена	Ректор	Руководители процессов	Руководители процессов	Руководители подразделений
12. Изъятие, утилизация	ЦКО	Руководители процессов	Руководители процессов	Руководители подразделений
13. Архивирование: – место хранения – сроки хранения, лет	ЦКО	ЦКО	ЦКО	На усмотрение руководителей подразделений

Примечание. ИЭ – используемый экземпляр документа; КЭ – контрольный экземпляр; УЭ – утвержденный экземпляр; ЦКО – Центр управления качеством образования.

4.4. Управление записями

Записи должны быть определены и поддерживаться в рабочем состоянии для предоставления свидетельств соответствия требованиям и результативности функционирования системы качества. Они должны оставаться четкими, легко идентифицируемыми и восстанавливаемыми. Должна быть разработана документированная процедура для определения средств управления, требуемых при идентификации, хранении, защите, восстановлении, определении сроков сохранения и изъятия записей.

В записях могут регистрироваться свидетельства о следующих аспектах деятельности вуза:

- анализ СК со стороны руководства;
- управление программами и квалификациями;
- результаты аттестации студентов;
- образование, подготовка, навыки и опыт персонала;
- данные о ресурсах, в том числе и приобретаемых, предназначенных для обучения и поддержки студентов;

- планирование и проведение внутренних аудитов СК;
- анализ данных о процессах СК;
- управление несоответствиями;
- результаты корректирующих и предупреждающих действий.

Управление записями о качестве должно быть определено в соответствующей документированной процедуре, в которой устанавливается:

- ответственность за сбор и хранение записей о качестве;
- место, срок хранения записей и право доступа к ним;
- способ хранения записей о качестве, предотвращающий их потерю, порчу и фальсификацию и обеспечивающий быстрый доступ к записям.

Записи о качестве являются объективным подтверждением выполнения действий в рамках СК, а также соблюдения требований, установленных для продукции учебной деятельности.

Записи содержат информацию о текущей деятельности организации, например о результатах, полученных на каждом этапе учебно-педагогического процесса (предоставления образовательных услуг).

Записи должны вестись и поддерживаться в рабочем состоянии для предоставления свидетельств соответствия требованиям и результативности системы менеджмента качества. Они должны оставаться четкими, легко идентифицируемыми и восстанавливаемыми. Должна быть разработана документированная процедура для определения средств управления, требуемых при идентификации, хранении, защите, восстановлении, определении сроков сохранения и изъятия записей.

Образовательное учреждение должно обратить внимание на срок хранения записей и порядок распоряжения ими, которые обычно установлены в соответствии с законодательными и/или обязательными требованиями.

По требованиям ГОСТ Р 52614.2-2006 образовательное учреждение должно управлять записями об обучении и обучающихся в соответствии с установленными процедурами. Это такие документы, как:

- отчет о проектировании и разработке учебного процесса (например о составлении учебного плана);
- записи о квалификации преподавателей (свидетельства, сертификаты и другие документы, подтверждающие квалификацию);
- записи об оценке воздействия процесса обучения (например оценка качества преподавания);
- записи о работах, выполненных обучающимися, и отчеты по обучению;

- свидетельство об окончании учебного заведения (свидетельство, удостоверение, диплом и т.д.);
- записи о потерях, ущербе или недобросовестном использовании обучающимися вспомогательных материалов;
- жалобы;
- записи об участии в исследованиях;
- записи о производственной практике;
- записи об авторском праве и/или разрешение на право использования информации.

Стандарт ИСО 9001-2000 устанавливает совокупность процедур и объектов записей, содержащих свидетельства выполненных работ и достигнутые результаты. В табл. 14 приведены 19 видов записей, подлежащих управлению в системе менеджмента качества.

В зависимости от целей и задач в области качества приведенный перечень может дополняться, например, данными о затратах на качество, о снижении рисков и др.

Таблица 14

Виды записей, подлежащих управлению

Номер	Пункт ИСО 9001-2000, предусматривающий ведение записей	Результаты деятельности, которые должны документироваться
1	5.6.1	Записи об анализе со стороны руководства
2	6.2.2 (д)	Записи об образовании, подготовке, навыках и опыте
3	7.1 (г)	Записи, содержащие свидетельства того, что процессы жизненного цикла продукции и произведенная продукция соответствуют требованиям
4	7.2.2 (в)	Записи результатов анализа требований, относящихся к продукции, и последующих действий, вытекающих из этого анализа
5	7.3.2	Записи, содержащие входные данные, относящиеся к требованиям к продукции при ее проектировании и разработке
6	7.3.4	Записи, содержащие анализ выходных данных, относящихся к требованиям к продукции, и всех необходимых действий
7	7.3.5	Записи результатов верификации проекта и разработки продукции
8	7.3.6	Записи результатов валидации (утверждения проекта) и необходимых действий
9	7.3.7	Записи результатов анализа изменений проекта и разработки

Номер	Пункт ИСО 9001-2000, предусматривающий ведение записей	Результаты деятельности, которые должны документироваться
10	7.4.1	Записи по оценке закупленной продукции
11	7.5.2	Записи по оценке состояния специальных процессов
12	7.5.3	Записи по управлению специальной (требуемой) идентификацией и прослеживаемостью продукции
13	7.5.4	Записи по управлению собственностью потребителей
14	7.6	Записи результатов калибровки и поверки
15	8.2.2	Отчеты и результаты проведения внутренних аудитов
16	8.2.4	Записи о соответствии готовой продукции критериям приемки. Записи, содержащие данные о лицах, санкционирующих выпуск продукции
17	8.3	Записи о выявленных несоответствиях и предпринятых действиях
18	8.5.2	Записи результатов предпринятых корректирующих действий
19	8.5.3	Записи результатов предпринятых предупреждающих действий

Основа достоверности записей – четкая регистрация данных о качестве, выполняемая непосредственными исполнителями работ, их заинтересованность в правдивости регистрируемых данных, отсутствие у исполнителей боязни оказаться виновными в регистрируемых отклонениях.

Второй этап в процессе управления записями – систематизация данных, создание обобщающих систематизированных форм. Создание таких форм – сложный процесс. Для их разработки должны привлекаться высококвалифицированные специалисты и менеджеры организаций.

Контроль за своевременным представлением записей осуществляет служба качества, которая в установленные сроки представляет собранную информацию представителю руководства по качеству и другим заинтересованным лицам. Регулярно, с определенной периодичностью представленные данные анализируются, и результаты оценки используются для разработки корректирующих действий.

Документированная процедура «Порядок управления записями» устанавливает единый порядок управления записями и ответственность со-

трудников образовательного учреждения за документирование и хранение данных о качестве. Требования процедуры обязательны для применения всеми подразделениями, должностными лицами и сотрудниками университета в части их касающейся.

Структура записей о качестве СК образовательного учреждения в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001-2001 включает:

1. Записи и данные, содержащие первичную информацию по качеству.
2. Записи и данные, содержащие обработанную информацию по качеству.
3. Записи и данные, содержащие систематизированную информацию по качеству.

Стадии управления записями в СК предусматривают:

- сбор записей о качестве;
- идентификацию;
- хранение;
- архивирование (при необходимости);
- изъятие;
- защиту записей, включая:
 - определение необходимости защиты;
 - способы их защиты;
 - обеспечение защиты;
- восстановление записей, включая:
 - определение необходимости восстановления;
 - способы восстановления;
 - обеспечение восстановления.

Ответственные лица обеспечивают реализацию всех стадий управления записями о качестве.

В табл. 15, предложенной в [10], приведен перечень основных видов записей о качестве образовательного учреждения, даны примеры конкретных видов записей и указано распределение ответственности и полномочий должностных лиц по управлению записями о качестве.

Распределение ответственности и полномочий по другим записям о качестве, а также места и сроки хранения и архивирования всех записей о качестве устанавливаются соответствующими документированными процедурами СК.

Таблица 15

**Основные виды записей о качестве, ответственность и полномочия
должностных лиц по управлению записями о качестве**

Записи о качестве	Параметры управления записями					
Наименование формы	Требования	Ответственный	Место хранения	Срок (лет)	Носитель	Доступ
<p><i>Записи, относящиеся к оценке системы качества вуза:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка эффективности системы качества образовательного учреждения; • Отчет уполномоченного по качеству об анализе СК 		Уполномоченный по качеству (УК)	Служба качества		Бумажный	Санкционированный (Сн)
<p><i>Записи о персонале ОУ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Требования к компетентности персонала; • Данные об образовании, подготовке, навыках и опыте персонала; • План повышения квалификации персонала на год 						
<ul style="list-style-type: none"> • Журнал регистрации повышения квалификации персонала; • Протоколы заседаний аттестационных комиссий; • Протоколы проверки знаний; • Приказы (распоряжения) о допуске к работе 		Начальник отдела кадров	Отдел кадров (ОК)		Бумажный	Свободный (Св)

Записи о качестве	Параметры управления записями					
	Требования	Ответственный	Место хранения	Срок (лет)	Носитель	Доступ
<p>Записи о требованиях потребителей к предоставляемым образовательным программам:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Данные о требованиях потребителей к предоставляемым образовательным программам; • Перечень внешних нормативных документов, содержащих требования к образовательным программам; • Результаты анализа требований к предоставляемым образовательным программам; • Журнал регистрации рекламаций на подготовку специалистов 		Руководитель отдела маркетинга			Бумажный	Св
<p>Записи о взаимодействии с поставщиками материальных ресурсов и услуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перечень и оценка поставщиков материальных ресурсов и услуг; • Информация по закупкам; • Акты верификации закупленной продукции; • Акты выполненных работ; • Договор на поставку; • Смета и др. 		Начальник планово-финансового управления, главный бухгалтер			Бумажный	Сн

Записи о качестве	Параметры управления записями					
	Требования	Ответственный	Место хранения	Срок (лет)	Носитель	Доступ
<p>Записи приемной комиссии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Требования, предъявляемые к абитуриентам; • Списки абитуриентов; • Протоколы вступительных испытаний; • Ведомости вступительных испытаний; • Протоколы зачисления; • Отчет приемной комиссии и др. 		<p>Ответственный секретарь приемной комиссии</p>			<p>Бумажный</p>	<p>Сн</p>
<p>Записи о результатах обучения студентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты текущего контроля по дисциплине; • Рейтинг студентов группы № xxx; • Экзаменационная ведомость; • Анализ результатов промежуточной аттестации. Отчет об итогах сессии; • Записи о студентах, знания и навыки которых не соответствуют установленным требованиям; • Протоколы ГЭК; • Отчет председателя государственной аттестационной комиссии и др. 		<p>Начальник учебного отдела</p>				<p>Св</p>

Продолжение табл. 15

Записи о качестве	Параметры управления записями					
	Требования	Ответственный	Место хранения	Срок (лет)	Носитель	Доступ
<p>Записи о поставщиках абитуриентов для образовательного учреждения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты оценивания и выбора средних учебных заведений, школ и лицеев 		Начальник учебного отдела			Бумажный	Сн
<p>Записи, относящиеся к процессам ресурсного обеспечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Журнал заданий на выполнение работ; • Акт о качестве выполнения работ и др. 		Менеджеры процесса			Бумажный	Сн
<p>Записи о внутренних аудитах, содержащие информацию по оценке эффективности СК:</p> <ul style="list-style-type: none"> • План внутренних аудитов на год; • Чек-листы для внутренней проверки; • Отчет о результатах внутренней проверки; • Протоколы внутреннего аудита и др. 		УК			Бумажный	Сн
<p>Оценка удовлетворенности потребителей:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты анкетирования студентов; • Результаты анкетирования работодателей и др. 		УК			Бумажный	Св

Продолжение табл. 15

Записи о качестве	Параметры управления записями					
	Требования	Ответственный	Место хранения	Срок (лет)	Носитель	Доступ
<p><i>Записи о корректирующих и предупреждающих действиях:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • План корректирующих действий; • План предупреждающих действий и др. 		УК			Бумажный	Сн
<p><i>Записи о результатах анализа требований, установленных к продукции:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты анализа или разработки проектов; • Результаты проверки проекта и последующих действий; • Результаты утверждения проекта и последующих действий; • Данные об изменениях проекта; • Анализ проектов; • Анализ образовательных программ; • Анализ научно-технической продукции; • Результаты верификации проекта; 		УК			Бумажный	Сн

Записи о качестве	Параметры управления записями					
	Требования	Ответственный	Место хранения	Срок (лет)	Носитель	Доступ
<ul style="list-style-type: none"> • Результаты верификации образовательных программ; • Результаты верификации научно-технической продукции; • Результаты валидации образовательных программ и научно-технической продукции; • Идентификация изменений в образовательных программах и научно-технических проектах 						

Примечание. В табл. 15 приведен рекомендуемый для образовательных учреждений перечень видов записей о качестве. Каждое образовательное учреждение самостоятельно определяет необходимый для его работы и предоставления отчетности перечень записей о качестве.

