

**ДНПРОПЕТРОВСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ
(ДРІДУ НАДУ)**


“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Директор ДРІДУ НАДУ
_____ С.М.Серьогін
“ ___ ” _____ 2010 р.

СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

НАСТАНОВА ЩОДО ЯКОСТІ


Настанова

НСУЯ-01-10


	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 2
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

ЗМІСТ


Вступ	5
0.1 Мета	5
0.2 Сфера застосування	5
0.3 Управління Настановою щодо якості	6
1. Інформація про інститут	6
1.1. Загальні відомості про інститут	6
1.2. Загальна структура інституту	7
2. Нормативні посилання	8
3. Терміни та визначення понять. Скорочення	8
3.1. Терміни та визначення понять	8
3.2. Скорочення	9
4. Система управління якістю	10
4.1. Загальні вимоги	10
4.1.1. Основні цілі впровадження системи управління якістю	10
4.1.2. Відповідність дій із введення та функціонування системи управління якістю вимогам ДСТУ ISO 9001:2009	11
4.1.3. Побудова та функціонування системи управління якістю	12
4.2. Вимоги до документації	13
4.2.1. Загальні положення	13
4.2.2. Настанова щодо якості	14
4.2.3. Контроль документів	14
4.2.4. Контроль протоколів	16
5. Відповідальність керівництва	16
5.1. Зобов'язання керівництва	16
5.2. Орієнтація на замовника	16
5.3. Політика у сфері якості	17
5.4. Планування	17
5.4.1. Цілі у сфері якості	17
5.4.2. Планування системи управління якістю	17
5.5. Відповідальність, повноваження та інформування	18
5.5.1. Відповідальність і повноваження	18
5.5.2. Представник керівництва	19
5.5.3. Внутрішнє інформування	19
5.6. Критичне аналізування з боку керівництва	20
5.6.1. Загальні положення	20
5.6.2. Вхідні дані критичного аналізування	20
5.6.3. Результати критичного аналізування	20
6. Керування ресурсами	21
6.1. Забезпечення ресурсами	21
6.2. Людські ресурси	21

	документ системи управління якістю	НСУЯ-01-10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 3
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

6.2.1.	Загальні положення	21
6.2.2.	Компетентність, підготовленість і обізнаність	22
6.3.	Інфраструктура	22
6.3.1.	Будівлі, транспортні засоби	22
6.3.2.	Інформаційні ресурси	23
6.4.	Робоче середовище	23
7.	Надання послуг	24
7.1.	Планування надання послуг	24
7.2.	Процеси, що стосуються замовників	24
7.2.1.	Визначення вимог щодо надання послуг	24
7.2.2.	Критичне аналізування вимог щодо надання послуг	24
7.2.3.	Інформаційний зв'язок із замовниками	25
7.3.	Проектування та розробляння	25
7.3.1.	Планування проектування та розробляння	25
7.3.2.	Вхідні дані проектування та розробляння	26
7.3.3.	Вихідні дані проектування та розробляння	26
7.3.4.	Критичне аналізування проекту та розробки	27
7.3.5.	Перевіряння проекту та розробки	27
7.3.6.	Затвердження проекту та розробки	27
7.3.7.	Контроль змін у проекті та розробці	28
7.4.	Закупівля	28
7.4.1.	Процес закупівлі	28
7.4.2.	Інформація стосовно закупівлі	29
7.4.3.	Перевіряння закупленої продукції	29
7.5.	Виробництво та обслуговування	29
7.5.1.	Контроль виробництва та обслуговування	29
7.5.2.	Затвердження процесів виробництва та обслуговування	29
7.5.3.	Ідентифікація та простежуваність	30
7.5.4.	Власність замовника	30
7.5.5.	Збереження продукції	31
7.6.	Контроль засобів моніторингу та вимірювального устаткування	31
8.	Вимірювання, аналізування та поліпшування	31
8.1.	Загальні положення	31
8.2.	Моніторинг і вимірювання	32
8.2.1.	Задоволеність замовника	32
8.2.2.	Внутрішній аудит	32
8.2.3.	Моніторинг і вимірювання процесів	32
8.2.4.	Моніторинг і вимірювання послуг	33
8.3.	Контроль невідповідної послуги	33
8.4.	Аналізування даних	34
8.5.	Поліпшування	35
8.5.1.	Постійне поліпшування	35
8.5.2.	Коригувальні дії	35
8.5.3.	Запобіжні дії	35

	документ системи управління якістю	НСУЯ-01-10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 4
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

Додаток А	
Загальна структура інституту	37
Додаток Б	
Перелік процесів, охоплених системою управління якістю	38
Додаток В	
Схема взаємодії процесів системи управління якістю	41
Додаток Г	
Політика у сфері якості	42
Додаток Д	
Матриця розподілу відповідальності та повноважень	44
Погодження	47
Схвалення КР	47
Ознайомлення	48
Зміни	49

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 5
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

ВСТУП

0.1. Мета

Настанова щодо якості описує систему управління якістю Дніпропетровського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України (далі – інститут) розроблену та впроваджену для реалізації політики і досягнення цілей у сфері якості, покращення якості надання послуг та підвищення задоволеності замовників послуг.

Настанова зобов'язує співробітників структурних підрозділів інституту, що охоплені системою управління якістю, діяти відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 та внутрішніх документів системи управління якістю, розроблених на відповідність цим вимогам. Настанова посилається на методики, законодавчі та нормативно-правові документи для визначення структури документації системи управління якістю.

0.2. Сфера застосування


Настанова щодо якості є організаційно-методичним документом, призначеним для удосконалення загальної діяльності інституту і задоволення запитів зацікавлених сторін і замовників у послугах, якість яких відповідає вимогам чинного законодавства України.

Дія системи управління якістю, описаної в даній Настанові щодо якості, розповсюджується на послуги, що надаються інститутом відповідно до Статуту, Закону України “Про вищу освіту” та інших законодавчих і нормативно-правових актів з питань діяльності інституту:

- підготовка магістрів за спеціальностями “Державне управління”, “Публічне адміністрування” та “Управління проектами”;
- підготовка спеціалістів за спеціальністю “Менеджмент організацій”;
- підготовка бакалаврів за напрямом “Менеджмент”;
- підготовка науково-педагогічних і наукових кадрів вищої кваліфікації в галузі науки “Державне управління”;
- підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, посадових осіб місцевого самоврядування, їх кадрового резерву, керівників та працівників установ, організацій та підприємств різних форм власності;
- проведення фундаментальних та прикладних науково-дослідних робіт з проблем державного управління та місцевого самоврядування;
- випуск збірників наукових праць;
- рецензування авторефератів, дисертацій та науково-методичної літератури.

