



Система менеджмента качества

Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений
(деканатов, кафедр, лабораторий)
2015-2016 учебный год

с. 1 из 38

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Комсомольский-на-Амуре государственный
технический университет»

Отдел менеджмента качества

О Т Ч Ё Т
по результатам внутреннего аудита
учебных подразделений (деканатов, кафедр, лабораторий)
2015-2016 учебный год



Содержание

1 Общие положения.....	3
2 Цели аудита	3
3 Методика проведения внутреннего аудита.....	3
4 Анализ результатов внутреннего аудита	4
5 Результаты внутреннего аудита деканатов.....	6
6 Представление отчета о корректирующих мероприятиях.....	13
7Рекомендации по улучшению деятельности деканатов.....	14
8Результаты внутреннего аудита кафедр.....	14
9 Предоставление отчета о корректирующих мероприятиях.....	22
10 Рекомендации по улучшению деятельности кафедр.....	23
11 Результаты внутреннего аудита лаборатории	23
12 Предоставление отчета о корректирующих мероприятиях.....	30
13Рекомендации по улучшению деятельности лабораторий.....	31
14 Термины, определения и сокращения.....	32
Приложение А Результаты внутреннего аудита деканаты ноябрь-декабрь 2015-2016 гг.....	34
Приложение Б Результаты внутреннего аудита кафедры ноябрь-декабрь 2015-2016гг	35
Приложение В Результаты внутреннего аудита лаборатории ноябрь-декабрь 2015-2016 гг.....	36
Приложение Г Наименование разделов ГОСТ ISO 9001-2011.....	37



1 Общие положения

1.1 Основными объектами аудита являются:

- состояние процессов;
- функционирование системы менеджмента качества.

При внутреннем аудите определяется степень выполнения требований, предъявляемых к соответствующей деятельности.

1.2 Внутренний аудит осуществляется в соответствии с утвержденной программой аудита и требованиями ГОСТ ISO 9001-2011.

1.3 Анализ результатов представлен в виде отчета.

2 Цели аудита

2.1 Аудит осуществляется с целью:

- оценки результативности функционирования СМК или отдельных ее процессов с точки зрения достижения целей, определенных в области качества;
- определения возможностей и путей улучшения СМК;
- определения несоответствий в СМК или отдельных ее процессах в сравнении с требованиями, установленными документацией СМК;
- проверки результативности корректирующих действий по результатам предыдущих аудитов.

3 Методика проведения внутреннего аудита

3.1 Для организации и проведения внутренних проверок были задействованы аудиторские группы из работников университета (18 сотрудников), прошедших обучение и имеющих сертификаты внутренних аудиторов систем менеджмента качества.

3.2 При проверке системы менеджмента качества проверяется документация, фактическое выполнение требований, изложенных в документации и направления деятельности.

Основные направления деятельности, по которым проводилась проверка деканатов, кафедр, лабораторий:

- планирование;
- требования к документации;
- ответственность руководства и постоянное улучшение;
- связь с обществом;
- управление несоответствиями;
- образовательный процесс (деятельность кафедр);
- образовательный процесс (деятельность деканатов);



– образовательный процесс (деятельность лабораторий).

Проверка документации СМК проводится по следующим направлениям:

– документация проверяется на соответствие требованиям, изложенным в Руководстве по качеству, политике в области качества, стратегии развития, целям и задачам в области качества (для документов нижнего уровня – требованиям вышестоящих документов);

– проверяются процедуры по управлению документацией (ДП 4.2.3/4.2.4 Управление документацией и записями): утверждение, выпуск, ведение, изменение, изъятие и хранение устаревшей документации;

– проверяется качество самой документации: доступность и правильность формулировок требований, четкость изложения, наличие полного комплекта;

– наличие документации на рабочих местах.

3.3 Объектом аудита являются деканаты, кафедры, лаборатории.

3.4 Результатом проведенной проверки является отчет о выявленных несоответствиях, который составляется руководителем аудиторской группы согласно ДП 8.2.2 «Внутренний аудит».

4 Анализ результатов внутреннего аудита

4.1 Внутренней проверкой были охвачены:

- 12 деканатов;
- 11 кафедр;
- 10 лабораторий.

Количество проверок, запланированных и проведенных согласно утвержденным программам (на учебный год) по учебным годам, а также среднегодовое значение количества несоответствий, представлено в таблице 1. Анализ значений среднегодового количества несоответствий показывает, что количество несоответствий учебных подразделений в текущем учебном году значительно снизилось.

Таблица 1- Несоответствия, выявленные при проверке

Учебный год	Количество проверок		Количество несоответствий (общее)	Среднегодовое количество несоответствий
	плановое	фактическое		
2012-2013 деканаты	12	12	47	3,9
2012-2013 кафедры	34	34	206	6,05
2014-2015 кафедры	12	12	85	7,08
2014-2015 лаборатории	61	58	398	6,9
2015-2016 деканаты	12	12	12	1

**Система менеджмента качества**

Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений
(деканатов, кафедр, лабораторий)
2015-2016 учебный год

с. 5 из 38

Учебный год	Количество проверок		Количество несоответствий (общее)	Среднегодовое количество несоответствий
	плановое	фактическое		
2015-2016 кафедры	11	10	33	3,3
2015-2016 лаборатории	10	9	66	7,3

Результаты внутреннего аудита деканатов (в баллах и процентах от максимально возможного), представлены в приложении А.

Результаты внутреннего аудита кафедр (в баллах и процентах от максимально возможного), представлены в приложении Б.

Результаты внутреннего аудита лабораторий (в баллах и процентах от максимально возможного), представлены в приложении В.

Деканаты, кафедры и лаборатории, прошедшие в 2015-2016 учебном году внутренние проверки без замечаний:

Деканаты:

- ФЭТМТ;
- ЭТФ;
- ИКП МТО;
- ГФ;
- ФКС;
- ИЭФ;
- ФЭТ.

Кафедры:

- МОПЭВМ.

В таблице 2 представлены подразделения, в которых не проведены запланированные внутренние проверки. Причины указаны на основании докладных записок, представленных аудиторскими группами.

Таблица 2 – Подразделения, в которых не были проведены внутренние аудиты

Подразделение	Причина	Дата
Кафедра ГМП, ФГУиП, ауд. 215/4	В связи с решением ученого совета университета, протокол № 9 от 07.12.2015: 4.2 Ликвидировать следующие структурные подразделения: 4.2.3 С 17.12.2015 кафедре «Государственное и муниципальное право».	ДЗ от 25.12.2015 Аудиторская группа: Белова И.В., Герасимова С.А.
Лаборатория технологии переработки полимеров, ФЭХТ, ауд. 422/1	В связи с ремонтом аудитории 422/1 проведение аудита невозможно в срок согласно приказу № 568 – О от 22.09.2015	ДЗ от 10.11.2015 Аудиторская группа: Ракитина Н.Э, Киба Д.А.



Аудит учебных подразделений университета показал, что в некоторых подразделениях КнАГТУ требования стандарта ГОСТ ISO 9001-2011 выполняются не в полном объеме.

5 Результаты внутреннего аудита деканатов

5.1 Согласно программе внутренних проверок на 2015-2016 год, утвержденной приказом № 568-О от 22.09.2015 г. «О проведении внутреннего аудита» в период ноябрь - декабрь 2015 г. было запланировано провести аудит в 12 деканатах университета. Проверка готовности подразделения определялась в процентном соотношении.

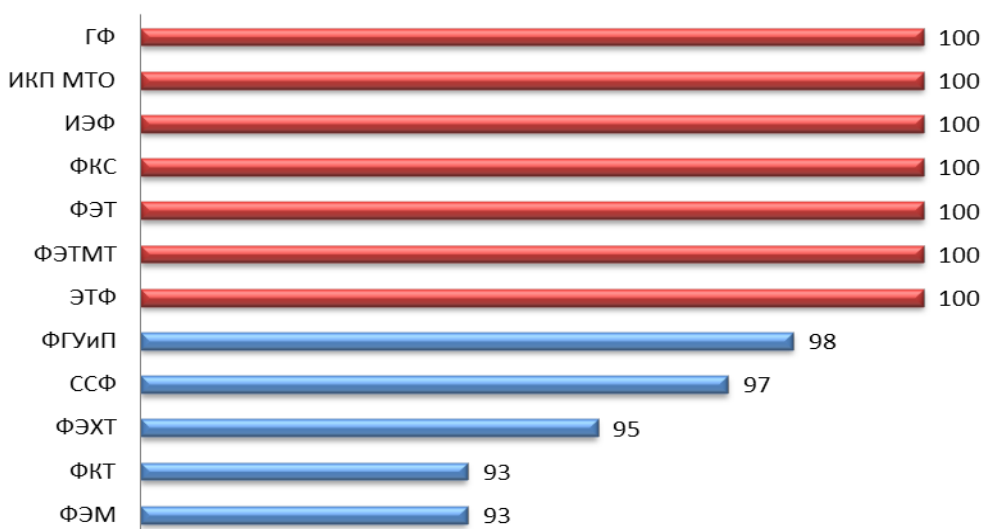


Рисунок 5.1 – Проверка готовности деканатов 2015-2016 гг.

В сравнении с прошлой проверкой, проводимой в 2012-2013 учебном году, ситуация в деканатах значительно улучшилась (рисунок 5.2).

Следует отметить 100 % готовность к проведению внутреннего аудита в деканатах ГФ, ИКП МТО, ИЭФ, ФКС, ФЭТ, ФЭТМТ, ЭТФ. В ходе проведения аудита можно отметить доброжелательную обстановку и высокий уровень готовности подразделений к внутреннему аудиту.

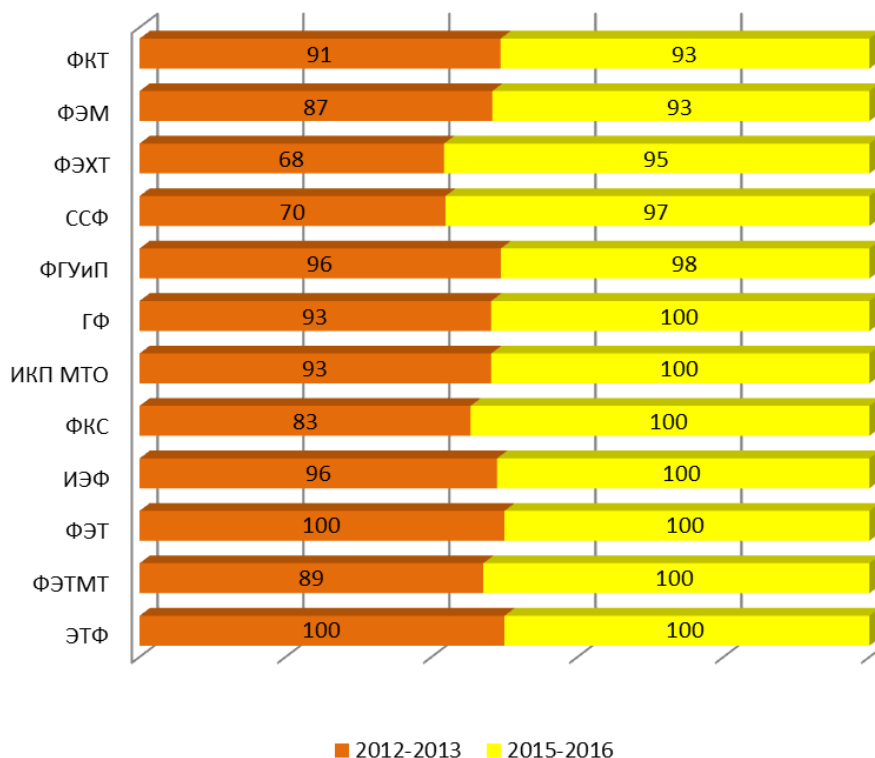


Рисунок 5.2 – Сравнительный анализ за 2012-2013 и 2015-2016 гг. среди деканатов университета

5.2 Количество несоответствий (12), выявленных внутренними проверками в деканатах, представлено на рисунке 5.3.