4.5. Внутренние аудиты

Настоящая процедура устанавливает порядок проведения внутренних аудитов в образовательном учреждении. Цель регламентируемой деятельности – определение порядка и правил проведения внутренних аудитов (проверок) системы качества.

Систематически проводимые **внутренние аудиты** предназначены для обеспечения руководства предприятия объективной и своевременной информацией о степени соответствия деятельности в системе качества и ее результатов установленным требованиям. Для этого проверяются:

- соответствие описанной в СК деятельности требованиям нормативной базы управления качеством в образовательном учреждении (стандарты и директивы ENQA, стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-2000 и иные стандарты и нормативные акты, определяющие требования к системе качества образовательного учреждения);
- соответствие фактической описанной в СК деятельности подразделения.

Программа внутренних аудитов СК ежегодно представляется на утверждение руководителю образовательного учреждения. В существенных, с точки зрения качества случаях, программа внутренних аудитов может корректироваться в оперативном порядке.

В образовательном учреждении внутреннему аудиту подлежат следующие процессы:

- проектирование и разработка образовательных программ;
- довузовская подготовка и прием студентов;
- реализация основных образовательных программ;
- воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми;
- проектирование и реализация программ дополнительного образования;
- подготовка кадров высшей квалификации;
- научно-исследовательская и инновационная деятельность;
- менеджмент персонала;
- управление образовательной средой;
- издательская деятельность;
- библиотечное и информационное обеспечение;
- управление инфраструктурой и производственной средой;
- обеспечение БЖД (безопасности жизнедеятельности).

Внутренний аудит отдельных процессов или видов деятельности может по решению руководства образовательного учреждения заменяться иными формами контроля:

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

Подготовка внутреннего аудита включает:

- назначение руководителя аудиторской группы;
- уточнение состава группы аудиторов и обязанностей аудиторов;
- разработку «Плана внутреннего аудита», содержащего цели, объем и критерии аудита;

- проверку выполнения и результативности корректирующих действий предыдущих аудитов и дополнение разрабатываемого плана внутреннего аудита по результатам проверки;
- согласование плана, состава группы и сроков проведения с руководителем проверяемого подразделения;
- утверждение плана аудита не позднее чем за пять дней до проведения проверки;
- обеспечение группы аудиторов необходимой документацией СК;
- анализ аудиторами соответствующей документации СК.

Проведение аудита состоит из следующих этапов:

- проведение вступительного совещания;
- сбор и проверка информации и компетентности персонала;
- подготовка аудиторской группой заключения по результатам аудита, которое заносится впоследствии в «Отчет по аудиту». При формулировании заключения аудита констатируется, достигнуты ли цели аудита в соответствии с его планом;

- проведение заключительного совещания, на котором доводятся сведения наблюдений аудита и заключение по результатам аудита до руководителей проверяемых подразделений.

Отчет по аудиту должен содержать:

1. Цель аудита.
2. Объем аудита (область аудита и сроки).
3. Сведения о руководителе и составе аудиторской группы.
4. Критерии аудита.
5. Наблюдения аудиторов.
6. Заключение по результатам аудита.
7. Рекомендации по улучшению.
8. Лист рассылки отчета по аудиту.

В течение двух недель после проведения аудита руководитель аудиторской группы направляет УК отчет для утверждения и хранения. УК рассылает копии отчета всем проверенным подразделениям.

После получения «Отчета по аудиту» руководители подразделений по выявленным несоответствиям обязаны организовать деятельность в соответствии с документированной процедурой «Корректирующие и предупреждающие действия» и учесть рекомендации по улучшению.

Существуют различные виды внутреннего аудита.

1. Проверка документации СК (аудит адекватности).

Проверка документации СК осуществляется в соответствии с программой и планом аудита. Документация СК должна удовлетворять требованиям документированных процедур «Управление документацией» и «Управление записями».

При аудите адекватности проверка документов осуществляется по следующим позициям:

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

Выявленные несоответствия в документах аудитором заносятся в протоколы.

По результатам аудита адекватности главный аудитор корректирует (при необходимости) план проведения аудита соответствия.

2. Аудит соответствия.

При аудите соответствия устанавливается степень, с которой СК понята, внедрена и соблюдается персоналом (фактическое выполнение персоналом требований, установленных в документации СК организации). Выявленные несоответствия аудиторами заносятся в протоколы.

Управление записями при проведении внутренних аудитов осуществляется по ежегодной программе проведения аудитов. Программа формируется руководителем службы качества (уполномоченным по качеству) с учетом предложений и по согласованию с руководителями подразделений.

Отчеты и другие документы по внутренним аудитам хранятся в течение трех лет, а затем передаются в архив образовательного учреждения.

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

Персонал организации, ответственный за проведение внутренних проверок и осуществляющий их, проходит специальную подготовку и имеет квалификацию внутреннего аудитора.

Общие требования к внутренним аудиторам (на основе рекомендаций ГОСТ Р ИСО 19011):

- наличие высшего образования и опыта работы не менее трех лет;
- наличие специальной подготовки по проведению внутренних аудитов и сертификата (удостоверения) внутреннего аудитора;
- знание требований нормативных документов по СК (в том числе ГОСТ Р ИСО серий 9000 и 10000, документов СК), по принципам, методам и организации внутренних аудитов;
- умение устанавливать личные контакты, коммуникабельность, уравновешенность, умение владеть собой;
- реалистичность и объективность, умение аналитически и гибко мыслить, целеустремленность;
- умение устно и письменно выражать свои мысли, тактичность, работоспособность.

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

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

Графическое описание процедуры аудита приведено на рис. 10.

Блок 10. Уполномоченный по качеству (руководитель службы качества) разрабатывает и утверждает у руководителя образовательного учреждения программу внутренних аудитов.

При разработке программы внутреннего аудита учитываются: требования клиентов, претензии и рекламации на продукцию образовательного учреждения, указания руководства и предложения подразделений образовательного учреждения.

Блок 20. На основании программы аудитов и настоящей документированной процедуры УК и руководитель группы аудиторов организуют подготовку и утверждение плана и критериев аудита.

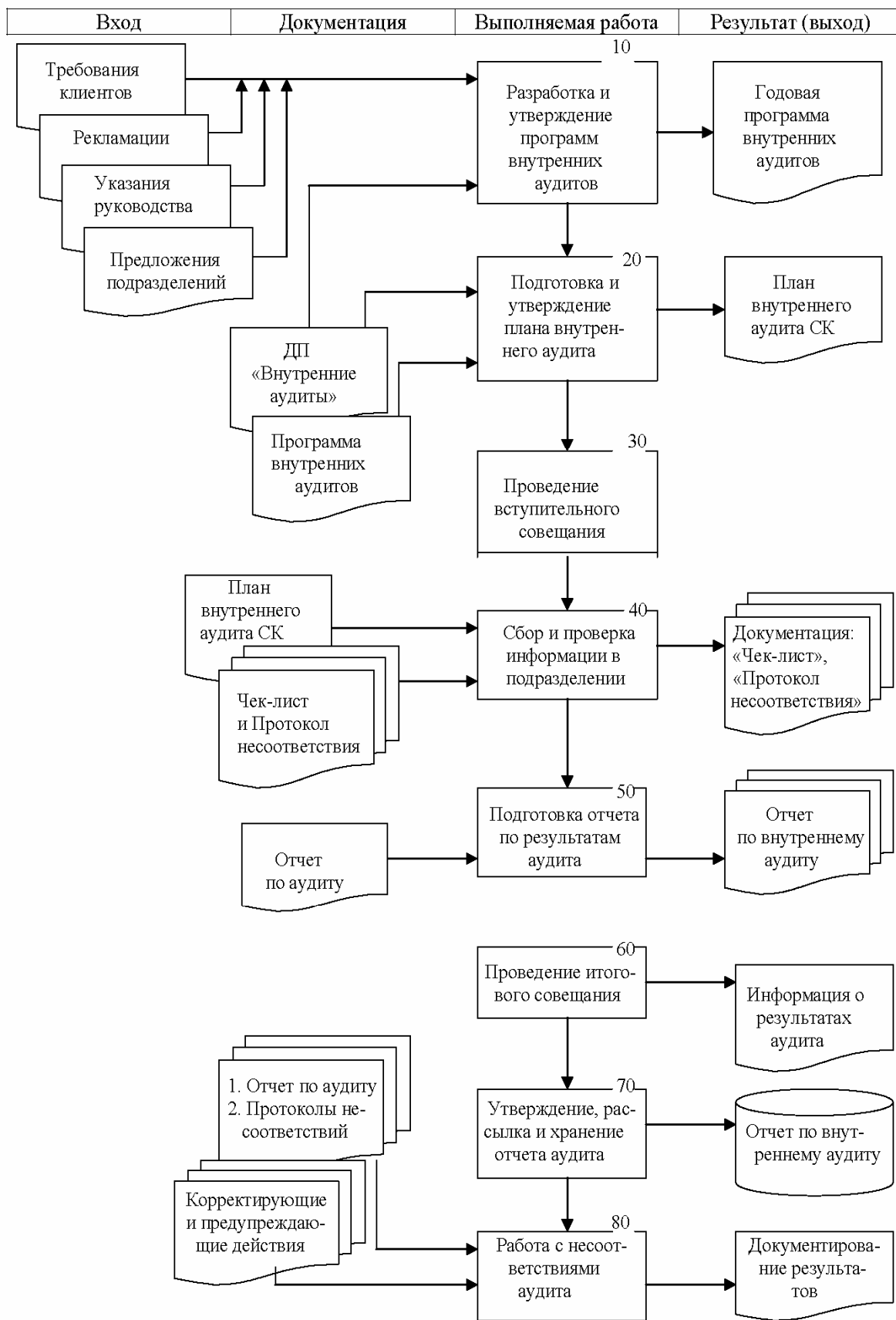


Рис. 10. Блок-схема процедуры аудита

Блок 30. Перед началом аудита руководитель аудиторской группы проводит вступительное совещание, на котором присутствуют аудиторы, руководитель и иные представители проверяемого подразделения.