Ураховуючи сферу діяльності інституту, система управління якістю задовольняє усім вимогам ДСТУ ISO 9001:2009, за винятком вимог п. 7.5.5 “Збереження продукції”, п. 7.6 “Контроль засобів моніторингу та вимірювального устаткування”, оскільки ці види діяльності не входять до функцій інституту. Вищезазначене виключення не впливає на здатність інституту надавати послуги, які відповідають правовим й іншим регламентуючим вимогам, а також вимогам замовників.

З Настановою щодо якості можуть ознайомитися замовники послуг для підтвердження можливості інституту задовольняти їх вимоги, гарантування стабільної якості надання послуг, упевненості в тому, що вони мають справу з надійним партнером.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 6
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

0.3. Управління Настановою щодо якості

Відповідальність за розробку, актуалізацію, відповідність змісту Настанови щодо якості та політики у сфері якості, своєчасний їх перегляд несе сектор контролю та управління якістю відділу адміністративної роботи та управління якістю. Настанова щодо якості вводиться в дію з дати її затвердження директором інституту.

Настанова видається на паперовому носії та розміщується на внутрішньому веб-сайті інституту для загального доступу співробітників інституту. Невраховані примірники Настанови щодо якості не підлягають змінам і служать для інформаційних цілей. Використання в роботі неврахованих примірників забороняється.

Дана Настанова щодо якості є другою редакцією видання 2010 року. Номер редакції вказаний в колонтитулах на кожній сторінці, окрім титульного аркушу. Настанова щодо якості має порядкову нумерацію сторінок.

Збереження Настанови щодо якості здійснюється в порядку установленому для документів системи управління якістю (зазначено в п. 4.2.3). Оригінал Настанови щодо якості зберігається у секторі контролю та управління якістю відділу адміністративної роботи та управління якістю.

Настанова щодо якості діє безстроково, при необхідності її зміст та зміст документованих методик системи управління якістю переглядається та удосконалюється. Необхідність внесення змін до Настанови щодо якості визначається власниками процесів за погодженням із сектором контролю та управління якістю відділу адміністративної роботи та управління якістю. Внесення змін у враховані примірники Настанови щодо якості здійснюється у встановленому порядку (зазначено в п. 4.2.3). Перегляд і перевидання Настанови щодо якості здійснюється у випадках зміни:

- функцій інституту та його організаційної структури;
- вимог ДСТУ ISO 9001:2009 “Системи управління якістю. Вимоги”;
- процесів системи управління якістю та їх взаємозв’язків.

При перевиданні Настанови щодо якості в колонтитулах сторінок у графі “Редакція” проставляється черговий номер.

Сектор контролю та управління якістю відділу адміністративної роботи та управління якістю забезпечує оприлюднення Настанови щодо якості, а керівники структурних підрозділів забезпечують індивідуальне ознайомлення співробітників з її змістом у цілому або її окремих розділів.


1. Інформація про інститут

1.1. Загальні відомості про інститут

Загальні відомості про інститут наведені в таблиці 1.


Таблиця 1

№ з/п	Найменування відомостей	Короткий зміст
1	2	3
1.	Повна юридична назва установи	Дніпропетровський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України

	документ системи управління якістю	НСУЯ-01-10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 7
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

Продовження таблиці 1

1	2	3
2.	Коротка назва установи	ДРІДУ НАДУ
3.	Місце державної реєстрації	Виконавчий комітет Дніпропетровської міської ради
4.	Дата державної реєстрації	5 травня 1994 р.
5.	Код ЄДРПОУ	25006848
6.	Номер свідоцтва про реєстрацію платника податку на додану вартість	04208225
7.	Юридична та поштова адреса	49044, м. Дніпропетровськ, вул. Гоголя, 29
8.	Телефон (факс)	744-75-14, 745-40-64 (факс)
9.	E-mail	acad@vidr.dp.ua
10.	Web-сторінка	www.dbuapa.dp.ua
11.	Банківські реквізити	р/р 35216001000396 (загальний фонд бюджету) р/р 31252272210047 (спеціальний фонд бюджету) р/р 31251273210047 (спеціальний фонд бюджету) р/р 31250274210047 (спеціальний фонд бюджету) р/р 31259175210047 (спеціальний фонд бюджету) в Головному управлінні Державного казначейства України у Дніпропетровській області
12.	Керівник установи	директор інституту
13.	Ліцензування діяльності	Ліцензія Міністерства освіти і науки України (серія АВ № 506166 від 21 січня 2010 р.) строк дії ліцензії: – за спеціальністю “Державне управління” до 1 липня 2013 р. – за спеціальністю “Управління проектами” до 1 липня 2011 р. – за спеціальністю “Публічне адміністрування” до 1 липня 2014 р. – за спеціальністю “Менеджмент організацій” до 1 липня 2014 р. – підвищення кваліфікації державних службовців, посадових осіб місцевого самоврядування та керівників, працівників державних підприємств, установ, організацій за напрямом 1501 “Державне управління” до 1 липня 2013 р.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 8
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

1.2. Загальна структура інституту

Схема загальної структури інституту наведено в додатку А до цієї Настанови щодо якості.

Функції, відповідальність, повноваження та взаємодія структурних підрозділів інституту регламентовані положеннями про структурні підрозділи інституту.

2. Нормативні посилання

У даній Настанові щодо якості є посилання на:

- Закон України “Про вищу освіту” від 17 січня 2002 р. № 2984–III;
- Положення про прийом слухачів до Національної академії державного управління при Президенті України, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2004 р. № 468;
- Порядок проведення конкурсу на заміщення вакантних посад державних службовців, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2002 р. № 169;
- Положення про проведення атестації державних службовців, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2000 р. № 1922;
- Інструкцію з діловодства Дніпропетровського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президенті України, затверджена наказом директора від 17 жовтня 2005 р. № 97;
- Інструкцію з діловодства за зверненнями громадян в органах державної влади і місцевого самоврядування, об’єднаннях громадян, на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності в засобах масової інформації, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. № 348;
- ДСТУ ISO 9001:2009 “Системи управління якістю. Вимоги”;
- ДСТУ ISO 9000:2007 “Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів”;
- ДСТУ ISO 19011:2003 “Настанови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і (або) екологічного управління”.