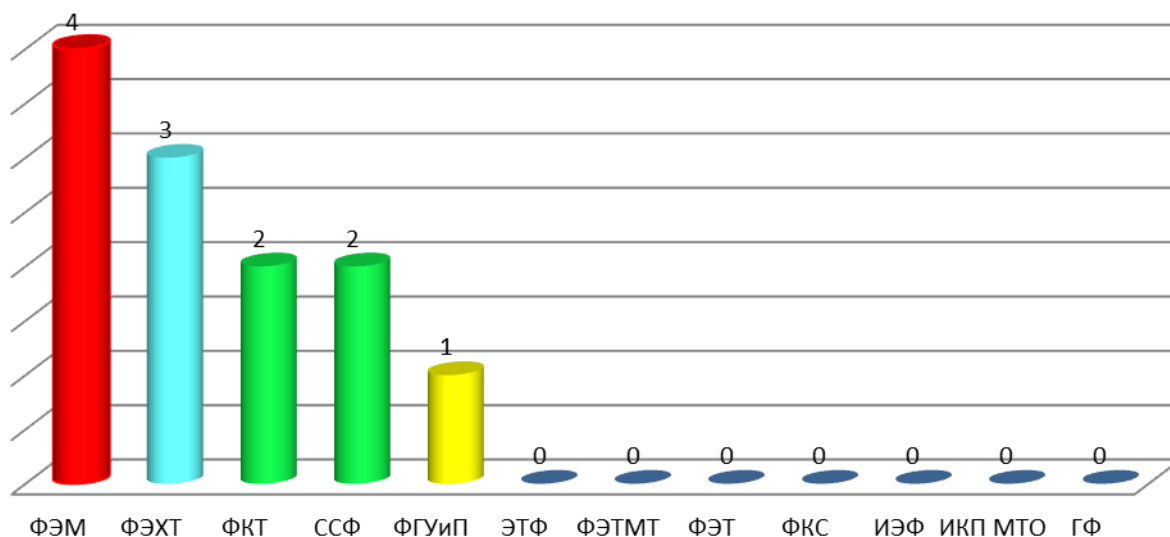



Рисунок 5.3-Количество несоответствий

Типичные замечания, выявленные в ходе проведения внутреннего аудита:
– отсутствие на рабочем месте актуализированного положения подразделения;

	Система менеджмента качества Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений (деканатов, кафедр, лабораторий) 2015-2016 учебный год	с. 8 из 38
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

– на внутреннем сайте университета представлена неполная или неактуальная информация о подразделении;

– отсутствие Политики в области качества подразделения.

5.3 Результаты проверок по направлениям деятельности деканатов представлены на рисунках 5.4 – 5.9. Максимально возможное количество баллов по областям проверки:

– планирование – 21 балл;

– требования к документации – 15 баллов;

– ответственность руководства и постоянное улучшение – 6 баллов;

– связь с обществом – 6 баллов;

– управление несоответствиями – 3 балла;

– образовательный процесс (деятельность деканатов) – 9 баллов.

В разделе «Планирование» проверялось:

– установлены годовые цели. Цели актуальны, имеют измеримые характеристики и критерии оценки, конкретизированы во времени;

– наличие планов-отчетов в подразделении. Планы согласованы между собой (годовые, индивидуальные и т.п.). Планы охватывают все направления деятельности подразделения;

– планы-отчеты соответствуют установленным целям и показателям деятельности подразделения, указанным в ПП и регламенте процесса;

– плановые значения установлены на основе динамики показателей за прошлые года. Планирование осуществляется с учетом результатов аудитов и социологических исследований, ведутся соответствующие записи;

– планы за предыдущий период реализованы. Разработаны и внедряются методы по достижению целей и задач, не реализованных в отчетном периоде. Проставлены отметки о выполнении, содержащие подтверждающие факты;

– определяются требуемые ресурсы для обеспечения деятельности. Планируются и выполняются действия, ориентированные на обеспечение деятельности необходимыми ресурсами;

– планируется и осуществляется обучение и повышение квалификации всех сотрудников. Направления повышения квалификации соответствует целям развития подразделения и университета.

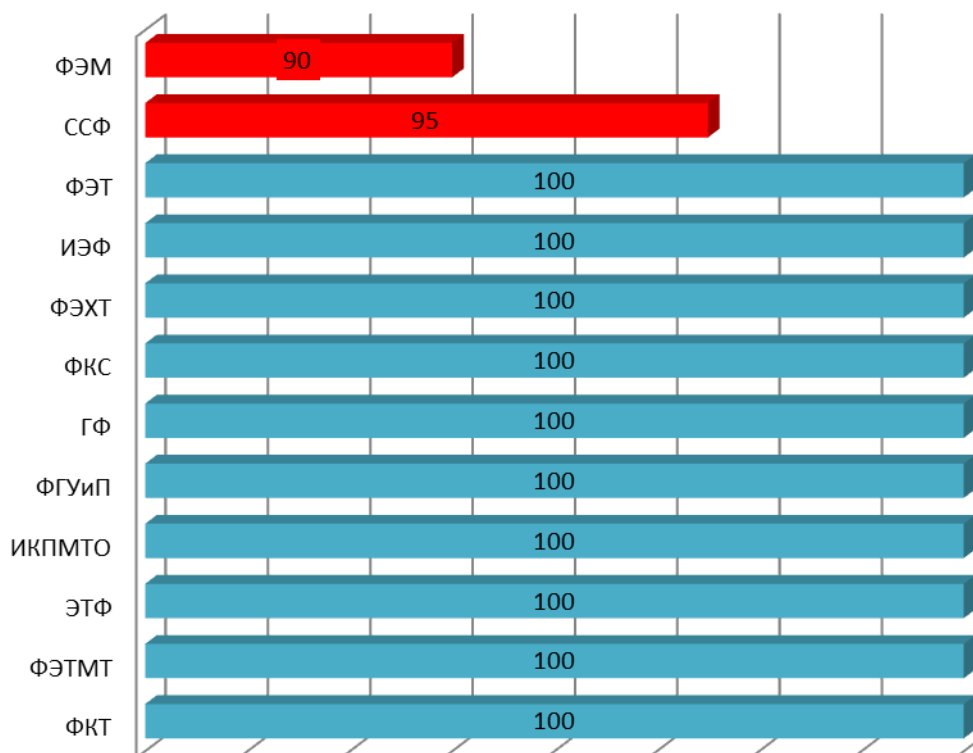


Рисунок 5.4 – Планирование деканатов

В разделе «Требование к документации» проверялось:

- соответствие номенклатуры дел подразделения установленному перечню, соответствие содержания документации в папках (делах);
- наличие на рабочем месте актуализированного ПП. ПП согласовано с должностными инструкциями. Все сотрудники ознакомлены;
- внесены изменения в ДИ:
- лиц, допущенных к обработке персональных данных;
- по охране труда;
- лиц, ответственных за документооборот.

Все сотрудники ознакомлены;

- наличие документации по СМК в подразделении (если есть бумажные варианты). Ведется журнал ознакомления сотрудников;
- наличие в подразделениях перечня записей и документов (папка с бланками). Документы, содержащие записи подписаны и датированы, исключена порча и утеря записей.



Рисунок 5.5 – Требование к документации (деканаты)

В разделе «Ответственность руководства и постоянное улучшение» проверялось:

- проведен анализ достигнутых целей за прошлые года (3 года);
- сотрудники подразделения ознакомлены с политикой в области качества университета, о чем имеются соответствующие записи. На основе политики в области качества университета разработана политика подразделения. Политика согласована с целевыми показателями и критериями подразделения и утверждена руководителем подразделения.

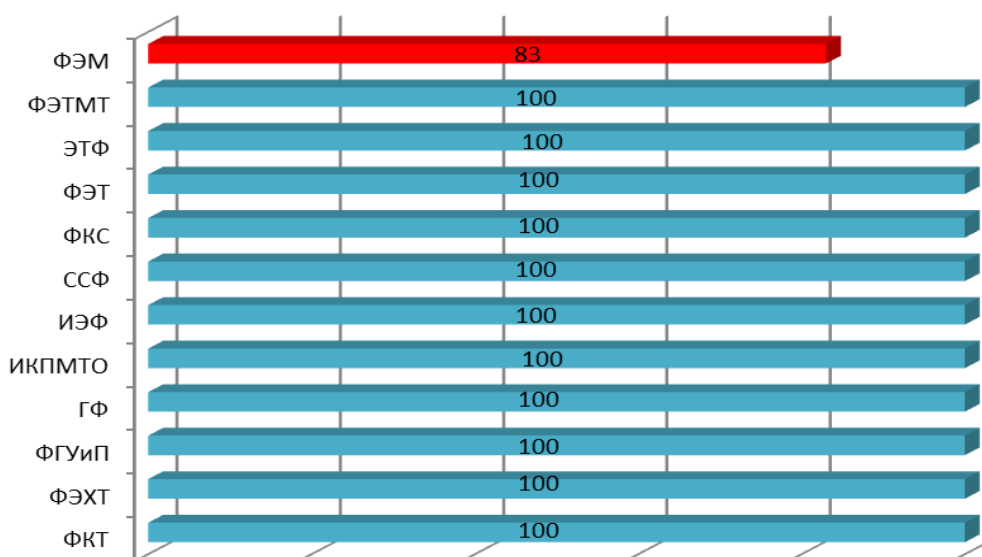



Рисунок 5.6 – Ответственность руководства и постоянное улучшение

	Система менеджмента качества Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений (деканатов, кафедр, лабораторий) 2015-2016 учебный год	с. 11 из 38
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

В разделе «Связь с обществом» проверялось:

- на сайте университета представлена полная и объективная информация о подразделении. Представлены внутренние нормативные документы, регламентирующие соответствующие виды деятельности. Информация регулярно актуализируется;
- наличие информации о связях с внешними организациями (публикации в СМИ, отзывы работодателей и выпускников и т.д.).