Руководитель аудиторской группы информирует присутствующих о плане и программе аудита.

Блок 40. Аудиторы осуществляют сбор и проверку информации в соответствии с программой, целями и задачами аудита.

Результаты работы фиксируются в чек-листе, выявленные несоответствия – в протоколе несоответствий.

Блок 50. Руководитель группы аудиторов готовит отчет по результатам аудита. В процессе подготовки отчета используются рабочие материалы аудиторов (чек-листы, протоколы несоответствий, предложения аудиторов в отчет и др.).

Блок 60. После окончания аудита и составления отчета проводится итоговое совещание группы аудиторов, на котором результаты аудита доводятся до сведения руководителя проверяемого подразделения.

Блок 70. Уполномоченный по качеству (руководитель службы качества) организует обсуждение итогов аудита, утверждение, рассылку и хранение отчета внутреннего аудита должностными лицами и подразделениями согласно списку рассылки.

Блок 80. В зависимости от принятых по результатам аудита решений руководитель проверенного подразделения организует следующие работы:

- устраняет несоответствия;
- запускает процедуру корректирующих/предупреждающих действий;
- выполняет рекомендации по улучшению.

Результаты выполненных работ документируются и предоставляются в службу качества (уполномоченному по качеству) в установленные сроки.

Ответственным за организацию разработки и введение процедуры в действие является руководитель службы качества (уполномоченный по качеству).

Ответственность и полномочия подразделений и должностных лиц, участвующих в регламентированной настоящей процедурой деятельности, приведена в табл. 16.

Распределение ответственности и полномочий

Наименование работ, мероприятий	Подразделение (должностное лицо)				
	Ректор	УК	Руководитель аудиторской группы	Руководители подразделений	Аудиторы
Составление «Программы внутренних аудитов» и назначение руководителя аудиторской группы	О	У	И	И	И
Разработка «Плана внутреннего аудита»	–	У	О	И	И
Информирование проверяемых подразделений	–	У	О	–	У
Обеспечение аудиторов необходимыми документами	–	У	О	–	
Составление отчета по аудиту	И	У	О	И	У
Хранение документов по аудиту		О			

Условные обозначения:

«О» – руководит работами, координирует работу исполнителей и принимает решение, обобщает результаты работ, несет ответственность за конечные результаты;

«У» – участвует в проведении работ, несет ответственность за качество выполняемой работы в касающейся его сфере;

«И» – получает информацию о принятом решении.

4.6. Управление несоответствующей продукцией

Настоящая процедура устанавливает единый порядок управления несоответствующей продукцией в вузе при обнаружении ее в процессе образовательной и научной деятельности и исправления. После исправления несоответствий должна быть проведена повторная верификация для демонстрации удовлетворения требованиям.

В табл. 17 приведены основные виды несоответствующей продукции в образовательном учреждении.

**Виды несоответствий в образовательном
учреждении**

Продукция ОУ	Несоответствия
Результаты всех видов образовательной деятельности (основные образовательные программы, программы дополнительного образования) – выпускники, обладающие компетенциями, соответствующими требованиям ГОС ВПО и потребителей	Несоответствия компетенций выпускников требованиям ГОС ВПО и потребителей
Кадры высшей квалификации – кандидаты и доктора наук, обладающие компетенциями, соответствующие требованиям ВАК РФ и потребителей	Несоответствия компетенций соискателей требованиям ВАК РФ и потребителей
Результаты научной и инновационной деятельности – научная и научно-техническая продукция	Несоответствия компетенций профессорско-преподавательского состава требованиям ОУ
Результаты проектирования образовательных программ – учебные планы, рабочие программы, учебно-методические комплексы	Несоответствия учебных планов, рабочих программ и учебно-методических комплексов требованиям ОУ, ГОС ВПО и потребителей

Руководитель учебного управления отвечает за идентификацию и регистрацию несоответствий в учебных планах и рабочих программах, а деканы отвечают за идентификацию и регистрацию несоответствующих рабочих программ.

Учебные планы и рабочие программы могут быть признаны несоответствующими:

- по результатам текущих проверок и аудитов;
- на основании информации, полученной от предприятий, на которых работают выпускники;
- по результатам анализа рекламаций;
- по результатам контроля обучающихся.

Студенты, прошедшие обучение по несоответствующим учебным планам и рабочим программам, признаются неуспевающими из-за несоответствий, связанных с деятельностью вуза. В этом случае проводится их дополнительное обучение. Признание студентов неуспевающими в силу личных причин влечет за собой либо исправление несоответствий (допол-

нительное консультирование, продление сессии и т.д.), либо отчисление из образовательного учреждения.

Предусматривается и работа с профессорско-преподавательским составом, имеющим несоответствующую компетенцию.

Заведующие кафедрами отвечают за идентификацию и регистрацию профессорско-преподавательского состава, имеющего несоответствующую компетенцию.

Преподаватели могут быть признаны несоответствующими занимаемой должности в случае:

- невыполнения индивидуального плана;
- нарушения трудовой дисциплины, правил техники безопасности и внутреннего распорядка;
- по результатам текущих проверок и аудитов;
- при рассмотрении рекламаций.

При признании преподавателей несоответствующими занимаемой должности необходимо их переобучение (повышение квалификации) либо расторжение контракта.

Студенты, прошедшие обучение у преподавателей, имеющих недостаточную квалификацию, признаются неуспевающими из-за несоответствий, связанных с деятельностью вуза. В этом случае проводится их дополнительное обучение.

Работа с неуспевающими обучающимися осуществляется через деканов, которые отвечают за идентификацию и регистрацию неуспевающих студентов.

Заведующий отделом аспирантуры и докторантуры отвечает за идентификацию и регистрацию неуспевающих аспирантов и докторантов.

Обучающиеся могут быть признаны неуспевающими:

- по результатам прохождения контрольных тестов;
- по результатам экзаменационной сессии;
- по результатам итоговой государственной аттестации;
- по результатам текущих проверок и аудитов.

В случае признания обучающегося неуспевающим по его вине ему может быть предоставлено право на повторное обучение или академический отпуск, либо происходит отчисление обучающегося из вуза.

Управление несоответствиями, возникающими при проведении научно-исследовательского процесса, – процедура весьма ответственная.

Несоответствия могут возникать вследствие ошибок, допущенных при формировании программ проведения научно-исследовательской дея-

тельности, выделении недостаточных ресурсов, а также по вине исполнителей, участвующих в научно-исследовательском процессе.

Несоответствия в бюджетных НИР и НИОКР могут быть выявлены при проведении контроля научными руководителями работ, научно-техническими комиссиями образовательного учреждения и заказывающими организациями (государственные органы, министерства и ведомства РФ и субъектов Федерации).

Несоответствия в хоздоговорных НИР и НИОКР могут быть выявлены при проведении внутреннего контроля научными руководителями работ и научно-техническими комиссиями образовательного учреждения, а также при проведении внешнего контроля заказчиком.

Несоответствия в научно-исследовательской работе аспирантов и докторантов могут быть выявлены при проведении экзаменов, аттестаций, а также при проведении итоговой государственной аттестации.

Анализ причин появления несоответствий в НИР и НИОКР, в работе аспирантов и докторантов проводит научный руководитель. Руководитель отдела аспирантуры и докторантуры отвечает за исправление несоответствий в работе аспирантов и докторантов.

Графическое описание процедуры приведено на рис. 11.

Блок 10. На основании анализа документированной информации о продукции процесса, рекламаций потребителей или по результатам аудита процесса группой экспертов и должностными лицами образовательного учреждения, ответственными за процесс или руководителем процесса принимается решение о наличии несоответствий продукции.

Выявленные несоответствия документируются.

Блок 20. Группа экспертов выполняет классификацию несоответствия продукции.

Блок 30. Группа экспертов рассматривает возможные варианты коррекции несоответствия. В частности, следующие:

- возможность согласования отклонений в учебном плане (рабочей программе);
- возможность переделки учебных планов, рабочих программ, учебно-методических комплексов, отчетов по НИР и т.п.;
- возможность изменения правил приема, изменение программ вступительных испытаний, смена исполнителей НИР и т.п.;
- возможность повторного прослушивания курса, повышения квалификации и т.п.

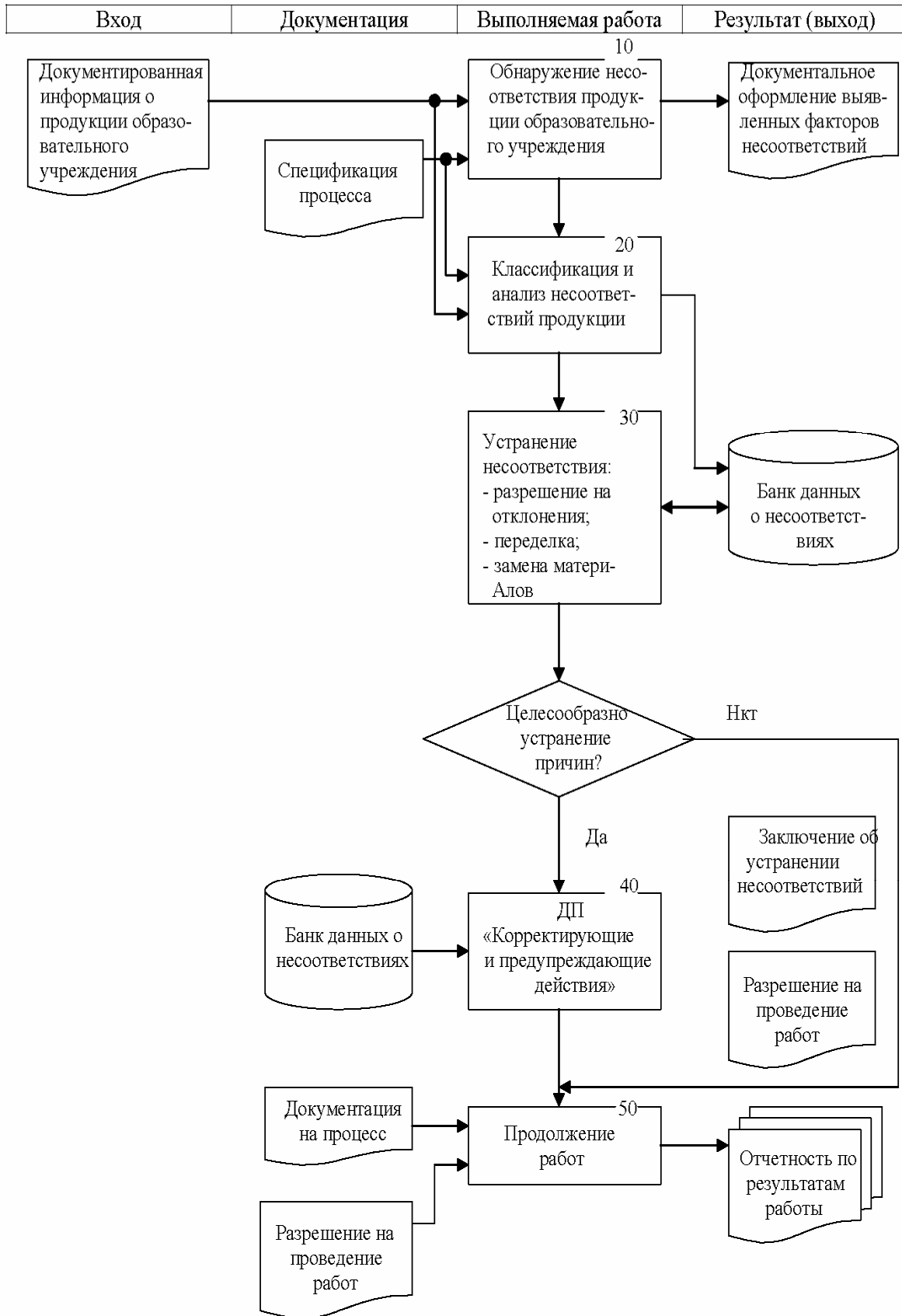


Рис. 11. Графическое описание документированной процедуры для учета несоответствий

По результатам работы группы экспертов руководителем процесса принимается решение о целесообразности запуска корректирующих или предупреждающих мероприятий.