3. Терміни та визначення понять. Скорочення

3.1. Терміни та визначення понять


Основні поняття, терміни та визначення встановлені у ДСТУ ISO 9000, Конституції України, Законі України “Про вищу освіту” та інших законодавчих і нормативно-правових актах з питань діяльності інституту. У даній Настанові щодо якості використовуються такі терміни:

система управління якістю – це система управління, яка спрямовує та контролює діяльність організації щодо якості (п. 3.2.3 ДСТУ ISO 9000:2007);

управління якістю – це скоординована діяльність, яка полягає у спрямуванні та контролюванні організації щодо якості (п. 3.2.8 ДСТУ ISO 9000:2007);

організаційна структура – це розподіл відповідальності, повноважень і взаємовідносин між працівниками (п. 3.3.2 ДСТУ ISO 9000:2007);

замовник – організація або особа, яка отримує продукцію (п. 3.3.5 ДСТУ ISO 9000:2007);

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 9
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

процес – це сукупність взаємопов’язаних або взаємодійних видів діяльності, яка перетворює входи на виходи (п. 3.4.1 ДСТУ ISO 9000:2007);

методика – це установлений спосіб діяльності або здійснення процесу (п. 3.4.5 ДСТУ ISO 9000:2007);

настанова щодо якості – це документ, який регламентує систему управління якістю організації (п. 3.7.4 ДСТУ ISO 9000:2007);

політика у сфері якості – загальні наміри та спрямованість організації, пов’язані з якістю, що їх офіційно сформулювало найвище керівництво (п. 3.2.4 ДСТУ ISO 9000:2007);

цілі у сфері якості – це те, чого прагнуть, або до чого прямують у сфері якості (п. 3.2.5 ДСТУ ISO 9000:2007);

компетентність – це доведена здатність застосовувати знання та вміння (п. 3.1.6 ДСТУ ISO 9000:2007);

інфраструктура – це система споруд, устаткування та служб, необхідних для функціонування організації (п. 3.3.3 ДСТУ ISO 9000:2007);

робоче середовище – це сукупність умов, за яких виконують роботу (п. 3.3.4 ДСТУ ISO 9000:2007);

задоволеність замовника – це сприйняття замовником ступеня виконання його вимог (п. 3.1.4 ДСТУ ISO 9000:2007);

аудит – це систематичний, незалежний і задокументований процес отримання доказів аудиту і об’єктивного їх оцінювання з метою визначення ступеня виконання критеріїв аудиту (п. 3.9.1 ДСТУ ISO 9000:2007);

запобіжна дія – дія, яку виконують для усунення причини потенційної невідповідності або іншої потенційно небажаної ситуації (п. 3.6.4 ДСТУ ISO 9000:2007);


коригувальна дія – дія, яку виконують для усунення причини виявленої невідповідності або іншої небажаної ситуації (п. 3.6.5 ДСТУ ISO 9000:2007);

постійне поліпшення – це повторювальні дії щодо збільшення здатності виконувати вимоги (п. 3.2.13 ДСТУ ISO 9000:2007);

критичне аналізування – це певні дії, які розпочинають, щоб визначити придатність, адекватність і результативність того, що розглядають, для досягнення поставлених цілей (п. 3.8.7 ДСТУ ISO 9000:2007).

3.2. Скорочення

- інститут – ДРІДУ НАДУ;
- СУЯ – система управління якістю;
- МСУЯ – методика системи управління якістю;
- НСУЯ – Настанова щодо якості;
- ССУЯ – сектор контролю та управління якістю відділу адміністративної роботи та управління якістю;
- КР – Координаційна рада з питань якості;
- ДФДУ – деканат факультету державного управління;
- ДФМ – деканат факультету менеджменту;
- УНМР – управління з навчальної та методичної роботи;
- ВДНІ – відділ дистанційного навчання та інформатизації управління з навчальної та методичної роботи;
- ВНМР – відділ організації навчально-методичної роботи та стажування управління з навчальної та методичної роботи;

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 10
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

- УНР – управління з наукової роботи;
- ВНР – відділ координації, маркетингу та моніторингу наукових досліджень управління з наукової роботи;
- СНПК – сектор підготовки науково-педагогічних кадрів управління з наукової роботи;
- ЦПКК – Центр підвищення кваліфікації кадрів;
- ВПКК – відділ змісту та координації підвищення кваліфікації Центру підвищення кваліфікації кадрів;
- СПКО – сектор забезпечення підвищення кваліфікації державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування Дніпропетровської області Центру підвищення кваліфікації кадрів;
- СТГС – сектор організації проведення тематичних госпрозрахункових семінарів Центру підвищення кваліфікації кадрів;
- СКДС – сектор кадрів і державної служби відділу роботи з персоналом;
- СПС – сектор відбору та прийому слухачів і зв'язків з випускниками відділу роботи з персоналом;
- БВ – бібліотечний відділ;
- ВВ – видавничий відділ;
- ВАР – відділ адміністративної роботи та управління якістю;
- СПД – сектор планування та документування відділу адміністративної роботи та управління якістю;
- ВЕБ – відділ експлуатації будівель;
- ОГВ – організаційно-господарський відділ;
- СП – структурні підрозділи;
- НР – наукова робота;
- ФЕР – фінансово-економічна робота;
- АГ – аудиторська група;
- НПП – науково-педагогічні працівники.

4. Система управління якістю

4.1. Загальні вимоги


З метою забезпечення надання якісних освітніх послуг відповідно до вимог законодавчих та нормативно-правових актів в інституті документально оформлена, впроваджена, постійно підтримується та поліпшується СУЯ згідно з вимогами ДСТУ ISO 9001:2009 “Системи управління якістю. Вимоги”.

Діюча СУЯ є сукупністю взаємопов'язаних та взаємодіючих елементів загальної структури, документованих методик, процесів та ресурсів, необхідних для розроблення і реалізації політики і цілей у сфері якості, а також для здійснення керівництва і керування інститутом у сфері якості.