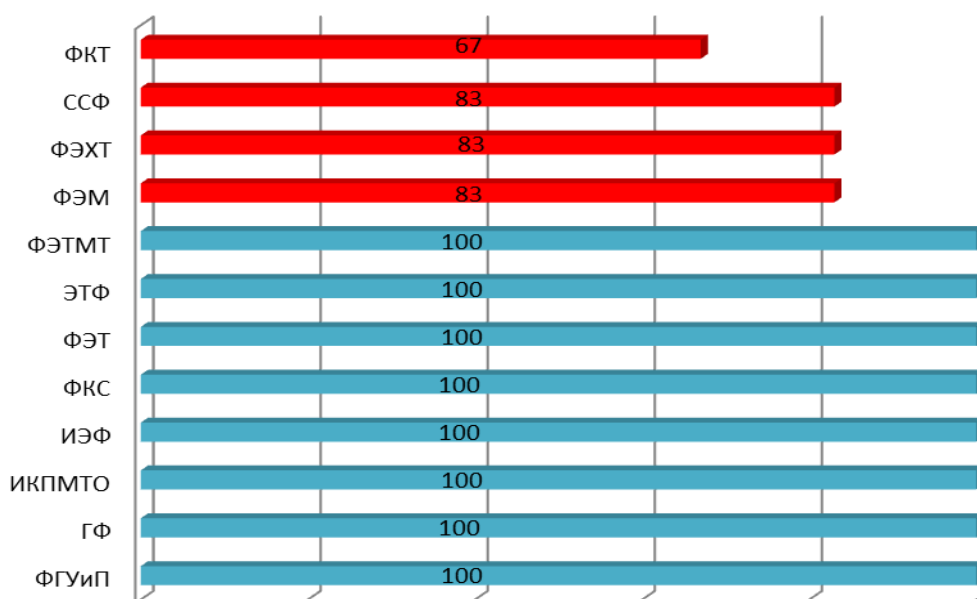


Рисунок 5.7 – Связь с обществом

В разделе «Управление несоответствиями» проверялось:

- несоответствия, выявленные по результатам внутреннего и внешнего аудитов исправлены, корректирующие и предупреждающие действия выполнены в полной мере.

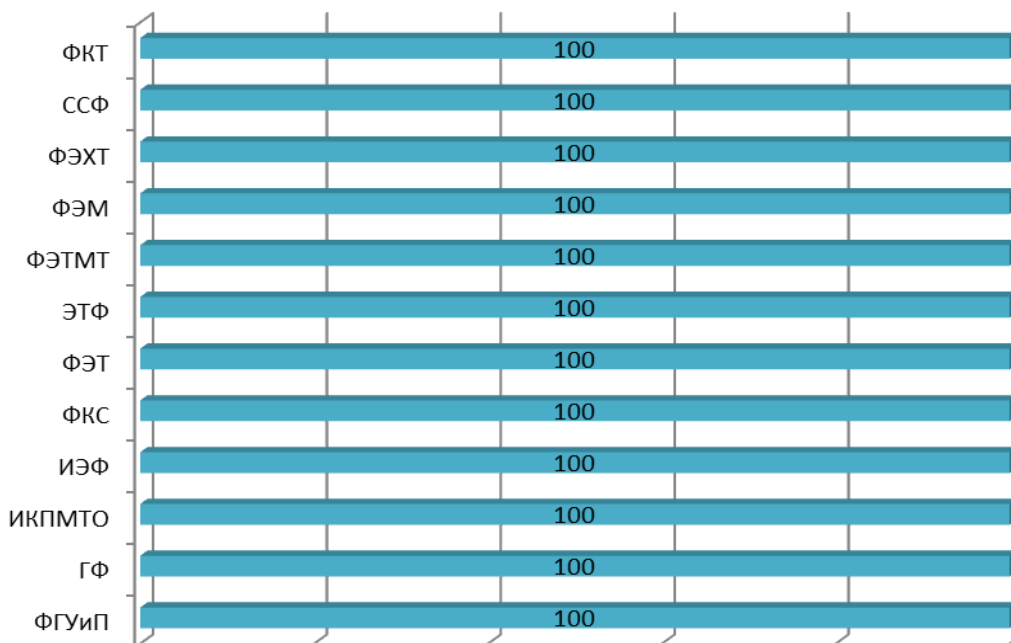


Рисунок 5.8 - Управление несоответствиями

В разделе «Образовательный процесс» проверялось:

- наличие в деканатах образовательных стандартов, зарегистрированных в УМУ (шифр и печать УМУ);
- наличие механизмов, контролирующих своевременность выпуска документации по всем подразделениям факультета/института;
- актуальность информации на стендах деканатов.

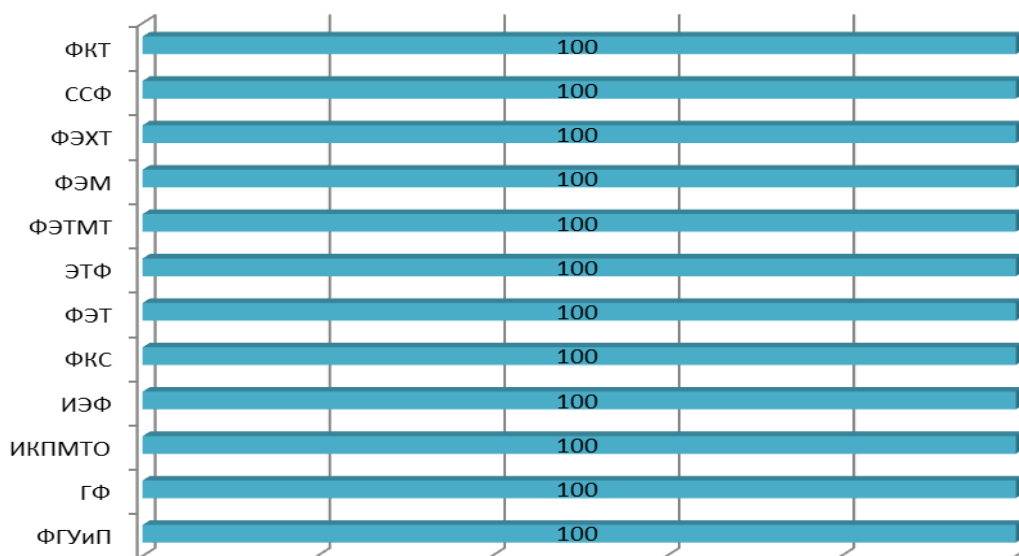


Рисунок 5.9 – Образовательный процесс (деятельность деканатов)

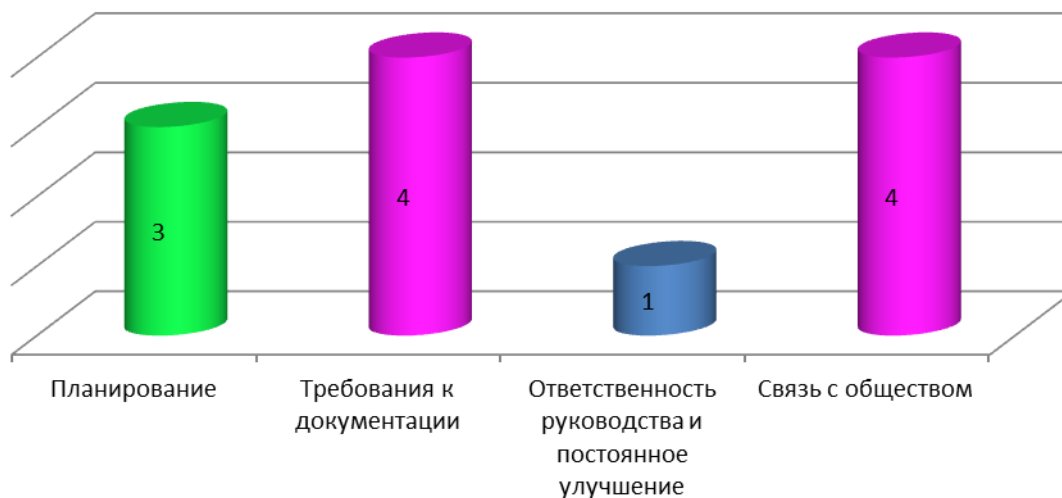


Рисунок 5.10 – Количество несоответствий по направлениям деятельности

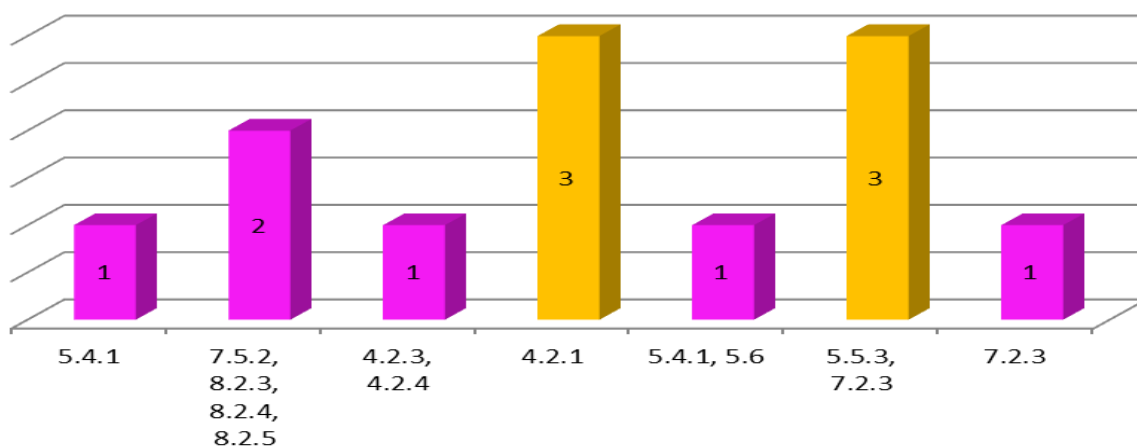



Рисунок 5.11 – Несоответствия по пунктам стандарта

Основные несоответствия:

- цели в области качества неизмеримы, не конкретизированы во времени;
- в плане на 2015-2016 гг. отсутствуют отметки о выполнении за период сентябрь-октябрь 2015г.;
- номенклатура дел не соответствует требованиям (не согласована с общим отделом согласно СТО 4.2.3-6);
- информация на внутреннем сайте университета неактуальна.

6 Предоставление отчета о корректирующих мероприятиях

По результатам внутреннего аудита (в соответствии с ДП 8.2.2 «Внутренний аудит»), подразделения, в которых были выявлены несоответствия, предоставляют в ОМК отчет о выполнении корректирующих действий согласно сро-

	Система менеджмента качества Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений (деканатов, кафедр, лабораторий) 2015-2016 учебный год	с. 14 из 38
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

кам, указанным в плане-отчете внутреннего аудита. Данные о предоставлении отчета на 15.01.2016 г. представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Данные о предоставлении отчета о корректирующих мероприятиях

Подразделение	Срок предоставления отчета о корректирующих действиях согласно плану-отчету внутреннего аудита	Фактический срок предоставления отчета о корректирующих действиях согласно плану-отчету внутреннего аудита
ССФ	Декабрь 2015, июнь 2016	12.01.2016

7 Рекомендации по улучшению деятельности в деканатах

В ходе проведения внутреннего аудита следует отметить, что несоответствия носят единичный характер.

Корректирующие действия разрабатываются оперативно, устранения проводятся в ходе проведения аудита (мгновенно).

Важно отметить, что выявленные несоответствия прошлых проверок устранены полностью и в срок.