Блок 40. В случае решения о целесообразности поиска и устранения причин несоответствий запускается процедура «Корректирующие и предупреждающие мероприятия», по результатам которой делают заключение об устранении причин несоответствий и дается разрешение на проведение работ (в случае, если ранее они были приостановлены).

Блок 50. Продолжение работ (процесса или видов деятельности в рамках процесса) в соответствии с документацией на процесс.

4.7. Документирование корректирующих и предупреждающих действий

Документированные процедуры, описывающие корректирующие и предупреждающие действия (из шести обязательных), можно объединить.

Поэтому настоящая процедура устанавливает единый порядок применения корректирующих и предупреждающих действий по отношению ко всем видам несоответствий процессов и/или продукции образовательного учреждения.

Процедура определяет порядок планирования и реализации корректирующих или предупреждающих мероприятий.

В табл. 17 приведены основные виды несоответствий продукции в образовательном учреждении, а в табл. 18 – основные виды несоответствий в образовательной и научно-исследовательской деятельности образовательного учреждения.

Таблица 18

Виды несоответствий в образовательной и научно-исследовательской деятельности образовательного учреждения

Процесс ОУ	Несоответствия
Образовательная деятельность (основные образовательные программы, программы дополнительного образования, подготовка кадров высшей квалификации)	1. Несоответствия в учебных планах и рабочих программах. 2. Несоответствия профессорско-преподавательского состава. 3. Неуспевающие обучающиеся

Процесс ОУ	Несоответствия
Разработка образовательных программ (основные образовательные программы, программы дополнительного образования, подготовка кадров высшей квалификации)	Несоответствия в учебных планах и рабочих программах
Менеджмент персонала	<ol style="list-style-type: none"> 1. Несоответствия квалификации профессорско-преподавательского состава. 2. Несоответствия квалификации научных сотрудников. 3. Несоответствия квалификации учебно-вспомогательного и административного персонала
Научная и инновационная деятельность	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ошибки при формировании программ проведения научно-исследовательской деятельности. 2. Ошибки при выделении необходимых ресурсов. 3. Ошибки по вине исполнителей, участвующих в научно-исследовательском процессе

Информация о возникших несоответствиях собирается, обобщается и анализируется руководителями подразделений или процессов образовательного учреждения. В качестве источников информации о несоответствиях могут выступать:

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

Устранение причин выявленных несоответствий проводится с целью предупреждения их повторного появления. Условия запуска корректирующих действий задаются параметрами и характеристиками процессов и продукции, установленными в спецификации каждого процесса. Решения о запуске корректирующих действий принимает руководитель соответствующего процесса. Пример проведения корректирующих действий приведен в табл. 19.

Нормы и критерии, по которым принимается решение о разработке корректирующих действий, определяют с учетом:

- рекомендаций, претензий, жалоб и рекламаций потребителя;
- результатов внутреннего аудита;
- показателей процесса;
- несоответствия продукции установленным нормам;
- информации о наличии и частоте возникновения аналогичных отклонений.

Таблица 19

Пример проведения корректирующих действий

Наименование работ или документа	Ответственный исполнитель	Кому передан документ
1. Анализ отклонений, устранение причин и указания по их проведению	Ответственный за анализ отклонений	Архив подразделения
2. Оценка необходимости разработки корректирующих действий	Ответственный за анализ отклонений	
3. Разработка корректирующих действий	Ответственный за разработку и внедрение корректирующих действий	Архив подразделения
4. Согласование и утверждение корректирующих действий и указаний по продукции	Уполномоченный по качеству	–
5. Доработка корректирующих действий	Ответственный за разработку и внедрение корректирующих действий	–
6. Внедрение корректирующих действий	Ответственный за разработку и внедрение корректирующих действий	–
7. Проверка эффективности корректирующих действий	–	Архив подразделения
8. Разработка дополнительных корректирующих действий	Ответственный за разработку и внедрение корректирующих действий	Архив подразделения
9. Утверждение «Протокола анализа отклонений»	–	–
10. Протокол анализа отклонения	–	Архив подразделения

Примечание. Началом работ по корректирующим действиям является документально зафиксированное отклонение, превышающее установленные критерии.

В случае несогласия участников с предложенными корректирующими действиями проводят совещание у руководителя процесса. Руководитель, утверждающий корректирующие действия, должен проверить наличие согласования со всеми заинтересованными лицами. Если ответственный за анализ отклонения сделал заключение о нецелесообразности разработки корректирующих действий, то проверку этого заключения проводит руководитель процесса при утверждении протокола.

Реализация корректирующих действий проводится специально назначенными ответственными лицами. Контроль за своевременностью и полнотой выполнения корректирующих действий возлагается на ответственного за их разработку. Эффективность корректирующих действий определяет ответственный за проверку способом, который указывается в протоколе. Результат проверки ответственный за ее проведение заносит в соответствующие пункты протокола.

В случае, если причина несоответствия не устранена, ответственный за проверку заполняет пункты протокола и совместно с ответственным за разработку и внедрение корректирующих действий разрабатывает дополнительные корректирующие действия по устранению причины несоответствия. В этом случае пункт «Исходная информация» протокола дополняется информацией «Неэффективность корректирующих действий».

Возможна ситуация, когда затраты на дополнительные корректирующие действия неадекватны тяжести отклонения. В этом случае в протоколе делают запись и он передается руководителю подразделения для утверждения.

В случае, если причина несоответствия устранена, ответственный за проверку заполняет соответствующие пункты протокола и передает его владельцу процесса на утверждение. Утвержденный протокол с заключением об устранении причин несоответствия является документом (записью о качестве), подтверждающим завершение работы по устранению причины несоответствия.

Ресурсы на проведение корректирующих мероприятий утверждаются руководством образовательного учреждения. После проведения корректирующих мероприятий проводится анализ их эффективности, информация о котором доводится до руководства ОУ и заинтересованных лиц.

Устранение причин потенциальных несоответствий проводится с целью предупреждения возникновения несоответствий в образовательной деятельности и научно-исследовательском процессе.

Предупреждающими называются действия по устранению потенциального несоответствия, и в организации должна быть оформлена документированная процедура, регламентирующая их проведение. Последовательность этих действий аналогична проведению корректирующих действий. Отличие заключается только в том, что корректирующие действия начинаются с анализа зафиксированного отклонения, а предупреждающие действия – с анализа потенциального отклонения, т.е. того, которое может произойти, но еще не произошло. Оценка целесообразности и эффективности предупреждающих действий носит вероятностный характер и труднее поддается прогнозу. Для реализации принципов ИСО серии 9000 о непрерывном улучшении процессов можно соединить регулярные рассмотрения (анализ) результатов работы процессов и инициирование предупреждающих действий следующим образом: организация должна определить действия с целью устранения причин потенциальных несоответствий для предупреждения их появления. Предупреждающие действия должны соответствовать воздействиям потенциальных проблем.

Возможность появления несоответствий (т.е. признание наличия потенциального несоответствия) выявляется:

- по результатам анализа данных о процессах и продукции, а также выявленным тенденциям этих данных;
- результатам внешних и внутренних аудитов системы;
- рекламациям от заинтересованных сторон;
- результатам оценки удовлетворенности заинтересованных сторон.

Условия запуска предупреждающих действий задаются параметрами и характеристиками процессов и продукции, установленными в спецификации каждого процесса. Решения о запуске предупреждающих действий принимает руководитель соответствующего процесса.

Ресурсы на проведение предупреждающих мероприятий утверждает руководство организации. После проведения предупреждающих мероприятий проводится анализ их эффективности, информация о котором доводится до руководства вуза, а также до заинтересованных лиц.

Порядок разработки, проведения и анализа эффективности предупреждающих действий устанавливается в соответствии с требованиями документированной процедуры «Порядок разработки и внедрения предупреждающих действий». Алгоритм выполнения предупреждающих действий и форма анализа потенциального отклонения совпадают практически полностью.

Графическое описание документированной процедуры приведено на рис. 12.

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

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

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

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

Блок 50. Комиссией совместно с соответствующими службами выполняются сбор необходимых данных и анализ имеющихся материалов о возможных причинах несоответствий. Полученные результаты документируются и предоставляются комиссии.

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

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

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

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

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

Блок 100. Комиссия и исполнители выполняют проверку результативности мероприятий, которая оформляется документально и утверждается руководителем процесса.