4.1.1. Основні цілі впровадження системи управління якістю

Серед основних цілей впровадження СУЯ в інституті керівництво визначило:

- забезпечити визначення, розуміння та узгодження вимог зацікавлених сторін та вимог законодавчих і нормативно-правових актів;

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 11
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____


- забезпечити стабільність та постійне поліпшення діяльності структурних підрозділів інституту;
- підвищити якість послуг, що надаються інститутом;
- забезпечити прозорість прийняття управлінських рішень та діяльності;
- забезпечити формування позитивного іміджу інституту.

4.1.2. Відповідність дій із введення та функціонування системи управління якістю вимогам ДСТУ ISO 9001:2009

Опис дій щодо впровадження та забезпечення ефективного функціонування СУЯ в інституті відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 “Системи управління якістю. Вимоги” наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

№ з/п	Вимоги ДСТУ ISO 9001:2009	Дії щодо впровадження і функціонування СУЯ
1	2	3
1.	Визначити процеси, необхідні для СУЯ, та їх застосування на всіх рівнях в інституті	Процеси, охоплені СУЯ, визначені в НСУЯ і представлені в переліку процесів СУЯ інституту (додаток Б). Вимоги стосовно документування процесів наведені в МСУЯ–У–02–10
2.	Визначити послідовність та взаємодію процесів	Послідовність і взаємодія процесів СУЯ встановлені шляхом ідентифікації входів і виходів процесів. Концептуальна модель послідовності і взаємодії процесів наведена у додатку В
3.	Визначити критерії та методи, необхідні для забезпечення результативності функціонування процесів і управління ними	Критерії та методи моніторингу і вимірювання процесів, а також форми для реєстрації даних встановлені у відповідних МСУЯ
4.	Забезпечити наявність ресурсів та інформації, необхідних для підтримання функціонування та моніторингу процесів	Вимоги до ресурсів та інформації, необхідних для підтримки функціонування та моніторингу процесів СУЯ, містяться у відповідних МСУЯ. Процедури по забезпеченню та керуванню ресурсами, визначені в п. 6 цієї НСУЯ. Забезпечення інформацією здійснюється шляхом ознайомлення персоналу із законодавчими, нормативно-правовими, організаційно-розпорядчими та іншими документами, а також шляхом виконання встановлених процедур стосовно контролю за документами та протоколами СУЯ (МСУЯ–У–02–10, МСУЯ–У–03–10)
5.	Здійснювати моніторинг, вимірювання та аналізування процесів	Опис процесів моніторингу і вимірювання наведений в п. 8 цієї НСУЯ

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 12
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

Продовження таблиці 2

1	2	3
6.	Вживати заходи, необхідні для досягнення запланованих результатів і постійного поліпшення процесів	<p>Функціонування процесів СУЯ регулярно розглядається вищим керівництвом інституту з метою ідентифікації невідповідностей та відхилень, а також з метою виявлення можливостей для удосконалення. Дії, необхідні для поліпшення СУЯ та реагування на фактичні або потенційні невідповідності, реалізуються шляхом виконання коригувальних та запобіжних дій (МСУЯ–У–06–08).</p> <p>Пункти 5.6 та 8.5 цієї НСУЯ та відповідні МСУЯ визначають, яким чином аналізування з боку керівництва, коригувальні та запобіжні дії використовуються для того, щоб гарантувати досягнення запланованих результатів і удосконалення діяльності інституту</p>

4.1.3. Побудова та функціонування системи управління якістю

Побудова СУЯ в інституті та забезпечення її ефективного функціонування здійснюється, виходячи з наступних підходів та принципів:

1) процеси СУЯ інституту поділяються на:

- управлінські процеси;
- процеси надання послуг;
- процеси забезпечення надання послуг;
- процеси управління ресурсами.

Детальний перелік процесів наведено у додатку Б.

2) застосування процесного підходу в СУЯ інституту передбачає планування (п. 5.4 НСУЯ), моніторинг (п. 8.2 НСУЯ), поліпшення (п. 8.5 НСУЯ);

3) управління процесами передбачає наявність документованих МСУЯ і необхідної документації у структурних підрозділах інституту як основи для функціонування СУЯ;


4) відповідальність за управління процесами, виконання вимог щодо якості і коригувальних дій несуть власники процесів, а за функціонування процесів – уповноважені у структурних підрозділах інституту;

5) вимоги до процесів, що виконуються сторонніми організаціями, повинні визначатися в угодах (договорах) або згідно з чинним законодавством;

6) з метою постійного поліпшення результативності діяльності інституту в основу побудови і функціонування СУЯ покладено 8 принципів управління якістю:

- **орієнтація на замовника** – інститут повинен прагнути перевершити очікування замовників та якнайповніше задовольняти їх вимоги;

- **лідерство** – керівництво визначає єдність цілей і напрями діяльності, створює інфраструктуру і робоче середовище для досягнення намічених цілей інституту;

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 13
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

- **залучення всього персоналу** – основою інституту є персонал, можливості і здібності якого повною мірою повинні використовуватися для отримання запланованого результату;
- **процесний підхід** – діяльність повинна здійснюватися на основі процесного підходу для найефективнішого досягнення запланованих результатів;
- **системний підхід до управління** – процеси діяльності повинні ідентифікуватися та розумітися, тобто ними потрібно управляти як системою, залежно від їх ролі у досягненні намічених цілей;
- **постійне поліпшення** – постійне поліпшення діяльності повинне бути повсякденним завданням;
- **ухвалення рішень на підставі фактів** – ефективні рішення повинні базуватися на основі фактів, які встановлюються в результаті аналізу інформації та даних;
- **взаємовідносини з постачальниками** – інститут та його постачальники є взаємозалежними тому взаємовигідні відносини підвищують здатність обох сторін створювати цінності.

4.2. Вимоги до документації


4.2.1. Загальні положення

Для однозначного розуміння й реалізації політики і цілей у сфері якості, а також з метою забезпечення функціонування процесів СУЯ у відповідності до встановлених вимог застосовується документація СУЯ.

Опис структури документації СУЯ та процедур щодо забезпечення відповідності вимогам стосовно документації, встановленим в ДСТУ ISO 9001:2009, представлений у таблиці 3.