Перечень рекомендации:

- руководителям подразделений необходимо обозначить цели, задачи и показатели деятельности подразделения, при этом учесть, чтобы цели были измеримы и конкретизированы во времени;
- уделять больше внимания ведению записей;
- номенклатура дел подразделения должна быть внесена в номенклатуру дел университета согласно СТО 4.2.3-6;
- ответственным за размещение информации на сайте университета необходимо своевременно актуализировать информацию.

Положительный опыт при проведении аудита: доброжелательная обстановка в подразделениях, высокий уровень готовности к аудиту. Необходимо отметить конструктивный настрой представителей деканатов. Подразделения работают в соответствии со стандартами ФГБОУ ВПО «КнАГТУ».

8 Результаты внутреннего аудита кафедр

Согласно программе внутренних проверок на 2015-2016 учебный год, утвержденной приказом № 568-О от 22.09.2015 г. «О проведении внутреннего аудита», в текущем учебном году проведены проверки 11 кафедр университета.

Количество несоответствий кафедр (33), выявленных внутренними проверками, представлено на рисунке 8.1.

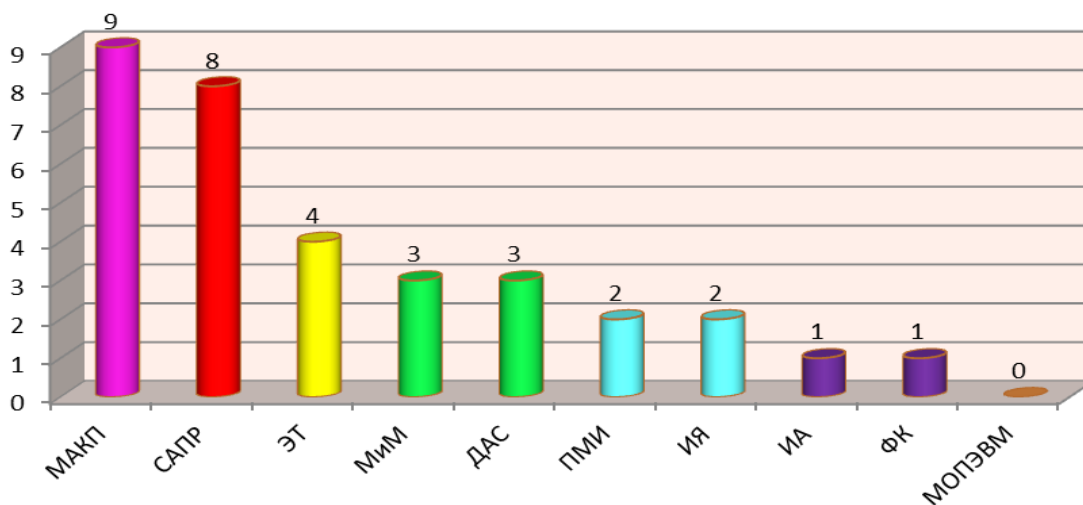


Рисунок 8.1 – Общее (суммарное) количество несоответствий по кафедрам

Кафедры МАКП и САПР значительно отличаются от других кафедр по наличию несоответствий, выявленных в ходе проведения аудита, но если провести сравнительный анализ с прошлой проверкой, то можно сказать, что ситуация на этих кафедрах заметно улучшилась, явно сократилось число несоответствий.

Сравнительный по годовому анализу готовности кафедр к проведению внутреннего аудита представлен на рисунке 8.2

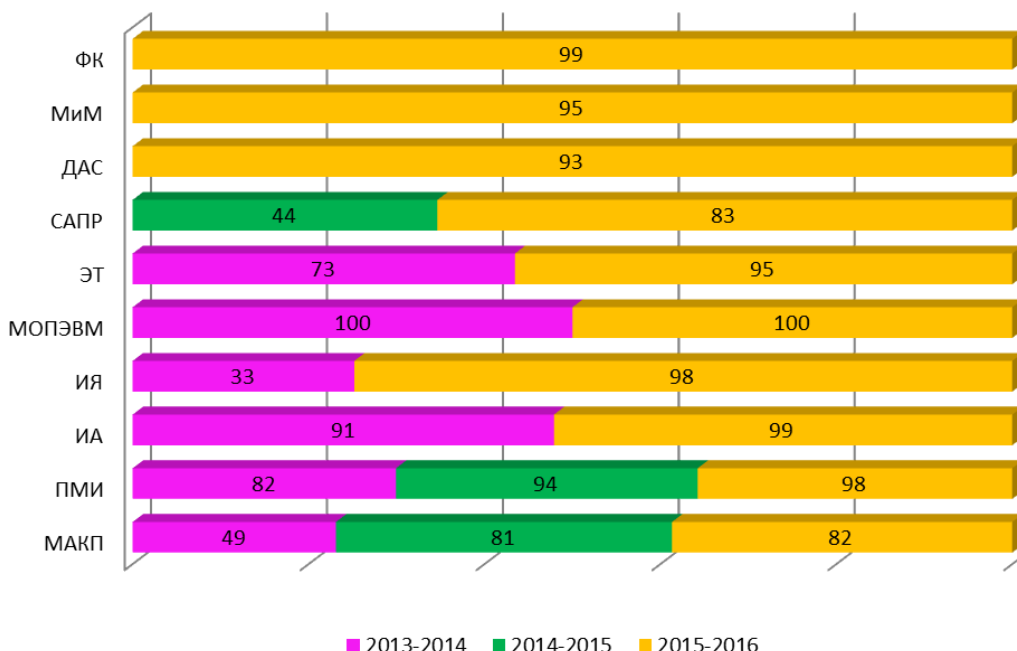



Рисунок 8.2 – Сравнительный по годовому анализу готовности кафедр к проведению внутреннего аудита

Следует отметить высокую готовность к проведению очередного аудита кафедры МОП ЭВМ. А также заметно улучшили свои результаты кафедры САПР, ЭТ, ИЯ, ИА, ПМИ, МАКП.

	Система менеджмента качества Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений (деканатов, кафедр, лабораторий) 2015-2016 учебный год	с. 16 из 38
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

На рисунке 8.3 представлен сравнительный анализ выявленных несоответствий за последних 3 года.

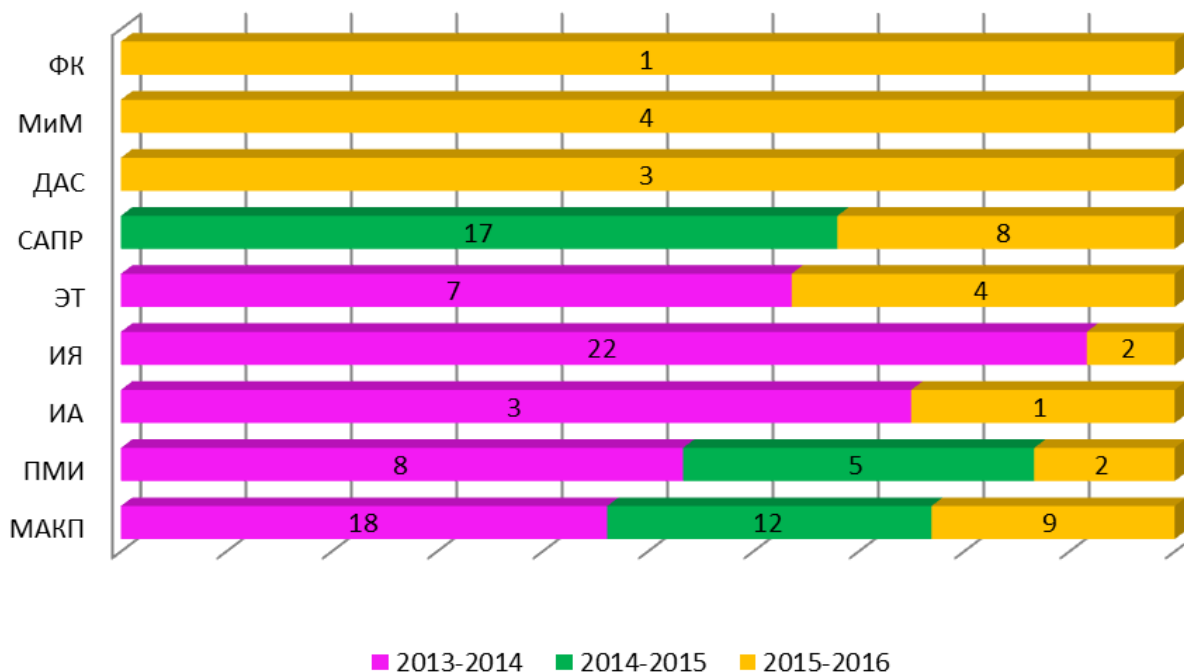


Рисунок 8.3 – Сравнительный погодовой анализ выявленных несоответствий

Результаты проверок по направлениям деятельности кафедр представлены на рисунках 8.4 – 8.9. Максимально возможное количество баллов по областям проверки:

- планирование – 21 балл;
- требования к документации – 15 баллов;
- ответственность руководства и постоянное улучшение – 6 баллов;
- связь с обществом – 6 баллов;
- управление несоответствиями – 3 балла;
- образовательный процесс (деятельность кафедр) – 33 балла.

В разделе «Планирование» проверялось:

- установлены годовые цели. Цели актуальны, имеют измеримые характеристики и критерии оценки, конкретизированы во времени;
- наличие планов-отчетов в подразделении. Планы согласованы между собой (годовые, индивидуальные и т.п.). Планы охватывают все направления деятельности подразделения;
- планы-отчеты соответствуют установленным целям и показателям деятельности подразделения, указанным в ПП и регламенте процесса;



- плановые значения установлены на основе динамики показателей за прошлые года. Планирование осуществляется с учетом результатов аудитов и социологических исследований, ведутся соответствующие записи;
- планы за предыдущий период реализованы. Разработаны и внедряются методы по достижению целей и задач, не реализованных в отчетном периоде. Проставлены отметки о выполнении, содержащие подтверждающие факты;
- определяются требуемые ресурсы для обеспечения деятельности. Планируются и выполняются действия, ориентированные на обеспечение деятельности необходимыми ресурсами;
- планируется и осуществляется обучение и повышение квалификации всех сотрудников. Направления повышения квалификации соответствует целям развития подразделения и университета.