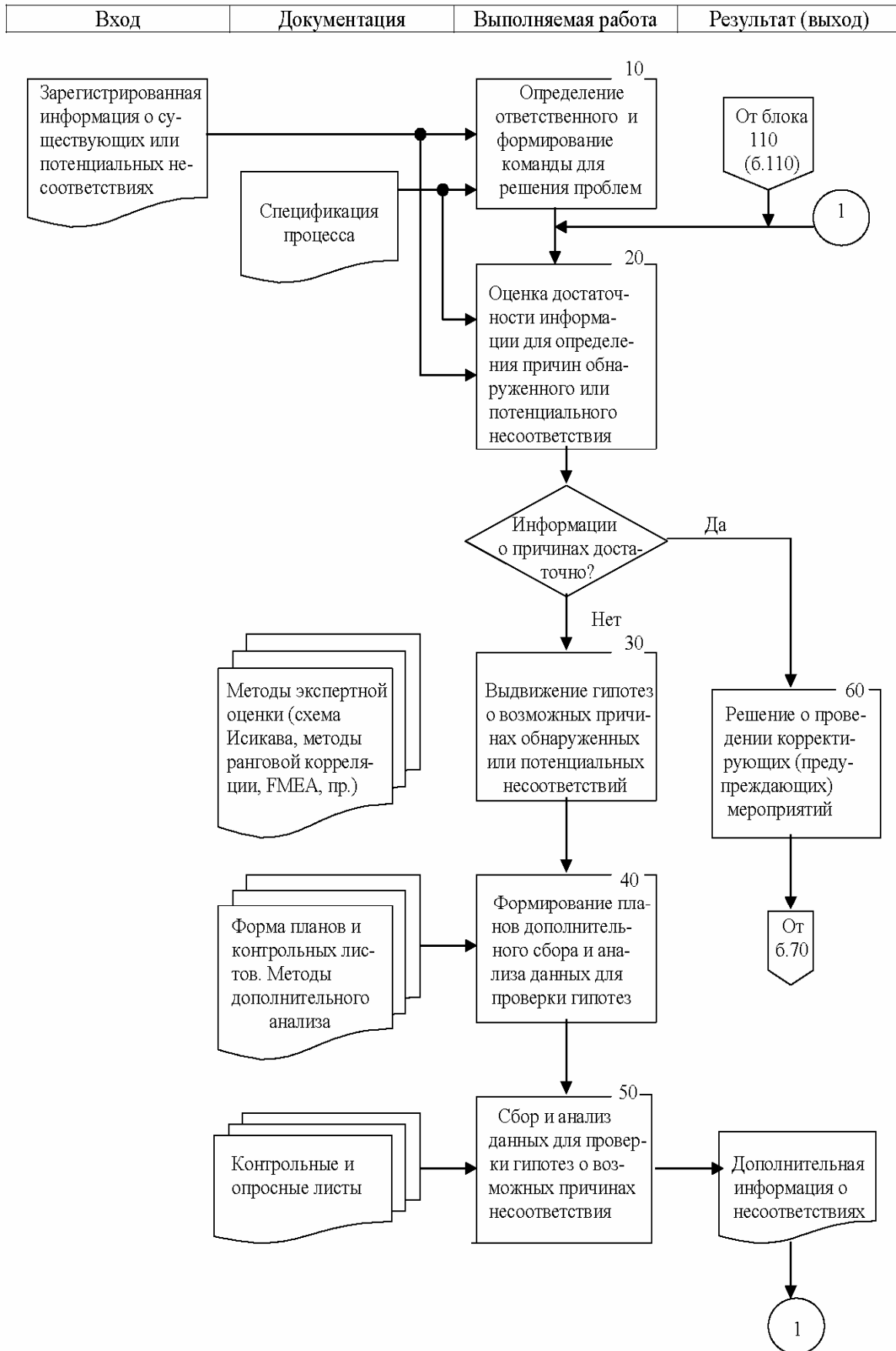


Рис. 12. Графическое описание документированной процедуры (начало)

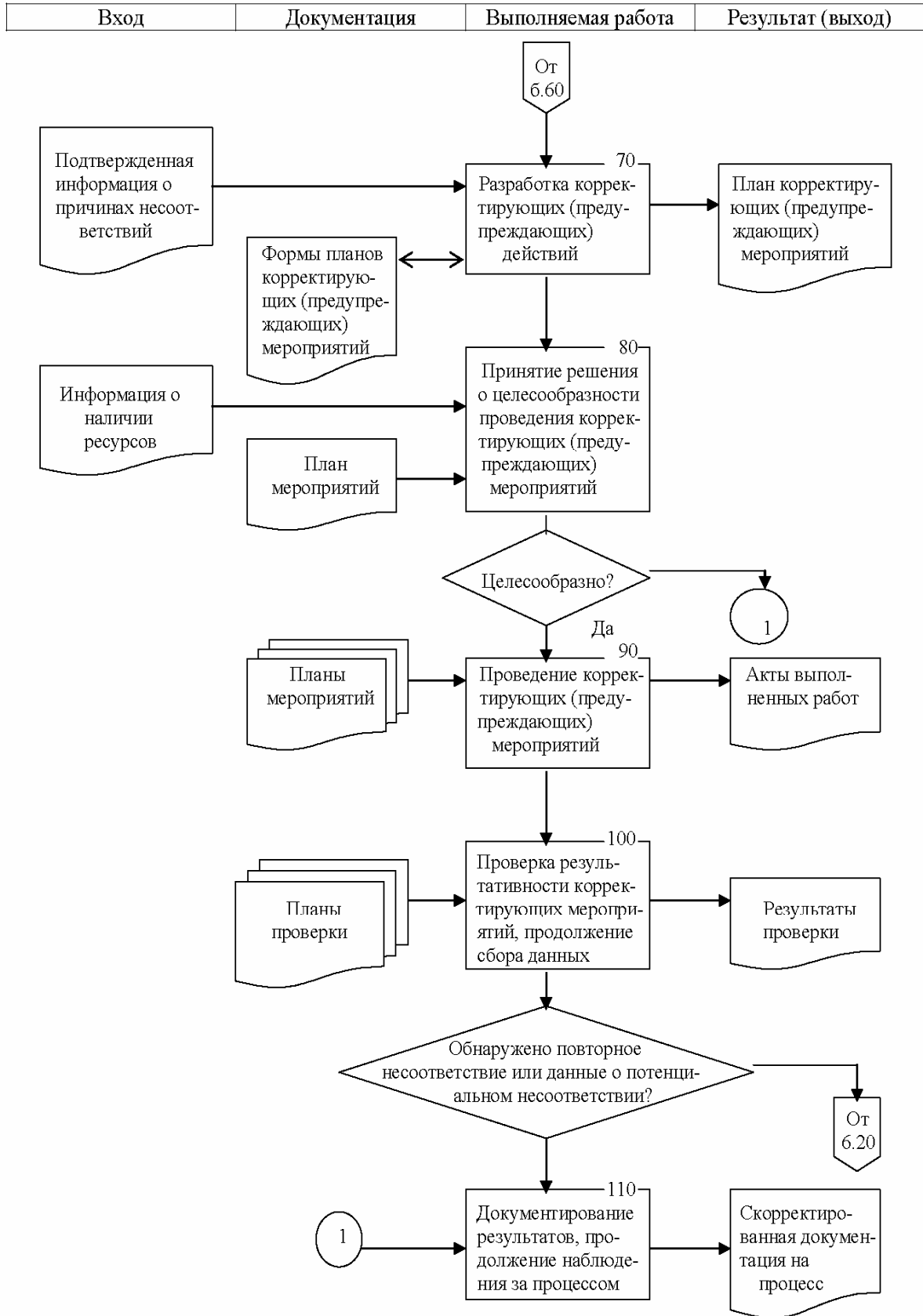


Рис. 12. Графическое описание документированной процедуры (окончание)

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

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

Примерная форма отчета об устранении причин несоответствий приведена в прил. В.

4.8. Типичные ошибки и управление пересмотром и хранением документации

Документирование процессов и результатов работ играют в СМК очень большую роль. Организации документооборота должно уделяться значительное внимание. Типичные ошибки, которые совершает персонал при построении системы документации, следующие:

- 1) на бумажных документах отсутствуют дата и подпись лица, составившего документ;
- 2) в регламентирующих документах не установлен срок действия или пересмотра;
- 3) в организации используют неучтенные копии НД внешнего и внутреннего происхождения;
- 4) в организации не соблюдается порядок ознакомления персонала с необходимой ему документацией. Нет списка, кто и с какой документацией должен быть ознакомлен;
- 5) в организации не установлен порядок управления неучтенными копиями документов. Например, при рассылке экземпляров документов действительным и потенциальным потребителям;
- 6) в действующую регламентирующую документацию внесены неучтенные правки и изменения или персонал не ознакомлен с внесенными изменениями;
- 7) на рабочих местах находятся устаревшие, просроченные или аннулированные экземпляры регламентирующей документации;
- 8) нет процедуры восстановления записей по качеству в случае их утраты. Особенно на это следует обращать внимание при наличии в организации электронной системы документооборота и хранения информации.

Безусловно, все документы по качеству и методике должны подвергаться учету при издании, пересмотре и распространении. Совершенно очевидно, что очень важно, чтобы все инструкции или технические требования, предназначенные для сотрудников, предварительно анализировались и утверждались и содержали самые последние требования к выполнению заданий. Поэтому система написания и издания документации подразумевает:

- написание компетентными сотрудниками;
- проверку и утверждение компетентным руководителем;
- согласование с отделами, которые предусмотрены инструкцией;
- идентификацию документа путем присвоения ему соответствующего номера;
- наличие оригинала, хранящегося в надежном месте;
- направление копий документов всем заинтересованным лицам.

Деятельность по изданию документов и присвоению им номеров, хранению окончательно оформленных оригиналов и изданию их копий, обеспечению наличия копий документов и чертежей, а также поддержке, корректировке и переизданию документов также относится к функции управления документацией. Сюда же относится и пересмотр существующей документации с извещением об изменениях.

Пересмотр существующих документов предусматривает единый порядок:

- Автор предложения идентифицирует документ и причину внесения изменения. Текст предлагаемого изменения вносится в извещение или, если он слишком длинный, прилагается к нему;
- Извещение отправляется на визирование и утверждение в той же последовательности, что и оригинальный документ;
- После утверждения извещения исправленный вкладыш документа или исправленный текст получает последующий номер;
- Подробности излагаются на листе изменений, прикладываемом к документу. Сюда могут быть включены:
 - номер изменения или письма;
 - серийный номер извещения, требующего внесения изменений;
 - имя и должность (а иногда и подпись) автора извещения;
 - подпись сотрудника, ответственного за выпуск извещения;
- Копии пересмотренного документа рассылаются всем лицам, упомянутым в списке для распространения, с распиской о получении новой копии документа и возврате старой, подлежащей уничтожению;

- Заводится книга учета распространения новых копий и возврата старых.

Для того чтобы не допустить распространения нелегальных фотокопий, организация может ввести практику простановки цветных печатей на каждой копии, прошедшей по установленным каналам (т.е. учтенной документации). Другим способом является цветная печать легальных копий. Это делают опять же только для того, чтобы исключить распространение нелегальных экземпляров. Однако наилучшим способом являются правильная подготовка и обучение сотрудников использованию только учтенных копий и указание на недопустимость и опасность неучтенных.

В работе [5] предлагаются рекомендации ответственным за ведение делопроизводства в подразделении по размещению документов по папкам, в номенклатуре дел подразделений:

Папка 0*.01. Входящие документы. Содержание: все документы, которые поступают в данное подразделение.

Папка 0*.02. Исходящие документы. Содержание: копии всех документов, исходящих из данного подразделения. При малом количестве входящих и исходящих документов обе папки могут быть объединены под одной обложкой, но при этом нумерация документов и порядок их расположения в папках остаются раздельными.

Папка 0*.03. Нормативные документы. Содержание: все НД, которыми руководствуется подразделение в своей деятельности: законы Российской Федерации, положения и инструкции органов надзора, государственные и отраслевые стандарты; Руководство по качеству; документированные процедуры (ДП); описания процессов своего и смежных подразделений, взаимодействие, с которыми обозначено в Положении о подразделении и описании процесса.

Папка 0*.04. Технологические и рабочие инструкции.

Папка 0*.05. Положение о подразделении.

Папка 0*.06. Штатное расписание.

Папка 0*.07. Должностные инструкции объединяет под одной обложкой и содержит соответственно:

- Положение о подразделении ПП 0*.00;
- штатное расписание подразделения;
- должностные инструкции всех ИТР подразделения;
- планы обучения сотрудников подразделения на 200__г.;

- Положение «Подготовка и аттестация персонала»;
- протоколы заседания аттестационной комиссии.

Папка 0*.08. Записи по качеству. Содержание: см. п. 4.4.

Папка 0*.09. Непрерывное улучшение. Содержание:

- планы по качеству и достижению целевых показателей на установленный период;
- справки о ходе улучшаемого процесса;
- протоколы анализа результатов процесса;
- планы мероприятий корректирующих и предупреждающих действий;
- протоколы и мероприятия по «Дням качества».

