



*Автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования
Тюменской области
«Тюменский медицинский колледж»*

УТВЕРЖДАЮ

Директор колледжа П.Н. Жвавый

« 01 » сентября 20 10 г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА *(форма 5.6/02)*

ОТЧЕТ **ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РУКОВОДСТВА** **ПО КАЧЕСТВУ № 01-10** *(за 2009-2010 уч. год)*

Тюмень – 2010



ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель настоящего отчета – обобщение и систематизация информации, связанной с функционированием СМК в Тюменском медицинском колледже.

Данный отчет содержит анализ функционирования системы менеджмента качества (далее – СМК) за 2009-2010 учебный год, а также предложения по ее улучшению.

Отчет может быть использован всеми заинтересованными лицами для улучшения процессов и видов деятельности в колледже.

В 2009 году компанией Bureau Veritas Certification система менеджмента качества в Тюменском медицинском колледже проверена и признана соответствующей требованиям международного стандарта ISO 9001:2008, что подтверждается сертификатом соответствия RU 227588 от 09 декабря 2009 года.

Ведущим аудитором Bureau Veritas Certification были сделаны некоторые замечания и даны направления для улучшения СМК.

Замечания:

1. Уточнить цели в области качества на всех уровнях в части их измеримости.
2. Уточнить информацию, рассматриваемую при анализе со стороны руководства и планирования деятельности по результатам этого анализа.
3. Уточнить методы мониторинга и критериев, обеспечивающих результативное выполнение процессов и управление ими.
4. Уточнить механизм планирования внутренних аудитов с учетом статуса и важности проверяемых процессов и областей, а также результатов предыдущих аудитов.

Возможные направления для улучшения:

1. Совершенствование процедуры анализа СМК со стороны руководства в направлении ее интеграции с аналогичными процедурами стратегического менеджмента компании.
2. Совершенствование процедуры анализа причин несоответствий для принятия корректирующих действий.
3. Улучшение структуры записей по результатам коррекции и корректирующих действий, в том числе и по фактам не достижения запланированных результатов процессов СМК. Улучшение анализа результативности предпринятых корректирующих действий.
4. Дальнейшее развитие целенаправленного управления предупреждающими действиями.



5. Совершенствование процедуры мониторинга и анализа результативности процессов их владельцами (тип, объем, периодичность и др.).
6. Большая конкретизация критериев внутреннего аудита.
7. Повышение общей осведомленности персонала в рамках функционирования СМК.

1. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РУКОВОДСТВА ПО КАЧЕСТВУ

В связи с кадровыми перестановками, на должность заместителя директора по стратегическому развитию, являющегося представителем руководства по качеству, с 01.03.2010 г. назначена Масленникова О.Б. (основание: Приказ № 29 л/с от 22.03.2010 г).

2. РЕАЛИЗАЦИЯ ЦЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

2.1 Цели в области качества сформулированы в Руководстве по качеству РК-09 раздел 1 (п.1.1).

2.2 Для устранения замечаний внешнего аудитора (см. выше), по каждому процессу владельцами процессов были разработаны целевые показатели, измеряемые в цифровых значениях. Цели фиксируются в информационной карте процесса, а также в Годовом плане работы Тюменского медицинского колледжа. В конце учебного года владельцы процессов проводят оценку достижения запланированных результатов, анализируют причины не достижения и разрабатывают корректирующие и предупреждающие действия. Анализ отражается в годовом отчете владельца процесса. Представитель руководства по качеству и высшее руководство колледжа оценивают эффективность предпринятых мер.

2.3 В таблице 1 отражено сравнение запланированных на 2009-2010 учебный год показателей и фактически достигнутых.

Как видно из таблицы, большинство целевых показателей было достигнуто. Однако ведущий показатель – качественная успеваемость обучающихся – остается на более низком уровне, чем целевое значение. Основная причина низкой успеваемости – это пропуски без уважительной причины, показатель которых также не снижается. Предложения в разделе 8.