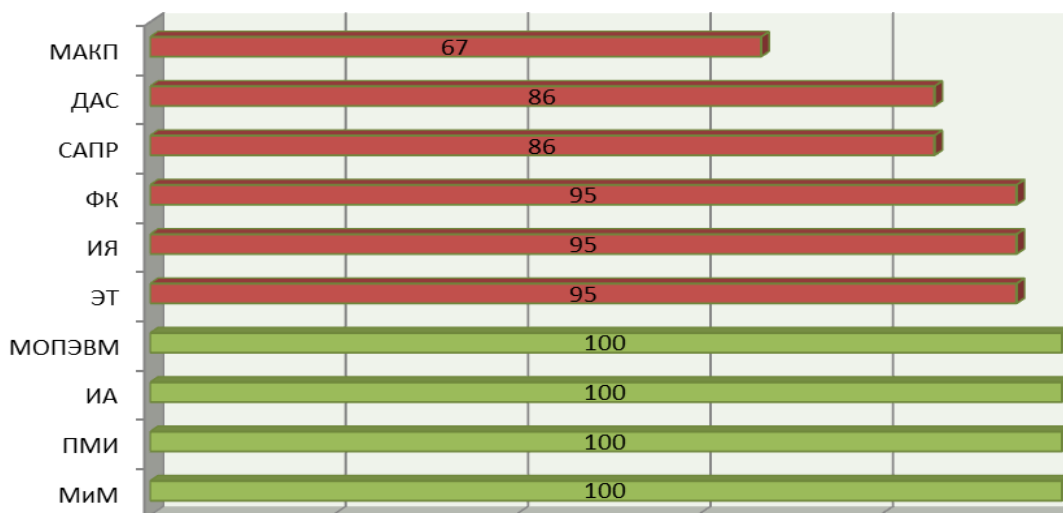


Рисунок 8.4 – Планирование

В разделе «Требование к документации» проверялось:

- соответствие номенклатуры дел подразделения установленному перечню, соответствие содержания документации в папках (делах);
- наличие на рабочем месте актуализированного ПП. ПП согласовано с должностными инструкциями. Все сотрудники ознакомлены;
- внесены изменения в ДИ:
- лиц, допущенных к обработке персональных данных;
- по охране труда;
- лиц, ответственных за документооборот.

Все сотрудники ознакомлены;

- наличие документации по СМК в подразделении (если есть бумажные варианты). Ведется журнал ознакомления сотрудников;



– наличие в подразделениях перечня записей и документов (папка с бланками). Документы, содержащие записи подписаны и датированы, исключена порча и утеря записей.

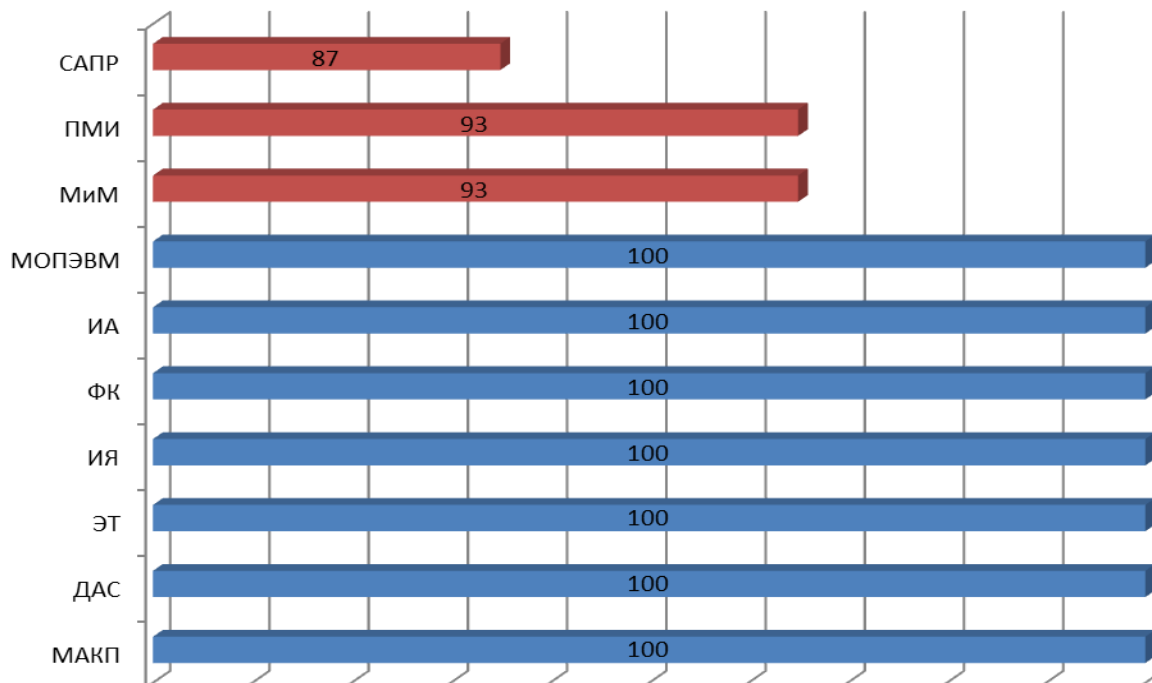


Рисунок 8.5 – Требования к документации

В разделе «Ответственность руководства и постоянное улучшение» проверялось:

- проведен анализ достигнутых целей за прошлые года (3 года);
- сотрудники подразделения ознакомлены с политикой в области качества университета, о чем имеются соответствующие записи. На основе политики в области качества университета разработана политика подразделения. Политика согласована с целевыми показателями и критериями подразделения и утверждена руководителем подразделения.

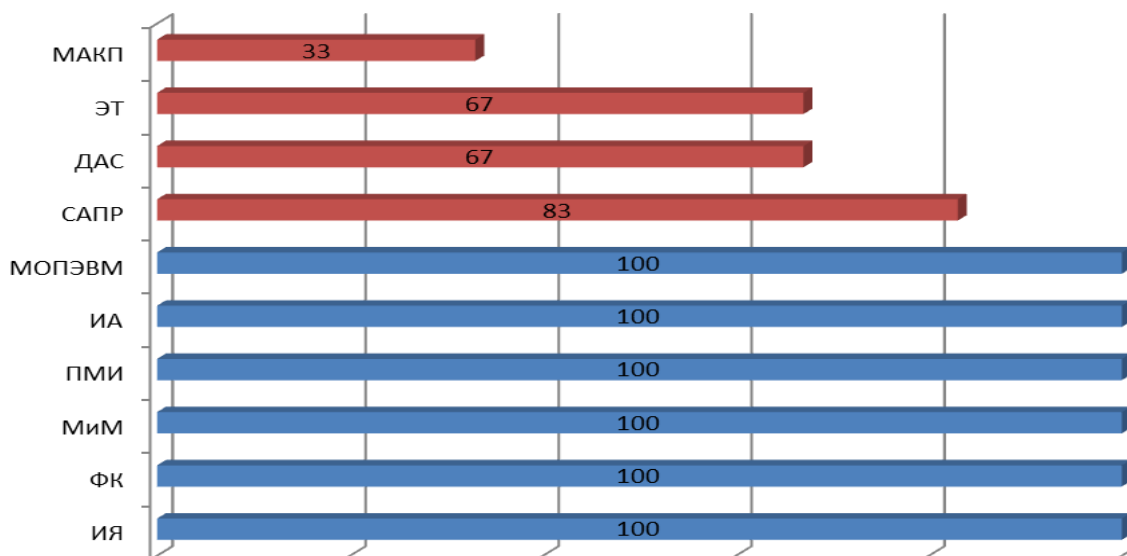


Рисунок 8.6 – Ответственность руководства и постоянное улучшение

В разделе «Связь с обществом» проверялось:

- на внутреннем сайте университета представлена полная и объективная информация о подразделении. Представлены внутренние нормативные документы, регламентирующие соответствующие виды деятельности. Информация регулярно актуализируется;
- наличие информации о связях с внешними организациями (публикации в СМИ, отзывы работодателей и выпускников и т.д.).

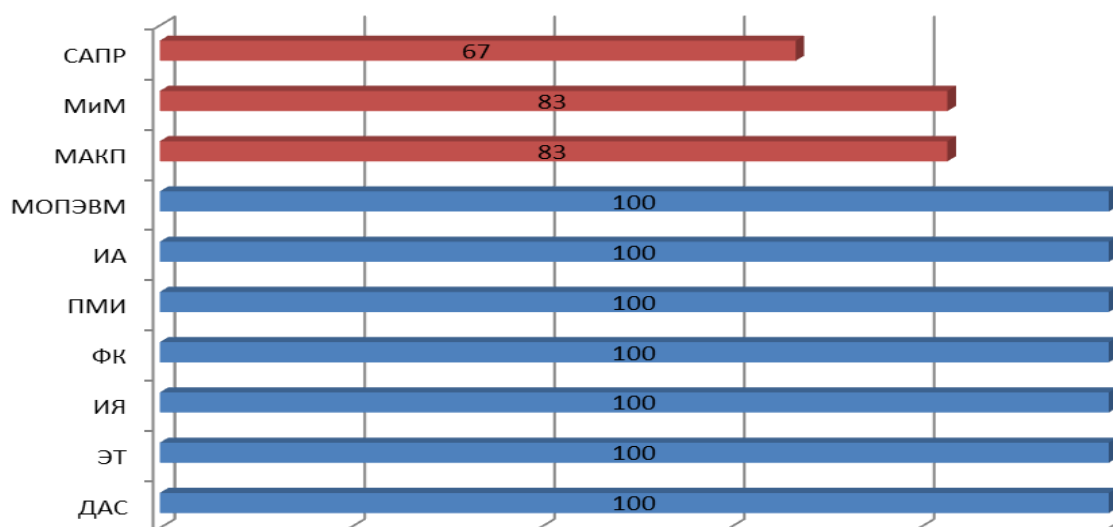


Рисунок 8.7 – Связь с обществом



В разделе «Управление несоответствиями» проверялся факт устранения несоответствий, выявленных по результатам предыдущего внутреннего аудита, а также выполнение корректирующих и предупреждающих действий.

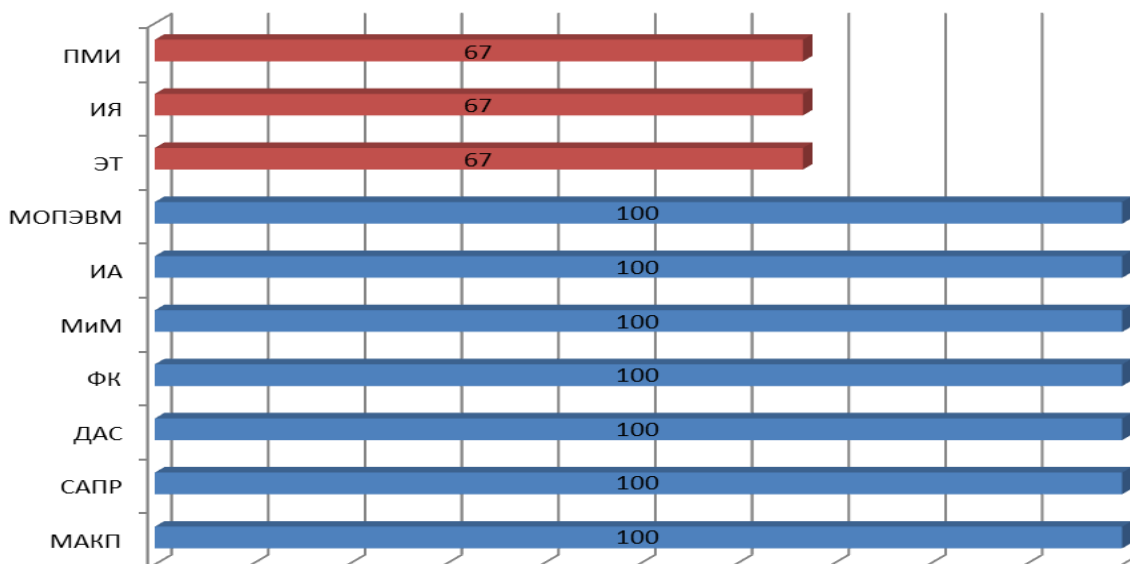


Рисунок 8.8 – Управление несоответствиями

В разделе «Образовательный процесс (деятельность кафедр)» проверялось:

- наличие образовательных стандартов по специальностям и направлениям подготовки, зарегистрированных в УМУ (шифр и печать УМУ);
- наличие рабочих программ дисциплин и учебных рабочих планов;
- наличие учебных поручений преподавателей, утвержденных в установленном порядке;
- обеспеченность УМКД, их актуальность и полнота. Обеспеченность методическими материалами для проведения закрепленных за кафедрой лабораторных работ, их актуальность;
- доступность УМКД для студентов;
- наличие на кафедрах рабочих программ по практике в рамках реализуемых учебных программ, методических указаний. Наличие приказов по практике, выполнение сроков их исполнения;
- наличие приказов по темам ВКР и научных руководителей, назначения рецензентов, выполнение сроков их исполнения;
- наличие программ государственных экзаменов;
- наличие списка тем курсовых проектов (работ);
- наличие распоряжения о закреплении тем курсового проектирования/курсовой работы;
- актуальность информации на стендах.