Таблиця 3

Рівень	Категорія документації СУЯ, встановлена в ДСТУ ISO 9001:2009	Документація СУЯ інституту
I	2	3
I	Документально оформлені політика та цілі у сфері якості	1. Політика у сфері якості (п. 5.3 НСУЯ) 2. Цілі у сфері якості (п. 5.4.1 НСУЯ)
II	Настанова щодо якості	Настанова щодо якості (НСУЯ–01–10)
III	Документовані методики	МСУЯ містять опис процедур і процесів згідно з вимогами ДСТУ ISO 9001
IV	Документи, необхідні для забезпечення результативного планування, функціонування та контролю процесів СУЯ	1. Статут інституту, положення про структурні підрозділи, посадові інструкції встановлюють розподіл функцій, відповідальність та повноваження персоналу 2. Нормативна документація зовнішнього походження – законодавчі та нормативно-правові акти, відповідно до яких здійснюється діяльність інституту

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 14
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

Продовження таблиці 3

1	2	3
		3. Типові форми документів – бланки установленого зразка для оформлення записів та протоколів
V	Протоколи СУЯ	Документи, які містять зареєстровані дані та інформацію стосовно робіт, що здійснюються структурними підрозділами інституту, і зберігають як підтвердження результатів процесів СУЯ (п. 4.2.4 НСУЯ)

Відповідальність за розроблення, узгодження та подання на затвердження документів СУЯ визначається в МСУЯ–У–02–10 “Контроль документів системи управління якістю”. Загальна відповідальність за ведення документації СУЯ покладена на ССУЯ. Відповідальність за впровадження, використання і актуалізацію документації СУЯ в структурних підрозділах інституту несуть уповноважені особи, які призначаються наказом директора інституту.

4.2.2. Настанова щодо якості

В інституті розроблена і постійно актуалізується НСУЯ, яка містить:

- інформацію про інститут, схему його загальної структури, процесів, сфери застосування СУЯ та опис виключень вимог ДСТУ ISO 9001 (п. 1 НСУЯ);
- політику і процедури щодо виконання вимог ДСТУ ISO 9001:2009;
- посилання на задокументовані методики, встановлені для СУЯ;
- опис взаємодії процесів СУЯ (додаток В).

Побудова і зміст НСУЯ відповідає змістовним до специфіки діяльності інституту вимогам ДСТУ ISO 9001:2009.

Процедури щодо управління НСУЯ встановлені цією НСУЯ та МСУЯ–У–02–10 “Контроль документів системи управління якістю”.


Відповідальність за ведення НСУЯ покладена на представника керівництва з якості – керівника ССУЯ.

4.2.3. Контроль документів

Види та опис процедур, встановлених з метою управління документацією СУЯ у відповідності до вимог ДСТУ ISO 9001:2009, наведені у таблиці 4.

Таблиця 4

№ з/п	Вимоги ДСТУ ISO 9001:2009	Види процедур з управління документацією СУЯ
1	2	3
1.	Затвердження документів як відповідних перед їх введенням у дію	<i>Процедура розробки, оформлення, узгодження, затвердження та введення в дію.</i> Застосовується для НСУЯ, МСУЯ, інформаційних карток послуг, положень про структурні підрозділи і посадових інструкцій. Опис процедури встановлений у МСУЯ–У–02–10

	документ системи управління якістю	НСУЯ-01-10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 15
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

Продовження таблиці 4

1	2	3
2.	Аналізування та, в разі потреби, актуалізація документів і нового їх затвердження	<i>Порядок актуалізації та внесення змін до документів СУЯ.</i> Застосовується для НСУЯ, МСУЯ. Опис процедури встановлений у МСУЯ-У-02-10
3.	Забезпечення ідентифікації змін та статусу чинної переглянутої версії документів	<i>Порядок актуалізації та внесення змін до документів СУЯ.</i> Застосовується для НСУЯ, МСУЯ. Опис процедури встановлений у МСУЯ-У-02-10
4.	Забезпечення наявності відповідних версій чинних документів у місцях застосування	<i>Процедура розповсюдження та зберігання документів СУЯ.</i> Опис процедури встановлений у МСУЯ-У-02-10 та в Інструкції з діловодства інституту
5.	Забезпечення розбірливості та простоти ідентифікації документів	Процедури ідентифікації документів СУЯ, встановлені у МСУЯ-У-03-10
6.	Затвердження документів як відповідних перед їх введенням у дію	<i>Процедура розробки, оформлення, узгодження, затвердження та введення в дію.</i> Застосовується для НСУЯ, МСУЯ, інформаційних карток послуг, положень про структурні підрозділи і посадових інструкцій. Опис процедури встановлений у МСУЯ-У-02-10
7.	Забезпечення ідентифікації документів зовнішнього походження і контролю за їх розповсюдженням	Процедура реєстрації, обліку і розповсюдження законодавчих та нормативно-правових документів зовнішнього походження здійснюється під контролем ВАР та керівників структурних підрозділів інституту
8.	Запобігання ненавмисного використання застарілих документів і застосування належної ідентифікації цих документів у разі їх зберігання	<i>Процедури відміни дії та вилучення нечинних документів СУЯ.</i> Опис процедури встановлений у МСУЯ-У-02-10 та Інструкції з діловодства інституту

4.2.4. Контроль протоколів


В інституті визначені та ведуться записи, необхідні для підтвердження відповідності СУЯ вимогам ДСТУ ISO 9001:2009, а також аналізування її результативності. Контролю підлягають усі види записів та протоколів, які встановлені в документації СУЯ.

Для забезпечення контролю записів та відповідно до інструкції з діловодства в інституті ведеться номенклатура справ, яка затверджується один раз на 5 років та щорічно оновлюється.

Протоколи СУЯ оформлюються та ведуться на паперових та/або електронних носіях.

Перелік протоколів СУЯ, що підлягають контролю, визначений для кожного процесу СУЯ і наводиться як додатки до відповідних МСУЯ.

Процес контролю протоколів СУЯ задокументовано у МСУЯ-У-03-10, МСУЯ-З-06-08, інструкції з діловодства та включає наступні процедури:

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 16
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

- визначення вимог до оформлення протоколів СУЯ;
- ідентифікацію і реєстрацію протоколів СУЯ;
- забезпечення збереження протоколів СУЯ;
- вилучення і архівування протоколів СУЯ;
- введення протоколів СУЯ в документообіг.

Відповідальність за контроль протоколів несуть відповідальні особи, що визначені у відповідних МСУЯ.