Таблица 1

**Сравнительная таблица оценки достижения целей,
поставленных на 2009-2010 уч. год**

№ п/п	Наименование показателя	Ед. измерения	Целевое значение показателя	Фактическое достижение
1.	Обеспечение выполнения контрольных цифр приема	%	100	100
2.	Сохранение контингента обучающихся	%	92	95
3.	Заключение целевых договоров с руководителями лечебных и фармацевтических учреждений	шт	10	10
4. Общая успеваемость				
4.1.	Общая успеваемость очной формы	%	100	93,5
4.2.	Общая успеваемость очно-заочной формы	%	100	97,7
4.3.	Общая успеваемость по ИГА	%	100	100
5. Качественная успеваемость				
5.1.	Качественная успеваемость очной формы	%	не ниже 60	43,7
5.2.	Качественная успеваемость очно-заочной формы	%	не ниже 60	54
5.3.	Качественная успеваемость по ИГА	%	не ниже 70	78
6. Средний балл				
6.1.	Средний балл очной формы	отметка	4,0	4,0
6.2.	Средний балл очно-заочной формы	отметка	4,0	4,1
6.3.	Средний балл по ИГА	отметка	4,0	4,2
7. Общее количество пропусков				
7.1.	Общее количество пропусков очной формы	час	снижение по сравнению с прошлым уч. годом	2294
7.2.	Общее количество пропусков очно-заочной формы	час	снижение по сравнению с прошлым уч. годом	506
8. Количество пропусков на 1 студента				
8.1.	Количество пропусков на 1 студента очной формы	час	снижение по сравнению с прошлым уч. годом	47,7
8.2.	Количество пропусков на 1 студента очно-заочной формы	час	снижение по сравнению с прошлым уч. годом	2,7
9. Число неуспевающих студентов				
9.1.	Число неуспевающих студентов очной формы	человек (%)	не более 5%	35 (5%)
9.2.	Число неуспевающих студентов очно-заочной формы	человек (%)	не более 5%	2 (0,5%)
10. Число студентов, обучающихся на «4» и «5»				
10.1.	Число студентов, обучающихся на «4» и «5» очной формы	%	не ниже 30%	50%
10.2.	Число студентов, обучающихся на «4» и «5» очно-заочной формы	%	не ниже 30%	70%
11.	Общая успеваемость по всем видам производственной практики	%	100	100



12. Практика ПППН				
12.1	Качественная успеваемость по ПППН	%	80	80
12.2	Средний балл по ПППН	отметка	3,8	3,8
13. Практика по профилю специальности				
13.1	Качественная успеваемость по ППС	%	85	85
13.2	Средний балл по ППС	отметка	4,0	4,0
14. Стажировка				
14.1	Качественная успеваемость по стажировке	%	90	90
14.2	Средний балл по стажировке	отметка	4,3	4,3
15.	Охват студентов научно-исследовательской работой	%	40	40
16.	Доля студентов, занимающихся в спортивных секциях	%	20	20
17.	Доля студентов, посещающих кружки по интересам	%	5	5
18.	Кол-во экземпляров основной учебной литературы в фонде библиотеки на 1 студента	учебник	0,9	0,9
19.	Количество компьютеров из расчета 6 шт на 100 обучающихся	шт	5,5	5,5
20.	Издательская деятельность (N=0,25 листа на 1 преподавателя)	лист	17,4	26,6 (0,38 листа на 1 пр-ля)
21.	Доля выпускников, трудоустроенных после окончания обучения	%	80	81
22.	Уровень удовлетворенности выпускников	%	70	75
23.	Уровень удовлетворенности руководителей ЛПУ	%	75	80
24.	Доля преподавателей прошедших обучение на курсах повышения квалификации	%	15	52
25.	Материально-техническое оснащение учебных аудиторий	%	90	90

3. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ АУДИТОВ

3.1 За прошедший год в колледже проведено два вида аудитов:

- внутренние;
- внешние (со стороны органа по сертификации).

3.2 Внешний аудит.

Был проведен ведущим аудитором органа по сертификации Bureau Veritas Certification Таран Людмилой Васильевной. Все отклонения были устранены сотрудниками колледжа в процессе аудита, что позволило исключить их из итогового отчета. Замечания, которые были даны аудитором, устранены путем внесения изменений в документацию СМК и в работу владельцев процессов.



3.3 Внутренний аудит.

Разработанная и утвержденная директором колледжа 08.09.2009 г. «Программа внутренних аудитов на 2009/2010 учебный год» выполнена полностью. Аудиты всех процессов проведены в указанные сроки ведущим внутренним аудитором Масленниковой О.Б. Цели аудита:

- определение степени соответствия СМК проверяемого подразделения/процесса критериям аудита;
- подтверждение соответствия требованиям стандарта на систему менеджмента качества.