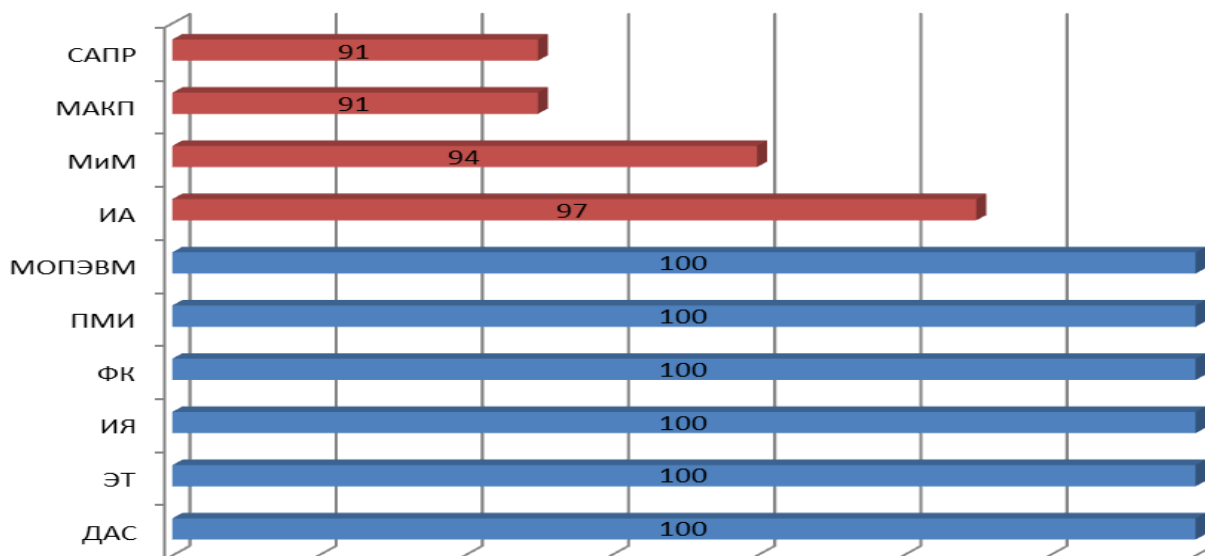


Рисунок 8.9 – Образовательный процесс

В результате проверки кафедр выявлено наибольшее количество несоответствий по пунктам (рисунок 8.10):

- планирование (8);
- требования к документации (3);
- ответственность руководства и постоянное улучшение (6);
- связь с обществом (3);
- управление несоответствиями (4);
- образовательный процесс (9).



Рисунок 8.10 – Общее (суммарное) количество выявленных несоответствий



Количество выявленных при проверках несоответствий требованиям стандарта ГОСТ ISO 9001-2011 представлено на рисунке 8.11. Наименование пунктов стандарта ГОСТ ISO 9001-2011 представлено в приложении Б.

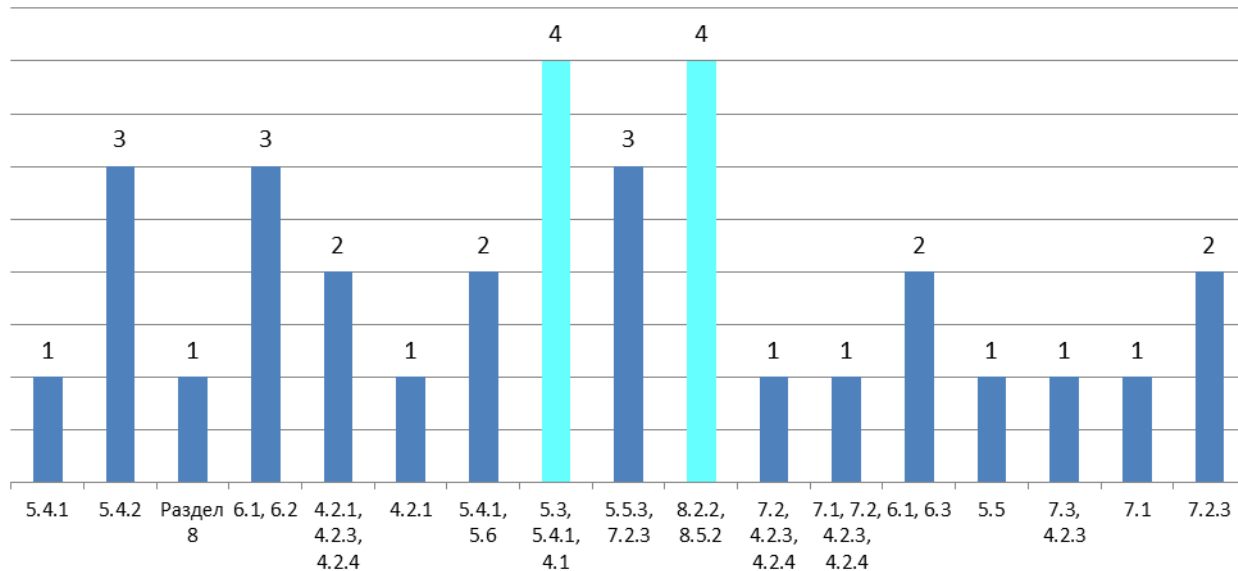


Рисунок 8.11 – Количество несоответствий по пунктам стандарта ГОСТ ISO 9001-2011

Основные несоответствия:

- отсутствие отметок о выполнении в планах;
- отсутствие Политики в области качества подразделения;
- на внутреннем сайте университета представлена либо неполная информация, либо неактуальная о подразделении;
- несоответствия, выявленные по результатам внутреннего и внешнего аудитов не исправлены, корректирующие и предупреждающие действия выполнены не полностью.

9 Предоставление отчета о корректирующих мероприятиях

По результатам внутреннего аудита (в соответствии с ДП 8.2.2 «Внутренний аудит»), подразделения, в которых были выявлены несоответствия, предоставляют в ОМК отчет о выполнении корректирующих действий согласно срокам, указанным в плане-отчете внутреннего аудита. Данные о предоставлении отчета на 15.01.2016 представлены в таблице 4.


	Система менеджмента качества Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений (деканатов, кафедр, лабораторий) 2015-2016 учебный год	с. 23 из 38
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

Таблица 4 – Данные о предоставлении отчета о корректирующих мероприятиях

Подразделения	Срок предоставления отчета о корректирующих действиях согласно плану-отчету внутреннего аудита	Фактический срок предоставления отчета о корректирующих действиях
ФК, ГФ	Декабрь 2015, январь 2016	21.12.2015
Лаборатория физико-химических методов анализа, ФЭХТ	Декабрь 2015-февраль 2016	28.12.2015
Лаборатория физической химии, ФЭХТ	Декабрь 2015-февраль 2016	28.12.2015
Лаборатория полимеров и композиционных материалов, ФЭХТ	Декабрь 2015-февраль 2016	28.12.2015
Лаборатория коллоидной химии, ФЭХТ	Декабрь 2015-февраль 2016	28.12.2015

10 Рекомендации по улучшению деятельности на кафедрах

По результатам проверки необходимо сформировать перечень рекомендаций по улучшению деятельности кафедр:

- уделить больше внимание ведению записей;
- ответственным за размещение информации на сайте университета своевременно актуализировать информацию о подразделении;
- руководителям подразделений сформулировать цели, определить показатели деятельности и совместно с уполномоченным по качеству разработать Политику в области качества и ознакомить с ней сотрудников подразделения;
- провести обучающий семинар для уполномоченных по качеству о роли и об обязанностях уполномоченного по качеству при проведении аудита.

Положительный опыт при проведении аудита: следует отметить доброжелательную атмосферу, поддерживаемую представителями подразделений, готовность к проведению аудита, подготовки документации, что позволило провести аудит качественно и своевременно.

11 Результаты проведения внутреннего аудита в лабораториях

В процессе аудита было запланировано к проверке 10 лабораторий, проверено 9 лабораторий, в 1 лаборатории провести аудит не удалось (см. таблицу 2). В процессе проверки было выявлено 66 несоответствий.



Рисунок 11.1 – Количество несоответствий среди лабораторий

Максимальное количество несоответствий (18) было выявлено в лаборатории автоматизации 19/1.

На рис. 11.2 видно как в лабораториях изменилась ситуация по сравнению с результатами прошлой проверки, большинство лабораторий устранили несоответствия, улучшив свои показатели практически в 2 раза.

Следует обратить внимание на лабораторию автоматизации 19/1. Данная лаборатория используется как в учебном процессе, так и в научной деятельности. В ходе проверки выяснилось, что у лаборатории определенные трудности с подчинением и планированием деятельности. В ходе прошлой проверки (2014-2015гг.) было установлено, что лаборатория приказом № 57-О от 10.02.2015 «Об аудиторном фонде» закреплена за каф. МАКП (ССФ), а фактически используется ЦКП. 30.11.2016 г. вышел приказ № 704-О «Об аудиторном фонде», который отменил действие приказа № 57-О от 10.02.2015, однако при проведении внутреннего аудита в текущем учебном году приказ, подтверждающий принадлежность данной лаборатории ЦКП, представлен не был. В положении о подразделении ЦПК данная лаборатория не числится. Поэтому однозначно определить название и принадлежность данной лаборатории в ходе аудита не удалось. Планирование учебной деятельности лаборатории носит ситуативный характер: учебные занятия проводятся при поступлении заявок от кафедр университета.