5. Відповідальність керівництва

5.1. Зобов'язання керівництва

Вище керівництво інституту демонструє свої зобов'язання щодо впровадження СУЯ шляхом:

- постійного визначення потреб та очікувань своїх замовників (п. 5.2, 5.5.3, 7.2 НСУЯ);
- дотримання законодавчих та нормативно-правових вимог в усіх процесах СУЯ;
- встановлення в усіх структурних підрозділах єдиної цілі щодо досягнення якості послуг, що надаються інститутом (п. 5.4.1 НСУЯ);
- формулювання, інформування та роз'яснення політики у сфері якості співробітникам інституту (п. 5.3, 5.5.3 НСУЯ);
- забезпечення установлення цілей у сфері якості та їх узгодження з політикою у сфері якості та вимогами замовників (п. 5.3, 5.4.1 НСУЯ);
- періодичних аналізів СУЯ з метою оцінювання її результативності та дієвості стосовно дотримання політики та виконання цілей у сфері якості (п. 5.6 НСУЯ);
- своєчасного забезпечення відповідними ресурсами, необхідними для досягнення цілей (п. 6 НСУЯ).

5.2. Орієнтація на замовника

Основні принципи діяльності інституту спрямовані на задоволення потреб замовників у рамках чинного законодавства шляхом надання якісних послуг. Ідентифікація вимог і потреб замовників здійснюється відповідними структурними підрозділами в процесі проведення аналізування запитів (п. 7.2 НСУЯ). Інформація, що відноситься до процесів надання послуг замовникам і рівня їх задоволеності, збирається, аналізується і використовується відповідно до МСУЯ–3–03–09 “Вивчення задоволеності, очікувань та інформування замовників”.


Результати опитувань замовників щодо їх задоволеності та очікувань вище керівництво інституту використовує для визначення поточних і майбутніх потреб, очікувань замовників з метою їх виконання і досягнення задоволеності замовників у межах своїх юридичних прав та наявних ресурсів.

5.3. Політика у сфері якості

Вищим керівництвом інституту визначена, заявлена та реалізується політика у сфері якості. Документально оформлена політика у сфері якості включена до цієї НСУЯ (додаток Г).

Затверджена згідно із встановленою процедурою політика у сфері якості:

- відповідає місії та цілям інституту, узгоджена з вимогами чинного законодавства;
- орієнтована на задоволення потреб та очікувань замовників (п. 5.2 НСУЯ);

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 17
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

- містить зобов'язання вищого керівництва щодо задоволення вимог СУЯ, а також щодо постійного поліпшення її результативності (п. 4.1, 5.1, 8.5.1 НСУЯ);
- є основою для визначення і перегляду цілей у сфері якості (п. 5.4.1 НСУЯ);
- поширена в усіх структурних підрозділах інституту, охоплених СУЯ, і зрозуміла для співробітників (п. 5.5.3, 6.2 НСУЯ);
- аналізується з погляду її постійної придатності (п. 5.6 НСУЯ).

Відповідність політики у сфері якості місії та завданням інституту, запитам замовників забезпечується при її аналізуванні вищим керівництвом, структурними підрозділами, КР на підставі результатів діяльності інституту та функціонування СУЯ. Політика у сфері якості переглядається щорічно та за необхідності уточнюється. Відповідно до встановлених процедур внутрішнього інформування політика у сфері якості доводиться до відома всього персоналу, задіяного в СУЯ інституту.

Реалізація політики у сфері якості забезпечується шляхом розроблення, впровадження та функціонування СУЯ, визначення цілей і завдань, узгоджених з політикою у сфері якості.

5.4. Планування

5.4.1. Цілі у сфері якості

Вищим керівництвом інституту забезпечується встановлення цілей у сфері якості та інформування про них співробітників усіх структурних підрозділів, охоплених СУЯ.

Цілі у сфері якості узгоджуються з політикою у сфері якості і встановлюються за результатами критичного аналізування з боку керівництва один раз на рік. Доповнення та коригування цілей здійснюється за потреби. Вище керівництво залучає персонал до встановлення цілей у сфері якості, ознайомлює із затвердженими цілями та аналізує якість виконання поточним контролем протягом року та при проведенні аналізу функціонування СУЯ.

5.4.2. Планування системи управління якістю

Вищим керівництвом інституту забезпечується:

- планування СУЯ з урахуванням вимог п. 4.1 НСУЯ та встановлених цілей;
- збереження цілісності СУЯ під час планування та запровадження змін до неї.

Планування СУЯ здійснюється з урахуванням видів діяльності, необхідних для досягнення цілей у сфері якості, і наявних ресурсів.

Процес планування СУЯ включає:


- планування реалізації процесів СУЯ;
- планування дій для досягнення цілей, встановлених у п. 5.4.1 НСУЯ;
- планування програми моніторингу і вимірювань (п. 8.2 НСУЯ);
- планування дій щодо поліпшення СУЯ (п. 8.5 НСУЯ).

Досягнення встановлених цілей у сфері якості та виконання перспективного плану роботи інституту розглядається у ході щорічного критичного аналізування СУЯ з боку керівництва та планування на наступний період (п. 5.6 НСУЯ).

5.5. Відповідальність, повноваження та інформування

5.5.1. Відповідальність і повноваження

Вище керівництво інституту забезпечує визначення відповідальності та повноважень персоналу, залученого до СУЯ та її процесів шляхом:

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 18
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

- детального розроблення і затвердження загальної структури та встановлення в її межах розподілу функцій і відповідальності;
- розроблення та затвердження положень про структурні підрозділи і посадових інструкцій співробітників;
- встановлення опису функцій у межах визначеного розподілу відповідальності і повноважень у МСУЯ.

Загальна структура, положення про структурні підрозділи та посадові інструкції розробляються та затверджуються відповідно до вимог чинного законодавства, періодично переглядаються та актуалізуються.

Директор інституту здійснює керівництво діяльністю інституту та відповідає за впровадження, функціонування та вдосконалення СУЯ, включаючи:

- визначення та реалізацію політики та цілей у сфері якості;
- створення правової основи для функціонування СУЯ, затвердження організаційно-розпорядчих документів і документів СУЯ;
- розподіл відповідальності і повноважень персоналу, затвердження положень про структурні підрозділи та посадових інструкцій співробітників;
- виділення необхідних фінансових і матеріальних ресурсів для забезпечення вимог якості надання послуг та постійного поліпшення.