3.4 Для устранения замечаний внешнего аудитора (см. выше), были внесены изменения в СТО СМК 8.2.2-09 «Внутренние аудиты». Планирование внутренних аудитов строится на процессном подходе, т.е. объектом проверки является процесс (осуществление и результативность). При определении кратности плановых внутренних аудитов учитывается статус и важность процессов и подразделений, подлежащих проверке, а также результаты предыдущих аудитов, наличие претензий. Также кратность определяется с учетом степени влияния процесса на качество конечного продукта – выпускника.

3.5 По каждой аудиторской проверке подготовлен отчет. Владельцы процессов получили копии отчетов, на основании которых были реализованы корректирующие и предупреждающие действия.

В течение 2009-2010 учебного года в процессе аудитов были выявлены следующие несоответствия (Таблица 2).

3.6 Таким образом, было выявлено 17 несоответствий и 4 отклонения. По каждому несоответствию и отклонению назначены меры коррекции, корректирующие действия. Из них: выполнено - 18; находится на стадии выполнения - 3.

Все остальные требования международного стандарта ИСО 9001:2008 и внутренние требования, установленные Руководством по качеству, реализованы в полном объеме.



Таблица 2

**Виды несоответствий, выявленных по процессам СМК
в течение 2009-2010 учебного года**

№ п/п	Наименование процесса	Выявленное несоответствие/отклонение	Предложенные меры коррекции/КД	Сведения о выполнении
1.	Маркетинг	1) Несоответствия в формировании документов в номенклатуре дел	Сформировать пакеты документов в соответствии с номенклатурой дел отдела	выполнено
		2) Отсутствие «Концепции профориентационной работы»	Разработать концепцию	выполнено
		3) Отсутствие выписки из ГОСов по специальностям: разделы «Общая характеристика специальности» и «Требования к уровню подготовки выпускников по специальности»	Включить данные документы в работу отдела	выполнено
2.	Формирование контингента обучающихся	1) Отсутствие описи в папке с нормативными документами	Оформить опись документов	выполнено
3.	Проектирование, усовершенствование и реализация ОПОП	1) Отсутствие некоторых рабочих программ по учебным дисциплинам	Разработать рабочие программы по дисциплинам	выполнено частично (93%) <i>работа по разработке ведется постоянно</i>
		2) Нарушения требований нормативной документации в оформлении зачетных книжек и журналов учебных занятий	Оформить зачетные книжки в соответствии с требованиями. Разработать и внедрить в работу «Положение о порядке ведения журналов учебных занятий».	выполнено



4.	Проектирование, усовершенствование и реализация программ ПО	1) Нарушение требований СТО СМК 2.4.2-09 «Управление документами» в оформлении документов отдела	Исправить нарушения в соответствии с требованиями СТО СМК 2.4.2-09 «Управление документами»	выполнено
		2) Отзывы от ЛПУ оформлены не на бланках организации	Принимать отзывы от ЛПУ на фирменных бланках организации с реквизитами	выполнено
		3) Не проведен анализ срезов практических навыков	Провести анализ срезов знаний	выполнено
5.	Проектирование, усовершенствование и реализация программ ДПО	1) Не разработано «Положение о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста»	Разработать, утвердить и внедрить в работу ОПКиП «Положение о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста»	выполнено
6.	Методическая деятельность	Не выявлено		
7.	Воспитательный процесс	1) Отсутствует «Положение об отделе по воспитательной работе» (нарушение требований СТО СМК 2.4.2-09 «Управление документами»)	Разработать и внедрить в работу «Положение об отделе по воспитательной работе»	выполнено
		2) Нарушения в оформлении протоколов заседания Совета классных руководителей	Разработать и внедрить в работу ДП СМК «Правила составления и оформления протоколов заседаний коллегиальных органов ТМК»	выполнено
		3) Отсутствуют протоколы контроля посещения классных часов	Пересмотреть ИК воспитательного процесса, дополнив ее требованием ведения протоколов контроля классных часов. Разработать и внедрить форму протокола	выполнено



8.	Управление несоответствующей продукцией			
8.1.	<i>Отдел по учебной работе</i>	1) Низкие показатели качественной успеваемости из-за пропусков по неважной причине	Разработать и внедрить в работу «Положение о внутреннем учебном распорядке для обучающихся Тюменского медицинского колледжа». Внести изменения в СТО СМК 8.3 – 09 «Управление несоответствующей продукцией»	выполнено
		2) Нарушения в оформлении протоколов собраний на отделении, курсовых собраний, родительских собраний, малых педагогических советов	Привести оформление протоколов в соответствии с требованиями ДП СМК 4.2.01-10 «Правила составления и оформления протоколов заседаний коллегиальных органов Тюменского медицинского колледжа»	выполнено
		3) Не выполнение в полном объеме требований положения «Порядок ведения журналов учебных занятий»	Ужесточить контроль за качеством и своевременностью ведения журналов со стороны зам. директора по УР, по ПО, зав. учебной частью, заведующими отделениями. Рассмотреть возможность применения дисциплинарных взысканий за систематическое нарушение требований положения «Порядок ведения журналов учебных занятий»	выполнено