Папка «Непрерывное улучшение» (название условное) оформляется для нужд сертификации СМК. Для организации, которая не будет внедрять и сертифицировать СМК, полезно завести папку **«Стратегическое планирование»**, где будут размещены планы на год. Содержание папки: планы и целевые показатели организации и подразделений, которые нужно и можно достичь за год, и мероприятия, которые нужно выполнить, чтобы достичь этих показателей. Также в папке целесообразно разместить документы, касающиеся:

- выявленных и зафиксированных отклонений;
- результатов проведенного анализа причин отклонения;
- принятых решений о целесообразности устранения данных отклонений;
- результатов проверки эффективности корректирующих и предупреждающих действий;
- улучшения деятельности (переписка с поставщиками, потребителями, субподрядчиками и другими внешними организациями и т.д.).

Для обеспечения сквозного прослеживания ответственности и взаимодействия персонала в рамках процесса ответственность за выполнение функций, входящих в процесс, должна быть закреплена за соответствующим персоналом. Могут быть выбраны разные формы закрепления ответственности. Например, ввести перечень функций процесса в Положение о подразделении. При этом типовую форму Положения целесообразно дополнить матрицей ответственности и регламентацией взаимодействия между процессами.

Перечень документов и сведений для анализа документации СМК при сертификации вуза приведен в прил. Г.

ГЛАВА 5. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ УРОВНЯ ЗРЕЛОСТИ ВУЗА

В работе [14] показано, что термин «уровень зрелости», как и термин «жизненный цикл», проник в экономику из биологии, науки о живых организмах. Действительно, все люди проходят одинаковые циклы в течение своей жизни, но люди, имеющие примерно одинаковый возраст, могут сильно различаться по своему умственному и/или психологическому развитию, объему накопленных знаний, способности самоконтроля и самообладанию и т.п. Поэтому не существует универсальной методики оценки человека. Аналогично и для организации невозможно говорить об универсальном методе оценки зрелости, хотя на Западе уже около тридцати лет этот термин используют для сравнения организаций.

В России известны следующие модели зрелости:

- SWW CMM (Capability Maturity Model for Software), 1993 г. (появилась в результате взаимодействия министерства обороны США и института Software Engineering Institute – SEI);
- модель OPM3, 2003 г. (от сообщества PMI) определяет уровень зрелости по направлению управление проектами; существуют и иные модели, оценивающие зрелость в управлении проектами;
- частично идеи зрелости содержатся в стандарте ИСО 9000 в версии 2000 г.;
- модель SPICE (Software Process Improvement and Capability determination);
- стандарт ISO 15504;
- CMMI (Capability Maturity Model Integration) – интегрированная модель технологической зрелости;
- модели зрелости консалтинговых фирм.

Большинство моделей используют пятиуровневую систему градаций. Каждая градация модели имеет свое название. Сводная характеристика каждого уровня модели CMMI приведена в табл. 20.

Перед официальной оценкой зрелости полезно провести ее самооценку. Для этого нужно подобрать десять экспертов из числа своих сотрудников (или со стороны) и предложить им дать анонимную оценку зрелости вуза по пятибалльной шкале.

Характеристика уровней зрелости

Уровень зрелости (оценка, балл)	Характеристика уровня
0	<p>Начальный, нулевой уровень</p> <ul style="list-style-type: none"> • Работники действуют исходя из своих личных представлений о целях работы; • отсутствуют внутренние регулирующие документы; • действия не документируются, бизнес-знания не отделены от работников (знания пропадают при увольнении работников); • бизнес-процессы в организации не описаны и соответственно не классифицированы; • деятельность компании непрозрачна даже для основного персонала; • потребители не определены; • методы работы образовательного учреждения не гарантируют качество; • требования потребителей не трансформированы в показатели результативности; • результаты деятельности не управляемы
I	<p>Уровень сознания (определенность)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Руководство компании решило превзойти начальный уровень; • появляются внутренние стандарты, описывающие основные бизнес-процессы компании; • возникает повторяемость; • выполнение новых проектов основывается на опыте выполнения предыдущих проектов; • потребители определены и с ними установлена обратная связь; • требования потребителей трансформированы в показатели результативности; • управление на основе измерения и анализа показателей результативности введено в постоянную практику вуза, известно всему персоналу и осуществляется не один год
II	<p>Уровень управляемости (воспроизводимость)</p> <ul style="list-style-type: none"> • В организации задокументированы и стандартизированы все бизнес-процессы; • система управления оказывается отделенной от всего персонала организации, т.е. появляется внутренний «свод законов»; • системы обратной связи и измерений связаны с системой корректирующих действий; • измерение итоговой результативности демонстрирует воспроизводимую гарантию качества; • методы работы стандартизированы на основе подробных процедур; • показатели внутренней результативности, влияющие на итоговую результативность, определены и измеряются

III	<p>Уровень измеряемости (способность)</p> <ul style="list-style-type: none"> • В компании вводится количественная система оценки эффективности бизнес-процессов (используются как финансовые, так и натуральные показатели); • одновременно используется та или иная система оценки работы персонала, например система ключевых показателей; • обе системы, описание бизнес-процессов и оценки персонала синхронизированы между собой – эффективная деятельность компании приводит к стимулированию персонала; • заметная тенденция роста удовлетворенности потребителей уровнем качества вуза; • проводятся неформальные внутренние аудиты, корректирующие действия по их результатам демонстрируют положительные тенденции ключевых показателей вуза; • мероприятия в отношении внешней результативности демонстрируют воспроизводимость качества вуза (адекватные корректирующие действия); • мероприятия в отношении показателей внутренней результативности определены и реализуются
IV	<p>Уровень совершенствования (эффективность)</p> <ul style="list-style-type: none"> • На основе анализа количественных показателей в компании проводится корректировка (реинжиниринг) бизнес-процессов. Коррекции отражаются во внутренних документах. Важно то, что процесс коррекции носит постоянный, системный характер; • деятельность образовательного учреждения, не добавляющая ценность для потребителя и других заинтересованных сторон, выявлена и минимизирована; • «тонкие» места в деятельности образовательного учреждения выявлены и находятся под управлением; • введена система мероприятий по повышению внутренней эффективности

Эта оценка уже предоставит массу информации для руководства. Например, переведя среднюю количественную оценку в качественную (табл. 21), можно сделать практически реальные выводы о месте вуза по «шкале зрелости».

Таблица 21

Предварительная экспертная оценка зрелости вуза

Диапазон средней оценки	Качественная оценка уровня зрелости
От 1 до 2 « 2,1 « 3,5 « 3,6 « 5	Низкий уровень Средний уровень Высокий уровень

В зависимости от качественной оценки можно предпринять конкретные действия (табл. 22).

Таблица 22

Действия для повышения уровня зрелости

Уровень зрелости	Рекомендуемые действия
Низкий	Создайте перечень бизнес-процессов. Документируйте их и внедрите стандарты по исполнению
Средний	Проведите гармонизацию исполнения бизнес-процессов. Внедрите систему количественных показателей
Высокий	Можно приглашать внешних экспертов для официальной оценки уровня зрелости вуза

При получении предварительной «высокой» оценки уровня зрелости можно предъявить вуз для подтверждения уровня по шкале ENQA (табл. 20). Для этого необходимо заполнить табл. 23 в соответствии с алгоритмом рис. 13.

Таблица 23

Чек-лист ENQA

Чек-лист ENQA			
Название ОУ: Балл, полученный на предыдущей проверке: <input type="checkbox"/>	Политика ОУ в области качества – общие изменения и направления деятельности в области качества (образования), официально сформулированные высшим руководством образовательного учреждения		
Проверяемые положения ENQA п. 1.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. При выборе направления Политики в области качества учитываются стандарты и директивы ENQA			Представленные ОУ объективные доказательства выполнения положения ENQA п. 1.1

Название ОУ: Балл, полученный на предыдущей проверке: <input type="checkbox"/>		Политика ОУ в области качества – общие изменения и направления деятельности в области качества (образования), официально сформулированные высшим руководством образовательного учреждения		
Проверяемые положения ENQA п. 1.1	○	◐	●	Представленные ОУ объективные доказательства выполнения положения ENQA п. 1.1
2. Политика ОУ в области качества разработана, официально утверждена руководством ОУ, доведена до профессорско-преподавательского состава, административного и учебно-вспомогательного персонала, научных сотрудников и обучающихся. Политика ОУ находится в свободном доступе для всех заинтересованных сторон и общественности				
3. При формировании Политики учитываются мнения и роль студентов, а также других сторон, заинтересованных в качестве образовательной деятельности ОУ				
4. Политика направлена на полное, своевременное моральное и материальное поощрение тех работников ОУ, которые демонстрируют мастерство, компетентность и преданность делу				
5. В ОУ существует система качества, направленная на реализацию Политики качества, и состоящая из обладающих официальным статусом документированных методов и процедур, которые находятся в свободном доступе				
6. Политика в области качества отражает значимость научно-исследовательской деятельности для учебного процесса				
7. Регулярно осуществляется анализ со стороны руководства того, как реализуется Политика в области качества и дается оценка СК ОУ. Политика в области качества пересматривается на основе изменения требований всех сторон, заинтересованных в качестве образовательной деятельности ОУ				
8. На практике применяется стратегия постоянного улучшения и совершенствования качества образования, предлагаемого студентам. Используются методики самооценки на основе Модели совершенствования деятельности				
Сумма баллов $\Sigma =$ _____				

Результаты оценки		<input type="radio"/> Выполнено 3 <input checked="" type="radio"/> Выполнено частично 1 <input type="radio"/> Не выполнено 0	ФИО эксперта	Подпись
Число баллов	Оценка			
Менее 12	ОУ неконкурентоспособно			
От 12 до 24	ОУ в целом удовлетворяет стандартам и директивам ENQA, возможно выполнение показателя 1.2.3 при комплексной проверке	При невыполнении любого из положений чек-листа ОУ не соответствует п. 1.1		Дата:

Далее оценивается соответствие вуза стандартам ENQA по табл. 24.
 Оценка уровня зрелости по конкретному уровню табл. 20 осуществляется с помощью табл. 25.