Керівники структурних підрозділів забезпечують якість виконання робіт і надання послуг відповідно до вимог чинного законодавства, положень про структурні підрозділи, МСУЯ, несуть відповідальність за доведення до кожного співробітника політики та цілей у сфері якості, функціонування та поліпшення у структурних підрозділах СУЯ, включаючи:

- проведення регулярної перевірки та актуалізації документації СУЯ, що відноситься до їх компетенції (п. 4.2.3 НСУЯ);
- контроль документів та протоколів СУЯ у структурному підрозділі (п. 4.2.3, 4.2.4 НСУЯ);
- організацію, розроблення і впровадження документованих процедур (МСУЯ, інструкцій, положень) управління процесами (п. 7.1 НСУЯ);
- здійснення розгляду звернень та скарг замовників (п. 4.1.3, 7.1, 8.3 НСУЯ);
- виявлення та усунення причин невідповідностей, здійснення коригувальних і запобіжних дій для запобігання їх повторенню та виникненню, а також за результатами внутрішніх і зовнішніх аудитів (п. 8.3, 8.5.2, 8.5.3 НСУЯ);
- здійснення підбору персоналу необхідної кваліфікації і рівня підготовки (п. 6.2.2. НСУЯ);
- участь в критичному аналізованні СУЯ (п. 5.6 НСУЯ).

Співробітники інституту несуть відповідальність за якість виконання робіт і надання послуг відповідно до посадових інструкцій, дотримання зобов'язань у сфері якості та вимог СУЯ. Відповідальність та повноваження співробітників інституту за процесами СУЯ встановлені цією НСУЯ, а також у відповідних МСУЯ.

5.5.2. Представник керівництва

З метою керування, моніторингу, аналізування та координування функціонування СУЯ в інституті перший заступник директора є представником вищого керівництва з якості, ССУЯ – відповідальним за СУЯ. Їх обов'язки і повноваження визначені в цій НСУЯ, Положенні про відповідальних осіб за впровадження та функціонування СУЯ, посадових інструкціях, затверджених наказом директора інституту, і включають наступне:

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 19
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

- забезпечення встановлення, впровадження та підтримання процесів СУЯ відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009;
- організація планування і проведення внутрішніх аудитів СУЯ;
- перегляд і своєчасна актуалізація документації СУЯ;
- контроль за виконанням рішень щодо функціонування СУЯ;
- організація підготовки і проведення критичного аналізування СУЯ з боку керівництва;
- організація навчання співробітників інституту з питань управління якістю;
- звітування перед вищим керівництвом про функціонування СУЯ, її ефективність і необхідність поліпшення на підставі результатів аналізування даних;
- застосування і постійне удосконалення методів оцінювання якості послуг, що надаються інститутом, з боку замовників;
- підтримання зв'язків із зовнішніми організаціями з питань функціонування СУЯ.

5.5.3. Внутрішнє інформування

З метою сприяння поліпшенню показників діяльності інституту і залучення персоналу до участі у процесі, направленому на досягнення цілей у сфері якості, вище керівництво забезпечує інформування персоналу з питань функціонування СУЯ.

Процедури внутрішнього інформування включають:

- проведення нарад на різних рівнях;
- інформування співробітників структурних підрозділів шляхом ознайомлення з політикою та цілями у сфері якості, вимогами МСУЯ;
- використання засобів наочної агітації;
- заохочення та винагороду співробітників за досягнення у роботі.

Для забезпечення внутрішнього інформування процеси СУЯ і взаємозв'язки між ними визначені і зведені у керовану систему (додаток В). Оперативне керування системою забезпечується вищим керівництвом шляхом проведення засідань директорату, Вченої ради інституту, на яких розглядаються поточні питання діяльності, здійснюється обмін інформацією щодо процесів і приймаються оперативні рішення, а також засідань КР. Інформація, що розглядається на засіданнях є підставою для поліпшення процесів та виконання завдань у сфері якості. Розглянуті питання та прийняті рішення протоколюються (накази, розпорядження, протоколи).


Внутрішні зв'язки між процесами і рівнями управління визначені в організаційно-розпорядчій документації та МСУЯ.

5.6. Критичне аналізування з боку керівництва

5.6.1. Загальні положення

Вище керівництво інституту щорічно критично аналізує СУЯ та оцінює її результативність з метою забезпечення її постійної придатності, адекватності та ефективності. Критичне аналізування з боку керівництва здійснюється на підставі відомостей та звітних даних, які надаються керівниками процесів СУЯ. Критичному аналізуванню підлягають усі процеси і діяльність інституту в межах СУЯ, у тому числі:

- загальна структура;
- наявні ресурси для забезпечення функціонування СУЯ;
- ключові показники дієвості інституту як вищого навчального закладу.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 20
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

Результати критичного аналізування СУЯ щорічно схвалюються КР та відображаються в річному звіті про роботу інституту. Вимоги щодо проведення критичного аналізування з боку керівництва викладено в МСУЯ–У–07–10.

5.6.2. Вхідні дані критичного аналізування

Вище керівництво критично аналізує СУЯ, використовуючи наступні вхідні дані:

- результати внутрішніх і зовнішніх аудитів СУЯ;
- фактичні показники досягнення цілей у сфері якості та реалізації політики у сфері якості;
- результати зворотного зв'язку із замовниками (скарги та пропозиції громадян і співробітників інституту, анкети щодо задоволеності замовників);
- результати функціонування процесів СУЯ;
- дані про відповідність послуг, що надаються, встановленим вимогам;
- результати виконання коригувальних і запобіжних дій;
- результати реалізації рішень, прийнятих на основі попередніх критичних аналізувань СУЯ з боку керівництва;
- зміни у політиці центральних та/або регіональних органів влади;
- зміни у законодавчих та нормативно-правових актах;
- результати статистичного аналізу та аналізу тенденцій діяльності інституту;
- результати впливу на СУЯ запланованих і позапланових змін;
- інформація про необхідність поліпшення СУЯ;
- інформація про причини появи невідповідностей при функціонуванні СУЯ;
- інформація за результатами анкетування співробітників структурних підрозділів інституту.