АОУ СПО ТО «Тюменский медицинский колледж»
Система менеджмента качества
Отчет представителя руководства по качеству № 01-10

Стр. 10

8.2.	Отдел практического обучения	Не выявлено		
8.3.	ОПКиП	Не выявлено		
8.4.	Административно-хозяйственная часть	Не выявлено		
9.	Управление закупками	Не выявлено		
10.	Управление инфраструктурой	1) Не осуществляется предрейсовый осмотр водителей	Направить фельдшера здравпункта Рахманову Г. Л. на ближайший цикл ПК по проведению предрейсовых осмотров водителей транспортных средств. Обеспечить здравпункт колледжа необходимым оборудованием для проведения освидетельствования. Оформить документацию в соответствии с предъявляемыми требованиями.	выполнено
11.	Управление образовательной средой	1) Положение и инструкции по охране труда и противопожарной безопасности требуют пересмотра	К началу нового 2010-2011 учебного года инженеру по ОТ, ТБ и ПБ разработать и внедрить в работу необходимые положения и инструкции по ОТ, ТБ и ПБ	в плане к 01.10.2010
12.	Управление персоналом	1) Отсутствует металлический шкаф, запирающийся на ключ, для хранения личных дел	Рассмотреть вопрос приобретения	в плане по закупкам
		2) В некоторых документах отсутствуют подписи сотрудников	Обратить внимание на наличие подписей сотрудников в документах (приказах и пр.)	выполнено
13.	Информационное и библиотечное обслуживание	Не выявлено		
14.	Оценка удовлетворенности потребителей	Не выявлено		



15.	Распределение полномочий и ответственности	1) Должностная инструкция преподавателя не пересмотрена в соответствии с действующей нормативной документацией	Пересмотреть ДИ, согласовать содержание с председателем профсоюзного комитета и старшим инспектором отдела кадров. Довести положения должностной инструкции до сведения педагогов колледжа под подпись	выполнено
16.	Планирование	Не выявлено		

4. Удовлетворенность потребителей

4.1 В соответствии с принципами менеджмента качества наш колледж ориентирован на требования и ожидания потребителей и заинтересованных сторон. Потребители образовательных услуг – это, прежде всего, обучающиеся по всем формам и направлениям подготовки, а также работодатели в лице руководителей лечебно-профилактических и фармацевтических учреждений. Заинтересованные стороны в колледже представлены органами управления здравоохранением Тюменской области и г.Тюмени, а также родителями и членами семей студентов.

4.2 В течение учебного года от внутренних и внешних потребителей не поступило ни одной жалобы и/или рекламации.

4.3 Проведена оценка удовлетворенности внутренних и внешних потребителей предоставляемыми образовательными услугами и продукции в соответствии с п. 8.2.1 Руководства по качеству.

Анализ анкет показал, что уровень удовлетворенности составляет:

- студентов организацией практического обучения – от 89% до 100%;
- выпускников качеством образовательных услуг – 82,2%;
- слушателей, проходящих обучение на циклах повышения квалификации, качеством образовательных услуг – 100%;
- абитуриентов работой приемной комиссии – 98,4%;
- преподавателей организацией учебной, воспитательной работы и практического обучения - от 88,5% до 90%; методической работы - 71,4%;
- работодателей качеством практической подготовки студентов – 100%;
- работодателей качеством подготовки выпускников – 80%.



5. ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ

5.1 Основой для проведения анализа функционирования процессов СМК являются:

- реализация целей в области качества;
- анализ критериев результативности процессов СМК.

Реализация целей в области качества проанализирована в разделе 2 данного отчета.

5.2 По итогам 2009-2010 учебного года проведена оценка функционирования процессов и их соответствия установленным требованиям (Таблица 3, Рис.1). Оценка осуществлялась в соответствии с процедурой п. 8.2.3 Руководства по качеству.