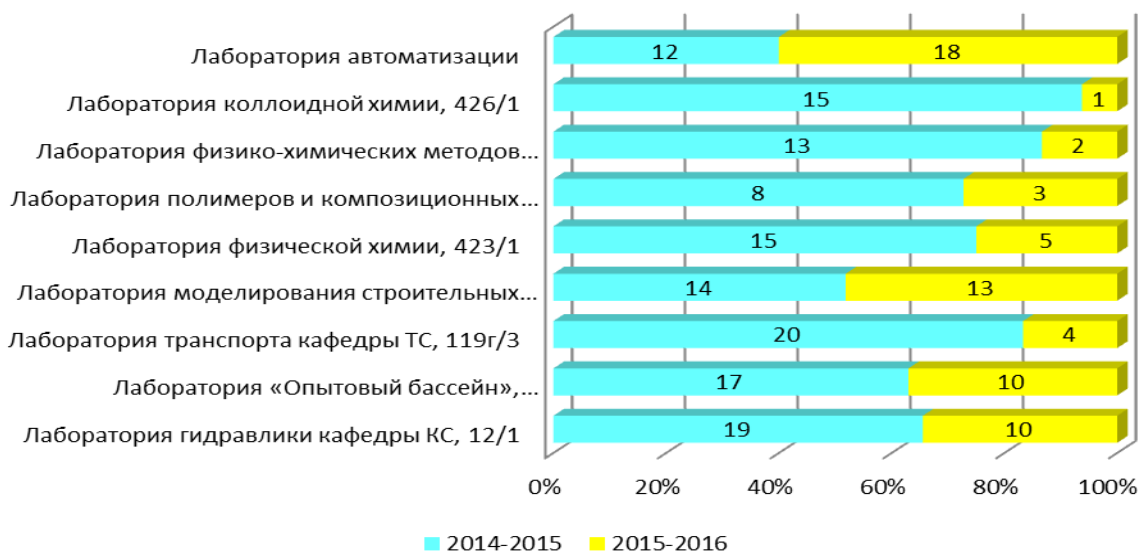


Рисунок 11.2 – Сравнительный по годовому анализу деятельности лабораторий

Результаты проверок по направлениям деятельности лабораторий представлены на рисунках 11.4 – 11.9. Максимально возможное количество баллов по областям проверки 54:

- планирование – 21 балл;
- требования к документации – 6 баллов;
- ответственность руководства и постоянное улучшение – 6 баллов;
- связь с обществом – 6 баллов;
- управление несоответствиями – 3 балла;
- образовательный процесс (деятельность лабораторий) – 12 баллов.



Рисунок 11.3 – Общее количество несоответствий областям проверки среди лабораторий



В разделе «Планирование» проверялось:


- установлены годовые цели. Цели актуальны, имеют измеримые характеристики и критерии оценки, конкретизированы во времени;
- наличие планов-отчетов в подразделении. Планы согласованы между собой (годовые, индивидуальные и т.п.). Планы охватывают все направления деятельности подразделения;
- планы-отчеты соответствуют установленным целям и показателям деятельности подразделения, указанным в ПП и регламенте процесса;
- плановые значения установлены на основе динамики показателей за прошлые года;
- планы за предыдущий период реализованы. Разработаны и внедряются методы по достижению целей и задач, не реализованных в отчетном периоде. Проставлены отметки о выполнении, содержащие подтверждающие факты;
- определяются требуемые ресурсы для обеспечения деятельности. Планируются и выполняются действия, ориентированные на обеспечение деятельности необходимыми ресурсами;
- планируется и осуществляется обучение и повышение квалификации всех сотрудников. Направления повышения квалификации соответствует целям развития подразделения и университета.



Рисунок 11.4 - Планирование

В разделе «Требование к документации» проверялось:

- наличие документации по СМК в подразделении (если есть бумажные варианты). Ведется журнал ознакомления сотрудников;

	Система менеджмента качества Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений (деканатов, кафедр, лабораторий) 2015-2016 учебный год	с. 27 из 38
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

– наличие в подразделениях перечня записей и документов (папка с бланками). Документы, содержащие записи подписаны и датированы, исключена порча и утеря записей.



Рисунок 11.5 – Требования к документации

В разделе «Ответственность руководства и постоянное улучшение» проверялось:

- проведен анализ достигнутых целей за прошлые года (3 года);
- сотрудники подразделения ознакомлены с политикой в области качества университета, о чем имеются соответствующие записи. На основе политики в области качества университета разработана политика подразделения. Политика согласована с целевыми показателями и критериями подразделения и утверждена руководителем подразделения.

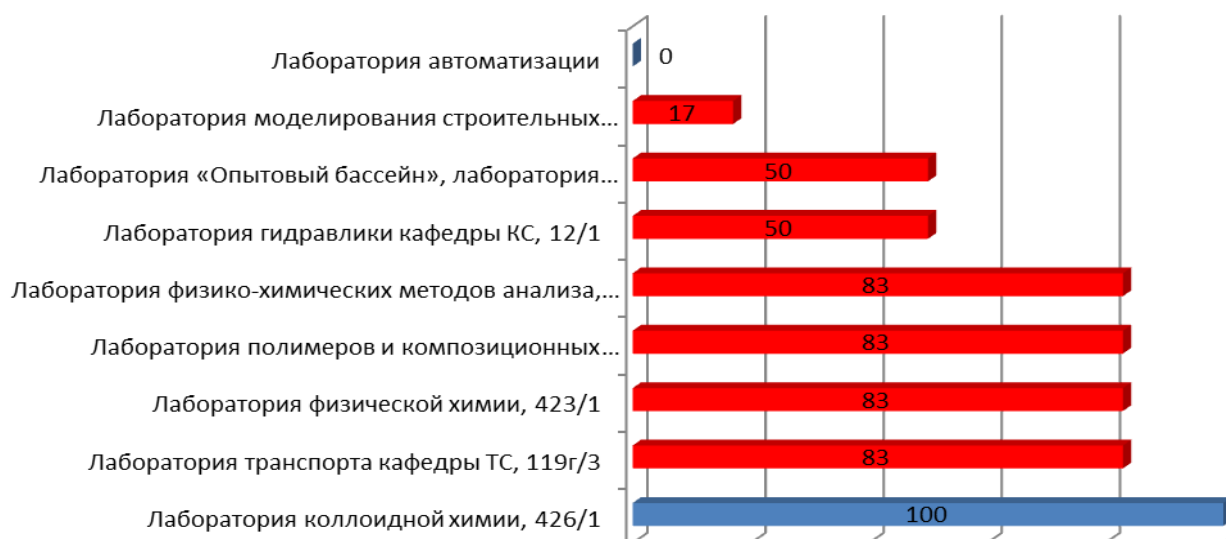


Рисунок 11.6 – Ответственность руководства и постоянное улучшение



В разделе «Связь с обществом» проверялось:

- на сайте университета представлена полная и объективная информация о подразделениях. Представлены внутренние нормативные документы, регламентирующие соответствующие виды деятельности. Информация регулярно актуализируется;
- наличие информации о связях с внешними организациями (публикации в СМИ, отзывы работодателей и выпускников и т.д.).



Рисунок 11.7 – Связь с обществом

В разделе «Управление несоответствиями» проверялось:

- несоответствия, выявленные по результатам внутреннего и внешнего аудитов исправлены, корректирующие и предупреждающие действия выполнены в полной мере.



Рисунок 11.8 – Управление несоответствиями



В разделе «Образовательный процесс» проверялось:

- наличие в актуальном состоянии паспорта лаборатории (с указанием перечня оборудования), наличие информации о лаборатории в ПП кафедры/факультета (института), наличие ДИ сотрудников лаборатории (с дополнением по охране труда, ознакомлением сотрудников), паспортов на оборудование, контрольных листов ознакомления студентов по технике безопасности;
- наличие предупреждающих знаков на оборудовании, инструкций по работе с оборудованием;
- содержание оборудования в рабочем состоянии. Создание производственной среды, необходимой для функционирования лаборатории;
- наличие списка дисциплин, закрепленных за лабораторией. Наличие списка лабораторных работ, закрепленных за лабораторией. Обеспеченность лаборатории методическими материалами для проведения закрепленных лабораторных работ, их актуальность.

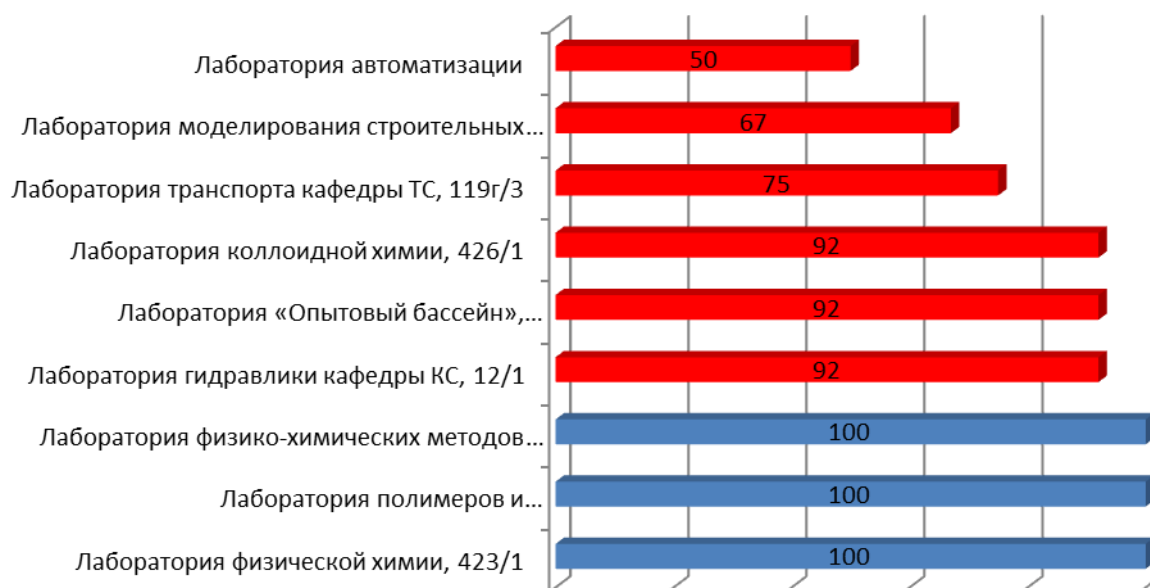


Рисунок 11.9 – Образовательный процесс

Количество выявленных при проверках несоответствий требованиям стандарта ISO 9001-2011 представлено на рисунке 11.9. Наименование пунктов стандарта представлено в приложении Г.

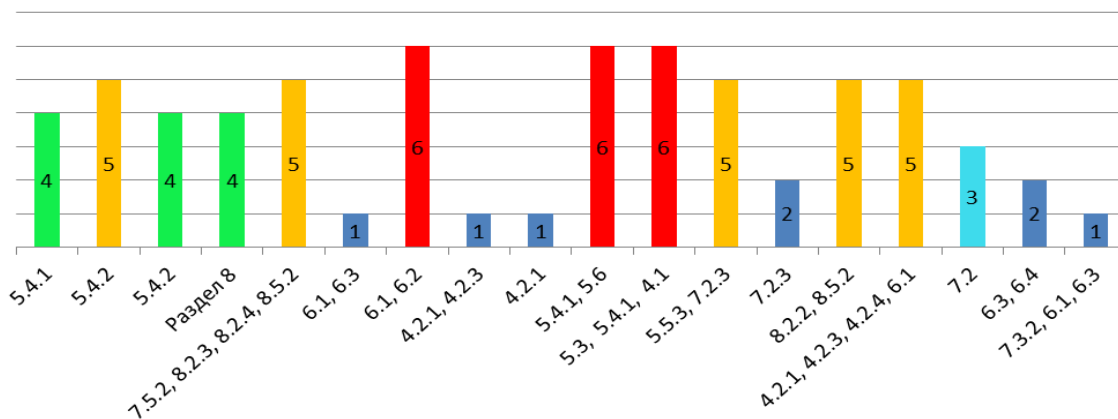


Рисунок 11.10 - Количество несоответствий по пунктам стандарта
ГОСТ ISO 9001-2011

Основные несоответствия:

- отсутствие плана, включающего показатели деятельности лаборатории;
- отсутствие плана повышения квалификации сотрудников;
- отсутствие записи об ознакомлении с Политикой в области качества университета, не разработана собственная Политика в области качества подразделения;
- отсутствие актуальной информации или не в полном объеме о подразделении на внутреннем сайте университета;
- отсутствие паспорта лаборатории;
- несоответствия не устранены, либо устранены, но не в полной мере.