Таблица 24

Концепция оценки СК образовательного учреждения

Оценка ОУ на соответствие стандартам ENQA				
Шкала ENQA		Баллы по результатам экспертизы на соответствие ENQA		
1.1. Политика и процедуры оценки качества		Не более 11	12 – 24	
1.2. Утверждение, мониторинг и периодические проверки программ и квалификаций		» 11	12 – 24	
1.3. Оценка студентов		» 10	11 – 21	
1.4. Гарантия качества преподавательского состава		» 9	10 – 18	
1.5. Ресурсы обучения и поддержка студентов		» 5	6 – 12	
1.6. Информационные системы (ИС)		» 11	12 – 24	
1.7. Общественная информация		» 5	6 – 12	
		ОУ неконкурентоспособно	ОУ в целом удовлетворяет стандартам и директивам ENQA, возможно выполнение показателя 1.2.3 госаккредитации	
Оценка развития СК ОУ по шкале зрелости				
Шкала зрелости СК ОУ		Баллы по результатам экспертизы на зрелость для каждого уровня шкалы		
Проверка по чек-листу «Определенность»		Проверка по чек-листу «Воспроизводимость» при наличии зрелости СК уровня I	Проверка по чек-листу «Способность» при наличии зрелости СК уровня II	Проверка по чек-листу «Эффективность» при наличии зрелости СК уровня III
Менее 9 баллов уровень 0 СК ОУ	10 – 18 баллов уровень I СК ОУ	13 – 21 балл уровень II СК ОУ	12 – 18 баллов уровень III СК ОУ	16 – 24 балла уровень IV СК ОУ
Выполнение аккредитационного показателя 1.2.3				
Аттестация СК ОУ в реестре Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки				
ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ В СВОЕМ КЛАССЕ				

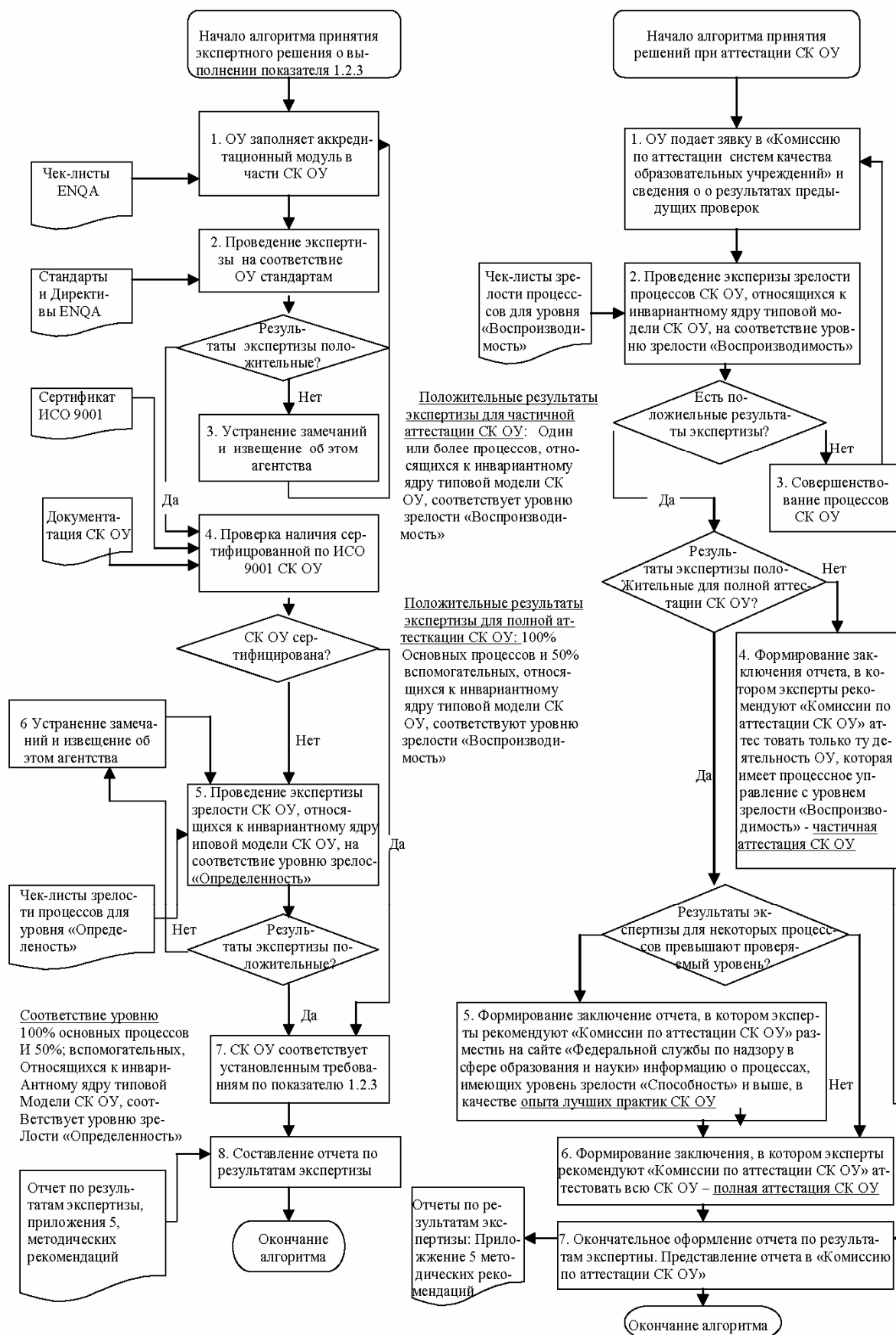


Рис. 13. Алгоритм оценки зрелости вуза

Чек-лист зрелости СК ОУ по уровню

1. Чек-лист зрелости процесса на уровне I – «Определенность»			Название ОУ:		
Уровень предыдущей проверки процесса: Балл, полученный процессом на предыдущей проверке: <input type="checkbox"/>			Название процесса:		
Признак зрелости процесса	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Представленные ОУ объективные доказательства выполнения признака зрелости процесса	
1. Руководитель процесса демонстрирует понимание различия между процессным и функциональным управлением подразделениями, входящими в процесс					
2. Требования потребителей процесса формализованы и известны участникам процесса					
3. На основании формализованных требований определены выходы для потребителя процесса (выходы процесса)					
4. Разработана документация, регламентирующая деятельность в рамках процесса (информационные карты, процедуры, инструкции и т.д.)					
5. Существует обратная связь с потребителями процесса					
6. В рамках процесса осуществляются измерения каких-либо характеристик качества процесса, которые важны с точки зрения его руководителя. Осуществляется фрагментарный анализ этих характеристик					
Сумма баллов $\Sigma =$ _____					
Результаты оценки процесса			● Выполнено	3	ФИО эксперта
Число баллов	Оценка		◎ Выполнено частично	1	
Менее 10	Не соответствует уровню зрелости I		○ Не выполнено		
От 10 до 18	Уровень зрелости I «Определенный». Определенность процесса и его потребителей		Дата		

Уровень зрелости СК образовательного учреждения можно устанавливать при проведении его аттестации и аккредитации. При этом учитываются:

1. Результаты самооценки образовательного учреждения по «Модели совершенства деятельности в области менеджмента качества» и наличие плана по улучшению деятельности ОУ.

2. Наличие СК ОУ, построенной в соответствии с рекомендациями по построению типовой модели.

3. Наличие сертифицированной независимым органом системы менеджмента качества вуза в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2001. Сертификация осуществляется на добровольной основе.

4. Наличие премий (лауреатов или дипломантов) по одному из конкурсов в области качества, например конкурса Минобрнауки России «Внутривузовские системы обеспечения качества подготовки специалистов».

В результате работы комиссии принимается решение:

- о выполнении аккредитационного показателя;
- аттестации системы качества ОУ и включения образовательного учреждения в реестр Рособнадзора «Образовательные учреждения РФ, имеющие аттестованные системы качества»;
- если в процессе аккредитации был установлен высокий уровень внедрения и развития СК ОУ, то полномочным органом по аккредитации может быть принято решение об аттестации системы качества ОУ как лучшей в своем классе и рекомендации представления образовательному учреждению своего опыта «лучших практик» на сайте Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изложенное показывает, что ключевые этапы описания и документирования процессов в СК включают:

1. Составление реестра основных процессов образовательного учреждения.

2. Построение спецификации (информационной карты) для каждого процесса, описывающей:

- входы (материалы, комплектующие, информация, знания и др.);
- выходы (продукты, услуги, информация, документы и др.);
- необходимые ресурсы (персонал, знания и навыки, информация, здания, оборудование, технологии, методы, среда);
- регламентирующие документы, методы контроля и управления;
- измеряемые характеристики качества процесса и его результатов, методы их измерения и контроля, их целевые значения;
- стадии, этапы, виды деятельности (работы).

3. Графическое описание процесса. При этом используются методы:

- диаграммы потока (блок-схема алгоритма выполнения процесса);
- диаграммы в стандарте IDEF0 – методология общего описания и функционального моделирования бизнес-процессов;
- диаграммы в стандарте DFD – моделирование документооборота бизнес-процессов;
- диаграммы в стандарте IDEF3 позволяют описать логику взаимодействия компонентов системы и потоки работ;
- методология ARIS – для комплексного моделирования и реинжиниринга бизнес-процессов.

4. Распределение полномочий и ответственности за процесс, включая назначение ответственного за него лица, владельца или менеджера процесса.

5. Разработка документированной процедуры, регламентирующей процесс (если это необходимо).

Хотя разработка и поддержание в рабочем состоянии документации в вузе требует определенных усилий и выделения соответствующих ресурсов, но выгоды для вуза весьма существенны, поскольку достижимы следующие факторы:

1) обеспечение информации для взаимодействующих групп внутри вуза таково, что они могут лучше понимать взаимосвязи в процессе своей работы;

- 2) помощь персоналу вуза в понимании их роли в организации и демонстрация важности их работы;
- 3) обеспечение взаимного понимания между персоналом и руководством;
- 4) более ясные перспективы в ожидании результата выполнения работы;
- 5) обеспечение объективности оценки работы;
- 6) характер деятельности вуза становится прозрачным и ясным;
- 7) обеспечение основы для подготовки и введения в работу новых сотрудников и периодической переквалификации персонала;
- 8) обоснование последовательности действий, основанных на документированных процессах;
- 9) появление основы для постоянного улучшения;
- 10) возрастание доверия потребителей, основанного на документированной системе качества;
- 11) демонстрация заинтересованным сторонам возможностей вуза;
- 12) обеспечение четких требований вуза к поставщикам и контрагентам.

Безусловно, эффективность документирования зависит от ответственности и деятельности руководства вуза, которая распространяется на мероприятия по инициации создания СК, формированию организационной структуры СК, разработке Миссии, Видения, основных ценностей, Политики и Целей в области качества, процессов стратегического планирования, а также регулярного контроля функционирования СК. Таким образом, в область ответственности руководства вуза входят следующие аспекты, связанные с гарантией качества в высшем образовании:

- развитие культуры качества, признания его важности и необходимости предоставления потребителям гарантий качества;
- понимание всеми сотрудниками вуза требований потребителей, а также законодательных и государственных требований, предъявляемых к высшему образованию;
- формирование и реализация политики вуза в области качества;
- наличие у руководителей процессов СК и подразделений вуза целей в области качества;
- формирование организационной структуры вуза, наиболее отвечающей стоящим перед вузом целям;
- выделение ресурсов, необходимых для создания, ввода в действие и эффективного функционирования системы качества, а также поддержания компетентности персонала вуза, гарантирующей качество высшего образования;

- официальное утверждение процедур и другой документации СК, гарантирующих качество образования и деятельности ОУ;

- ежегодная документированная оценка системы качества вуза.

Необходимо принять во внимание, что качество – это сложная философская, экономическая и социальная категория, а система менеджмента качества – необходимый компонент инновационного развития вуза. Для правильной оценки инновационного потенциала, имеющегося в области менеджмента качества образования, необходимо формирование некоторого документированного информационно-интеллектуального пространства, способного трансформировать потенциал, накопленный и аккумулированный международными стандартами, в энергию развития российской высшей школы.

Информационное пространство менеджмента качества уже существует, но его можно охарактеризовать как «информационный шум», в котором трудно ориентироваться без понимания принципов и сущности менеджмента качества, а также без опыта создания и внедрения документированных процедур.