Таблица 3

Оценка функционирования процессов и их соответствия установленным требованиям

Название процесса	Критерии результативности процесса	Оценка критериев (a _i)	Коэффициент важности (X _i)
М 1. Процессы управленческой деятельности руководства			
М 1.1 Планирование	1. Информированность сотрудников (кол-во случаев незнания миссии, Политики и целей в области качества) 2. Количество невыполненных в срок приказов и распоряжений 3. Количество невыполненных в срок мероприятий «Годового плана работы Тюменского медицинского колледжа» 4. Наличие на рабочих местах документов СМК (случаи отсутствия на рабочем месте РК, СТО, ДИ, положений и пр.)	1,0	30 %
М 1.2 Распределение ответственности и полномочий		1,0	30 %
М 1.3 Анализ СМК со стороны руководства		0,8	20 %
		1,0	20 %
Численная оценка процесса $K = (1 \times 30) + (1 \times 30) + (0,8 \times 20) + (1 \times 20) = 96\%$			



М 2. Процессы измерения, анализа и улучшения			
М 2.1 Управление несоответствующей продукцией М 2.2 Внутренние аудиты М 2.3 Улучшение. Управление КД и ПД М 2.4 Оценка удовлетворенности потребителей М 2.5 Мониторинг, измерение и анализ процессов М 2.6 Мониторинг, измерение и анализ продукции	1. Уровень удовлетворенности внешних потребителей	1,0	15 %
	2. Уровень удовлетворенности внутренних потребителей	1,0	15 %
	3. Выполнение программы внутренних аудитов на год	1,0	20 %
	4. Количество не устраненных несоответствий после проведения корректирующих действий	1,0	20 %
	5. Качественная успеваемость по ИГА	0,8	15 %
	6. Средний балл по ИГА	0,8	15 %
Численная оценка процесса $K = (1 \times 15) + (1 \times 15) + (1 \times 20) + (1 \times 20) + (0,8 \times 15) + (0,8 \times 15) = 94\%$			
Б1. Процессы жизненного цикла продукции (основные)			
Б 1.1 Маркетинг Б 1.2 Формирование контингента Б 1.3 Проектирование, усовершенствование и реализация ОПОП Б 1.4 Проектирование, усовершенствование и реализация ППО Б 1.5 Проектирование, усовершенствование и реализация программ ДПО Б 1.6 Методическая деятельность Б 1.7 Воспитательный процесс	1. Количество повторяющихся несоответствий	0,8	20 %
	2. Количество обоснованных жалоб/рекламаций от внешних потребителей	1,0	20 %
	3. Сохранение контингента	1,0	15 %
	4. Качественная успеваемость по колледжу (текущая)	0,5	15 %
	5. Средний балл по колледжу (текущий)	0,8	15 %
	6. Трудоустройство выпускников	0,8	15 %
Численная оценка процесса $K = (0,8 \times 20) + (1 \times 20) + (1 \times 15) + (0,5 \times 15) + (0,8 \times 15) + (0,8 \times 15) = 82,5\%$			



В 1. Обеспечивающие процессы			
В 1.1 Управление документами В 1.2 Управление записями	1. Количество незарегистрированных и неактуальных документов СМК на рабочих местах	1,0	30 %
В 1.3 Управление персоналом В 1.4 Информационное и библиотечное обслуживание	2. Количество нарушений в введении установленных форм записей	0,8	40 %
В 1.5 Управление закупками В 1.6 Управление инфраструктурой В 1.7 Управление образовательной средой	3. Количество выполненных заявок на приобретение	0,5	30 %
Численная оценка процесса $K = (1 \times 30) + (0,8 \times 40) + (0,5 \times 30) = 77\%$			
Процесс		Результативность	Оценка
М 1. Процессы управленческой деятельности руководства		96%	«отлично»
М 2. Процессы измерения, анализа и улучшения		94%	«хорошо»
Б 1. Процессы жизненного цикла продукции (основные)		82,5%	«хорошо»
В 1. Обеспечивающие процессы		77%	«хорошо»