12 Предоставление отчета о корректирующих мероприятиях

По результатам внутреннего аудита корректирующие мероприятия фиксируются в плане-отчете. Отчет о выполнении корректирующих мероприятий составляется руководителем и уполномоченным по качеству структурного подразделения, а затем предоставляется в отдел менеджмента качества. Данные о предоставлении отчета о корректирующих мероприятиях на 15.01.2015.

Таблица 5 – Данные о предоставлении отчета о корректирующих мероприятиях

Подразделения	Срок предоставления отчета о корректирующих действиях согласно плану-отчету внутреннего аудита	Фактический срок предоставления отчета о корректирующих действиях
Лаборатория физико-химических методов анализа, ФЭХТ	Декабрь 2015-февраль 2016	28.12.2015



Подразделения	Срок предоставления отчета о корректирующих действиях согласно плану-отчету внутреннего аудита	Фактический срок предоставления отчета о корректирующих действиях
Лаборатория физической химии, ФЭХТ	Декабрь 2015-февраль 2016	28.12.2015
Лаборатория полимеров и композиционных материалов, ФЭХТ	Декабрь 2015-февраль 2016	28.12.2015
Лаборатория коллоидной химии, ФЭХТ	Декабрь 2015-февраль 2016	28.12.2015

13 Рекомендации по улучшению деятельности лабораторий

Перечень рекомендаций по улучшению деятельности лабораторий:

1 Руководителям подразделений необходимо:

- внести в план-отчет показатели деятельности лабораторий;
- планировать план повышения квалификации сотрудников;
- разработать Политику в области качества подразделения и ознакомить с ней сотрудников подразделения.

2 Ответственным за информацию на сайте университета своевременно обновлять информацию и вносить изменения.

3 Разработать паспорт лаборатории согласно РИ 6.3-5 Положение об учебной лаборатории ФГБОУ ВПО «КнАГТУ».

4 Нанести предупреждающие надписи на места хранения химикатов при содействии службы охраны труда университета.

5 Уделить больше внимания ведению необходимых записей.

6 Уполномоченным по качеству СМК разработать план корректирующих и предупредительных мероприятий по совершенствованию СМК в подразделении согласно СТО 5.5.1 «Права и обязанности уполномоченного по качеству ФГБОУ ВПО «КнАГТУ».

7 Документально закрепить лабораторию автоматизации 19/1 за головным подразделением (ЦКП). Руководителю подразделения уделить больше внимания планированию деятельности, разработке документации данной лаборатории, а также устранить совместно с уполномоченным по качеству СМК все выявленные в ходе проверки несоответствия.

Положительный опыт аудита лабораторий: следует отметить доброжелательную атмосферу в ходе проведения аудита, положительную динамику лабораторий. В целом со стороны заведующих лабораториями было проявлено понимание и оказана максимальная поддержка в проведении внутреннего аудита СМК.



14 Термины, определения и сокращения

14.1 Термины и определения

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

Аудитор – лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита.

Внутренний аудит - аудит, проводимый самой организацией.

Выводы (наблюдения) аудита – результаты оценки собранных свидетельств аудита на соответствие критериям аудита.

Группа по аудиту (проверке) – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими средствами.

Запись - документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности.

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

Менеджмент качества — скоординированная деятельность, нацеленная на то, чтобы направлять организацию и управлять ею применительно к качеству.

Несоответствие - невыполнение требования.

Область аудита – содержание и границы аудита.

План аудита – описание деятельности и мероприятий по проведению аудита.

Процесс — совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, которые преобразуют «входы» в «выходы».

14.2 Сокращения

ГОСТ ISO 9001-2011 - стандарт, устанавливающий требования к системе менеджмента качества (СМК)

ИКП МТО – институт компьютерного проектирования машиностроительных технологий и оборудования

ИНИТ – институт новых информационных технологий

ЭТФ – Электротехнический факультет

ФЭТМТ – факультет энергетики, транспорта и морских технологий

ССФ – самолетостроительный факультет

ФКС - Факультет кадастра и строительства

ФКТ – факультет компьютерных технологий

ФЭХТ – факультет экологии и химической технологии

ФЭМ - факультет экономики и менеджмента

ФГУиП – факультет государственного управления и права

ГФ – Гуманитарный факультет

МиМ – машиностроение и металлургия



Система менеджмента качества

Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений
(деканатов, кафедр, лабораторий)
2015-2016 учебный год

с. 33 из 38

ИА – история и архивоведение
ИЯ – иностранные языки
ФК – философия и культурология
ГМП – государственное и муниципальное право
САПР – системы автоматизированного проектирования
МАКП – механика и анализ конструкций и процессов.
ТС - технология машиностроения
КС – кораблестроение
ДАС – дизайн архитектурной среды
СиА – строительство и архитектура
МОП ЭВМ – математическое обеспечение и применение ЭВМ
ПМИ - прикладная математика и информатика
ИЭФ – инженерно-экономический факультет
ФЭТ – факультет экономики и технологий
ЭТ – экономическая теория
ОМК – отдел менеджмента качества
ПП – положение подразделения
ДИ – должностная инструкция
СОТ – служба охраны труда

Отчет составили:

ведущий инженер **ОМК**

Н.П. Костюшова



Система менеджмента качества

Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений
(деканатов, кафедр, лабораторий)
2015-2016 учебный год

с. 34 из 38

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(справочное)

Результаты внутреннего аудита деканатов
Период проведения аудита ноябрь-декабрь
2015-2016 учебный год

Подразделения	Максимальный балл, 60	% выполнения
		100,00
ИКП МТО	60	100
ИЭФ	60	100
ФЭТ	60	100
ЭТФ	60	100
ФЭТМТ	60	100
ФКС	60	100
ГФ	60	100
ФГУиП	59	98
ССФ	58	97
ФЭХТ	57	95
ФКТ	56	93
ФЭМ	56	93



Система менеджмента качества

Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений
(деканатов, кафедр, лабораторий)
2015-2016 учебный год

с. 35 из 38

ПРИЛОЖЕНИЕ Б
(справочное)

Результаты внутреннего аудита кафедр
Период проведения аудита ноябрь-декабрь
2015-2016 учебный год

Подразделения	Максимальный балл, 84	% выполнения
		100,00
Кафедра МОП ЭВМ	84	100
Кафедра ФК	83	99
Кафедра ИА	83	99
Кафедра ИЯ	82	98
Кафедра ПМИ	82	98
Кафедра ЭТ	80	95
Кафедра МиМ	80	95
Кафедра ДАС	78	93
Кафедра САПР	70	83
Кафедра МАКП	69	82



ПРИЛОЖЕНИЕ В
(справочное)

Результаты внутреннего аудита лабораторий
Период проведения аудита ноябрь-декабрь
2015-2016 учебный год

Подразделения	Максимальный балл	% выполнения
	54	100,00
Лаборатория коллоидной химии, ФЭХТ	53	98
Лаборатория физико-химических методов анализа, ФЭХТ	52	96
Лаборатория полимеров и композиционных материалов, ФЭХТ	51	94
Лаборатория физической химии, ФЭХТ	49	91
Лаборатория транспорта каф. КС, ФЭТМТ	45	83
Лаборатория гидравлики каф.КС, ФЭТМТ	41	76
Лаборатория «Опытной бассейн», лаборатория «Технология судостроения» каф. КС, ФЭТМТ	41	76
Лаборатория моделирования строительных конструкций каф. СиА, ФКС	23	43
Лаборатория автоматизации 19/1, ЦКП	8	15



ПРИЛОЖЕНИЕ Г
(справочное)

Наименование разделов ГОСТ ISO 9001-2011

Номер раздела	Наименование раздела
4	Система менеджмента качества
4.1	Общие требования
4.2	Требования к документации
4.2.1	Общие положения
4.2.2	Руководство по качеству
4.2.3	Управление документацией
4.2.4	Управление записями
5	Ответственность руководства
5.1	Обязательства руководства
5.2	Ориентация на потребителя
5.3	Политика в области качества
5.4	Планирование
5.4.1	Цели в области качества
5.4.2	Планирование создания, поддержания и улучшения системы менеджмента качества
5.5	Ответственность, полномочия и обмен информацией
5.5.1	Ответственность и полномочия
5.5.2	Представитель руководства
5.5.3	Внутренний обмен информацией
5.6	Анализ со стороны руководства
5.6.1	Общие положения
5.6.2	Входные данные для анализа
5.6.3	Выходные данные анализа
6	Менеджмент ресурсов
6.1	Обеспечение ресурсами
6.2	Человеческие ресурсы
6.2.1	Общие положения
6.2.2	Компетентность, подготовка и осведомленность
6.3	Инфраструктура
6.4	Производственная среда
7	Процессы жизненного цикла продукции
7.1	Планирование процессов жизненного цикла продукции
7.2	Процессы, связанные с потребителем
7.2.1	Определение требований, относящихся к продукции

**Система менеджмента качества**Отчет по результатам внутреннего аудита учебных подразделений
(деканатов, кафедр, лабораторий)
2015-2016 учебный год

с. 38 из 38

Номер раздела	Наименование раздела
7.2.2	Анализ требований, относящихся к продукции
7.2.3	Связь с потребителями
7.3	Проектирование и разработка
7.3.1	Планирование проектирования и разработки
7.3.2	Входные данные для проектирования и разработки
7.3.3	Выходные данные проектирования и разработки
7.3.4	Анализ проекта и разработки
7.3.5	Верификация проекта и разработки
7.3.6	Валидация проекта и разработки
7.3.7	Управление изменениями проекта и разработки
7.4	Закупки
7.4.1	Процесс закупок
7.4.2	Информация по закупкам
7.4.3	Верификация закупленной продукции
7.5	Производство и обслуживание
7.5.1	Управление производством и обслуживанием
7.5.2	Валидация процессов производства и обслуживания
7.5.3	Идентификация и прослеживаемость
7.5.4	Собственность потребителей
7.5.5	Сохранение соответствия продукции
7.6	Управление оборудованием для мониторинга и измерений
8	Измерение, анализ и улучшение
8.1	Общие положения
8.2	Мониторинг и измерение
8.2.1	Удовлетворенность потребителей
8.2.2	Внутренние аудиты (проверки)
8.2.3	Мониторинг и измерение процессов
8.2.4	Мониторинг и измерение продукции
8.3	Управление несоответствующей продукцией
8.4	Анализ данных
8.5	Улучшение
8.5.1	Постоянное улучшение
8.5.2	Корректирующие действия
8.5.3	Предупреждающие действия