Поэтому качество образования должно быть опережающим. Необходимо опережать требования, которые предъявляются со стороны потребителя и различных направлений социального окружения, экономики, политики и т.д.

Успех придет, если при реализации СМК будут использоваться нижеследующие идеи:

- Руководство качеством должно быть ориентировано на потребителя, а не на производителя.

- Необходимо постоянное совершенствование уровня качества, а целью является превосходство во всех сферах деятельности.

- Совершенство обычно достигается путем непрерывной последовательности отдельных, довольно скромных шагов (принцип КАЙЗЕН).

- Достигнуть надлежащее качество можно только благодаря всеобщему вовлечению в процесс высшего руководства, а также открытому общению между руководством и исполнителями.

- Каждое мероприятие в рамках организации может рассматриваться как процесс.

- Качество требует максимальных усилий от всех сотрудников.

- Команды могут функционировать эффективно, только если их члены имеют достаточную подготовку и получают достаточную поддержку от руководства.

- Качество может продолжать развиваться только тогда, когда может быть объективно измерено, а достигнутые результаты будут признаны и оценены.
- Качество требует создания подходящей эффективной системы документирования.
- По наиболее важным направлениям деятельности в вузе должна быть создана система стандартов организации в соответствии с законом Российской Федерации № 184-ФЗ от 27.12.2002 «О техническом регулировании».

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

СОГЛАСОВАНО

Представитель руководства по качеству

_____ И.О. Фамилия

дата

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель организации

_____ И.О. Фамилия

дата

Информационная карта процесса

«Наименование процесса» – <идентификатор процесса>

Руководитель службы
качества:

_____ И.О. Фамилия

дата

Руководитель
процесса:

_____ И.О. Фамилия

дата

Разработал:

_____ И.О. Фамилия

дата

СОГЛАСОВАНО:

<Руководители взаимодействующих процессов>

<Руководители взаимодействующих подразделений>

Сокращения:

<Перечень использованных в спецификации сокращений>

«Организация»

«Город, год»

1. Общие сведения
Руководитель процесса:
Назначение процесса:

2. Результаты процесса и их потребители		
Результат (выход) процесса (данные или материальные объекты, являющиеся результатом процесса)	Потребитель результатов про- цесса (другие процессы, подраз- деления ОУ)	Требования потребителей к результатам (выходам) процесса

3. Внешние поставщики и входы процесса		
Вход процесса (данные или материальные объекты)	Поставщик процесса (процессы, подразделе- ния ОУ)	Требования к входам

4. Виды деятельности в рамках процесса, управления и требуемые ресурсы			
Виды деятельности в рамках процесса	Регламентиру- ющая доку- ментация	Используемые записи и данные	Требуемые ресурсы (исполнители и материальное обеспечение)

Информационная карта процесса « ____ »	Версия: х.х	Дата: хх.хх.хххх	Страница 2 из 3
--	-------------	------------------	-----------------

Таблица А1

Планирование процесса

Период планирования: начало – XX.XX.XXXX окончание – XX.XX.XXXX

Цель процесса, направленная на достижение установленных результатов	Показатель цели процесса	Измеряемое(ые) значение для показателя цели процесса	Единица величины	Фактическое значение	Целевые значения показателя на конец планируемого периода	Способ измерения	Метод анализа

Таблица А2

Мероприятия по улучшению процесса

Период планирования: начало – XX.XX.XXXX окончание – XX.XX.XXXX

№ п/п	Цель процесса, направленная на достижение установленных результатов	Факторы, влияющие на изменение показателя достижения цели	Мероприятие, направленное на изменение значения влияющего фактора	Срок исполнения	Ответственный		Дополнительные ресурсы или исполнители
					Должность	ФИО	

Таблица А3

Корректирующие и предупреждающие действия

Причина запуска корректирующих или предупреждающих действий	Несоответствие, подлежащее устранению	Мероприятия, направленные на устранение несоответствия	Срок исполнения	Ответственный		Дополнительные ресурсы или исполнители
				Должность	ФИО	

Форма первой страницы документированной процедуры

регистрационный номер документа

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
ВЛАДИМИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Система качества

наименование документированной процедуры

Утверждена приказом ВлГУ от _____ 20__ № _____
Дата введения _____ 20__

ТЕКСТ ДОКУМЕНТИРОВАННОЙ ПРОЦЕДУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Примерная форма отчета об устранении причин несоответствий

ОТЧЕТ ОБ УСТРАНЕНИИ ПРИЧИН НЕСООТВЕТСТВИЙ						
Идентификация несоответствия	Регистрационный номер	Дата обнаружения	ФИО./должность, обнаружившего несоответствие			
I	Номер процесса СМК, наименование процесса, подразделение:					
Описание несоответствия	ГРАНИЦА НЕСООТВЕТСТВИЯ:	X	Существующее		Потенциальное	
	КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСООТВЕТСТВИЯ (с указанием документации, требования которой были нарушены):					
II						
Достаточно ли данных для определения причины несоответствия?				ДА	X	НЕТ
Поиск причины несоответствия	Возможные причины несоответствия	Подтверждение причины Подтверждаю/Не подтверждаю	Ответственный за подтверждение			
			Фамилия		Роспись	
III						
Корректирующие действия. Предупреждающие действия	УСТРАНЕНИЕ ПРИЧИНЫ НЕСООТВЕТСТВИЯ (существующего или потенциального)					
	Устраняемые причины несоответствия	Корректирующие или предупреждающие мероприятия	Дата установления причины		Ответственный за мероприятие	
			План	Факт	ФИО	Подпись
IV						
Коррекция	УСТРАНЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯ (при необходимости)					
	Мероприятия по устранению текущего несоответствия	Дата выполнения		Ответственный за выполнение		
		План	Факт	Фамилия	Роспись	
V						

Окончание формы

Оценка результата	ПРОВЕРКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ											
	Ответственный за проверку результативности:											
				Должность		Фамилия		Подпись		Дата		
	Дата завершения проверки:											
	(отсутствие повторного несоответствия в течение указанного периода времени)											
	Заключение ответственного за проверку результативности:											
VI												
	Руководитель процесса:						Уполномоченный по качеству					
			Иванов И.И.					Петров П.П.				
	Подпись	Фамилия	Дата	Подпись	Фамилия	Дата						

**Перечень документов и сведений для анализа документации
системы менеджмента качества**

1. Политика в области качества (если она выполнена как отдельный документ и не включена в Руководство по качеству).
2. Руководство по качеству.
3. Структурная схема проверяемой организации с указанием административных и инженерных служб, основных и вспомогательных подразделений (цехов, участков, производственных площадок).
4. Структурная схема службы качества проверяемой организации (если она не включена в общую структурную схему организации).
5. Перечень документов системы менеджмента качества.
6. Документированные процедуры, требуемые ГОСТ Р ИСО 9001-2001:
 - управление документацией;
 - управление записями;
 - внутренние аудиты;
 - управление несоответствующей продукцией;
 - корректирующие действия;
 - предупреждающие действия.
7. Документы, необходимые организации для обеспечения эффективного планирования, осуществления процессов и управления ими в соответствии с действующим перечнем документов системы менеджмента качества (выборочно, по запросу органа по сертификации).
8. Записи по результатам внутренних аудитов СМК.
9. Перечень основных потребителей продукции (отечественных и зарубежных).
10. Перечень выпускаемой продукции, применительно к которой сертифицируется система менеджмента качества с указанием нормативных документов (ГОСТ, ТУ и др.).
11. Копии справок (отчетов) о качестве выпускаемой продукции (за 1 – 3 года), в том числе:
 - обобщенные сведения о качестве изготовления продукции по результатам приемочного контроля за год (по показателям, принятым в организации);

– обобщенные сведения о дефектах продукции, выявленных у потребителей (по данным контрольно-надзорных органов, рекламаций и жалоб потребителей).

12. Сведения о проверках продукции государственными контрольно-надзорными органами (за 1 – 3 года).

13. Сведения о подразделении (организации), проводящем приемосдаточные и периодические испытания продукции, в том числе сведения о его аккредитации в Системе сертификации ГОСТов Р.

14. Сведения об основных поставщиках сырья, материалов, комплектующих.

15. Перечень валидируемых (специальных) процессов производства и обслуживания.

Примечания:

1. Все документы передают в орган по сертификации в двух экземплярах (один – на бумажном носителе и один – на электронном носителе).

2. Перечень необходимых документов, в том числе и дополнительных, необходимых для анализа, определяется органом по сертификации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Голубев, В.В. Методы документирования процессов СМК / В.В. Голубев, И.Н. Животкевич // Вестник качества. – 2007. – № 3. – С. 20 – 25.
2. Филатов, Е.И. Как сократить объем документации СМК / Е.И. Филатов // Стандарты и качество. – 2007. – № 1. – С. 68 – 72.
3. Полховская, Т. О системе менеджмента качества вуза / Т. Полховская // Управление качеством. – 2008. – № 2. – С. 49 – 53.
4. Практические рекомендации по выбору типовой модели системы управления качеством образования для вузов и ссузов. – СПб. : ЛЭТИ, 2005. – 65 с.
5. Шестопал, Ю.Т. Управление качеством / Ю.Т. Шестопал [и др.]. – М. : ИНФРА-М, 2008. – 331 с.
6. Елиферов, В.Г. Управление качеством / В.Г. Елиферов. – М. : Вершина, 2006. – 208 с.
7. Р 50.1.028-2001. Рекомендации по стандартизации. Информационные технологии поддержки жизненного цикла продукции. Методология функционального моделирования. – М. : Госстандарт, 2001. – 43 с.
8. Маклаков, С.В. Моделирование бизнес-процессов / С.В. Маклаков. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Диалог – МИФИ, 2007. – 224 с. – ISBN 5-86404-179-3.
9. Руководство по качеству / В.В. Азарьева [и др.]. – СПб. : ПИФ.com, 2007. – 44 с.
10. Методические рекомендации для вузов и ссузов по проектированию и внедрению типовой модели системы качества образовательного учреждения / В.В. Азарьева [и др.]. – СПб. : ПИФ.com, 2007. – 408 с.
11. Краткий терминологический словарь в области управления качеством высшего и среднего профессионального образования / В.В. Азарьева [и др.]. – СПб. : ПИФ.com, 2007. – 44 с.
12. Методика проведения оценки систем качества образовательных учреждений / В.В. Ященко [и др.]. – СПб. : ПИФ.com, 2007. – 64 с.
13. Лучшие практики по созданию систем качества в образовательных учреждениях / В.В. Азарьева [и др.]. – СПб. : ПИФ.com, 2007. – 545 с.
14. Мишин, С.А. Уровень зрелости организации / С.А. Мишин // Управление качеством. – 2008. – № 2. – С. 25 – 27.
15. Стратегическое планирование и управление качеством образования. ДП 2.005(5)-2006. – Брянск : БГТУ, 2006. – 24 с.
16. Исаев, С.В. Документация в системах менеджмента / С.В. Исаев // Методы менеджмента качества. – 2007. – № 5. – С. 10 – 15.

Учебное издание

СЕРГЕЕВ Алексей Георгиевич

ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ ОБРАЗОВАНИЯ

Учебное пособие

Подписано в печать 26.09.08.

Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 10,10. Тираж 100 экз.

Заказ

Издательство

Владимирского государственного университета.

600000, Владимир, ул. Горького, 87.