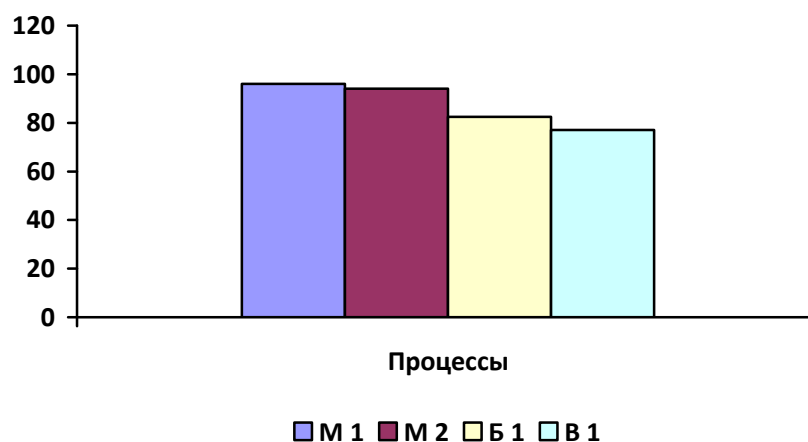


Рис. 1. Графическое изображение результативности процессов СМК



5.3 Процессы СМК функционируют в системе взаимосвязано, направлены на удовлетворение потребностей заказчиков и заинтересованных сторон.

5.4 По результатам оценки процессов в соответствии с установленными критериями функционирования СМК в общем функционирует на оценку «хорошо».

$$Q = (96\% + 94\% + 82,5\% + 77\%) / 4 = 87,4\%$$

5.5 Система на текущий момент соответствует установленным требованиям и действующей политике, и в целом является пригодной, адекватной и результативной. Но на данном этапе результативность СМК составляет **87,4 %**, что дает основание для дальнейшего ее развития. Есть определенный резерв с точки зрения возможных улучшений деятельности.

6. РЕАЛИЗАЦИЯ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ

6.1 Все корректирующие мероприятия по результатам деятельности выполнены в соответствии с требованиями стандарта и при проверке их качества реализации наблюдались адекватными выявленным несоответствиям и результативными.

6.2 Несоответствия были выявлены только в деятельности в рамках процессов. В самих услугах и продукции несоответствия не выявлены.

7. РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА ВНЕДРЕНИЯ СМК

7.1 План внедрения СМК выполнен в полном объеме и в установленный срок. СМК сертифицирована, результативна и соответствует требованиям МС ИСО 9001:2008. СМК развивается в соответствии с принципом постоянного улучшения.

7.2 Как отмечено в п.4.4 есть определенный резерв с точки зрения возможных улучшений деятельности. С моей стороны есть определенные предложения для дальнейшего поддержания и улучшения как процессов, так и самой системы в целом.

7.3 Предлагаю Миссию, Политику и цели в области качества признать актуальными до конца 2010-2011 учебного года.

8. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ СМК, ПРОЕКТ МЕРОПРИЯТИЙ

Для развития СМК предлагаю следующий комплекс мероприятий, реализация которых позволит улучшить функционирование СМК:

- в целях более объемного изучения потребностей, как существующих, так и потенциальных заказчиков проработать процедуру их анкетирования (опроса);



- в целях более объективной оценки удовлетворенности внутренних и внешних потребителей и поднятия планки качества процессов и самой СМК, оптимизировать процедуру обработки анкет;
- в целях повышения исполнительской дисциплины в колледже ужесточить контроль за исполнением Приказа директора колледжа от 30.06.2010г. №82 «Об укреплении исполнительской дисциплины»;
- учитывая несоответствие показателей качественной успеваемости и количества пропусков запланированному уровню, считаю необходимым в новом учебном году сосредоточить усилия всего персонала колледжа (педагогов, классных руководителей, заведующих отделениями и членов администрации) на решении данной проблемы;
- усилить контроль со стороны владельцев процессов и ПРК за соблюдением сроков и объемов, запланированных на учебный год, мероприятий в соответствии с Годовым планом работы Тюменского медицинского колледжа;
- владельцам процессов более активно осуществлять мониторинг и анализ состояния, результативность своего процесса, регистрируя предпринятые корректирующие и предупреждающие действия, и их результативность в соответствующих записях по процессу (протоколах, картах и т.д.);
- пересмотреть всю документацию по СМК (Руководство по качеству, Стандарты организации, информационные карты процессов) с целью коррекции и большей конкретизации;
- рассмотреть вопросы, требующие финансовых вложений: обучение фельдшера здравпункта «Проведение предрейсовых осмотров водителей транспортных средств»; приобретение металлического запирающегося шкафа для хранения личных дел в отделе кадров; приобретение компьютеров для библиотеки; приобретение стенда для отдела качества образовательных услуг;
- создать рейтинговую комиссию, разработать положение о рейтинговой комиссии, пересмотреть рейтинг преподавателей, классных руководителей и председателей ЦМК, определить кратность подведения итогов по рейтингу.