5.6.3. Результати критичного аналізування

За результатами критичного аналізування вище керівництво інституту оцінює результативність і придатність СУЯ та приймає рішення щодо:

- поліпшення результативності СУЯ та її процесів, зокрема актуалізації документації СУЯ;
- удосконалення процесів надання послуг згідно з вимогами та очікуваннями замовників;
- поліпшення забезпечення ресурсами.


За підсумками розгляду та обговорення річного звіту про функціонування СУЯ КР приймає рішення про оцінку функціонування СУЯ, рівень досягнення цілей у сфері якості за минулий рік (п. 5.4. НСУЯ).

6. Керування ресурсами

6.1. Забезпечення ресурсами

Для результативного функціонування СУЯ і здійснення діяльності з метою виконання вимог замовників, інститут планує забезпечення ресурсами, необхідними для реалізації своїх послуг і процесів, а саме:

- компетентний персонал;
- інфраструктура, робоче середовище (приміщення, інформаційні ресурси, засоби зв'язку та комунікації);
- матеріальне та фінансове забезпечення.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 21
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

Оптимальне використання ресурсів досягається формулюванням цілей і стратегій, на основі яких здійснюється планування процесів і розподіл ресурсів (п. 5.4 НСУЯ).

Виділення необхідних фінансових і матеріальних ресурсів для забезпечення якості і життєдіяльності інституту проводиться відповідно до затверджених планів і кошторисів. Усі витрати аналізуються керівництвом для оптимального забезпечення виконання пріоритетних завдань.

Організацію роботи з управління фінансовими і матеріальними ресурсами в інституті здійснює фінансово-економічний відділ.

Розвиток і вдосконалення ресурсів для забезпечення дотримання встановлених вимог до якості при проведенні робіт та/або наданні послуг, у відповідності з положеннями політики у сфері якості, здійснюються за допомогою річних планів.

6.2. Людські ресурси

6.2.1. Загальні положення

З метою забезпечення компетентним персоналом, який залучається до функціонування СУЯ і надання послуг, в інституті встановлені процедури керування людськими ресурсами, які включають:

- визначення вимог до компетентності фахівців;
- встановлення контрактних умов зайнятості;
- встановлення посадових та професійних обов'язків і повноважень;
- забезпечення професійної підготовки та підвищення кваліфікації персоналу;
- порядок наймання та звільнення, оцінювання компетентності та дієвості співробітників;
- процедури доведення до персоналу поставлених завдань та оперативної інформації.

Опис процедур щодо управління персоналом встановлено в МСУЯ–Р–01–08.

Персонал інституту, залучений до робіт, які впливають на якість надання послуг, компетентний, має належну освіту, професійну підготовку, кваліфікацію та досвід.


На вакантні посади державних службовців приймаються особи шляхом проходження ними конкурсного відбору згідно з Порядком проведення конкурсу на заміщення вакантних посад державних службовців, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2002 р. № 169 та процедурою, що визначена в МСУЯ–Р–01–08.

Керівний склад інституту призначається і звільняється відповідно до вимог чинного законодавства. Директор інституту призначається та звільняється Президентом України за поданням Національної академії державного управління при Президентові України. Заступники директора призначаються та звільняються президентом Національної академії державного управління при Президентові України за поданням директора інституту.

6.2.2. Компетентність, підготовленість і обізнаність

Рівень компетентності персоналу інституту встановлений в положеннях про структурні підрозділи та посадових інструкціях, що розроблені відповідно до типових професійно-кваліфікаційних характеристик. Зазначені документи проходять актуалізацію при перерозподілі обов'язків, зміні штатного розпису, реструктуризації та реорганізації інституту.

Потреба в підвищенні кваліфікації співробітників інституту перевіряється щорічно СКДС у грудні – січні та складаються перспективні плани підвищення кваліфікації та

	документ системи управління якістю	НСУЯ-01-10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 22
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

стажування. Уся інформація про професійну підготовку спеціалістів, набутий досвід роботи та використані види навчання містяться в особових справах співробітників, які зберігаються у СКДС.

Щорічно проводиться оцінка виконання державними службовцями покладених на них завдань і обов'язків. Результати оцінювання узагальнюються СКДС та долучаються до особових справ державних службовців. Результати щорічної оцінки враховуються при атестації державних службовців, розгляді питань просування по службі, формуванні кадрового резерву, присвоєнні чергового рангу, установленні надбавок, премій тощо.

Періодична оцінка компетентності персоналу на відповідність займаним посадам здійснюється шляхом проведення атестації державних службовців, яка проводиться атестаційною комісією один раз на три роки згідно з Положенням про проведення атестації державних службовців, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2000 р. № 1922 та процедурою, що визначена в МСУЯ-Р-01-08.

6.3. Інфраструктура

Повноваження та відповідальність у сфері утримання інфраструктури встановлені загальною структурою та системою управління інституту. Інформація щодо управління інфраструктурою наведена в МСУЯ-Р-02-09 “Управління інфраструктурою” та МСУЯ-Р-03-09 “Управління інформаційними ресурсами, засобами їх зберігання та передачі”.

6.3.1. Будівлі, транспортні засоби

На балансі інституту знаходяться:

1) будівлі:

- чотирьохповерхові навчальні корпуси № 1 та № 2 з'єднані між собою переходом (загальна площа 9 743 м²), що знаходяться за адресою: м. Дніпропетровськ, вул. Гоголя, 29;
- п'ятиповерховий гуртожиток готельного типу (загальна площа 2 648 м²), що знаходиться за адресою: м. Дніпропетровськ, вул. Клари Цеткін, 9;
- трьохповерховий гуртожиток готельного типу (загальна площа 903,7 м²), що знаходиться за адресою: м. Дніпропетровськ, вул. Паторжинського, 10-а;

2) транспортні засоби:


- автомобіль ВАЗ-2115 (державний реєстраційний номер 999 – 34 АВ);
- автомобіль ЗАЗ-110308 (державний реєстраційний номер 999 – 35 АВ).

Відповідальність за належні підготовку до роботи інституту в осінньо-зимовий період та підтримання приміщень у робочому стані покладена на керівника ВЕБ. ОГВ здійснює контроль за енерго-, тепло-, водозабезпеченням, що надаються відповідними комунальними установами, та технічним станом автотранспорту інституту.

6.3.2. Інформаційні ресурси

Управління інформаційними ресурсами включає:

- створення цілісної системи інформаційного, технічного та програмного забезпечення навчання та управління в інституті;
- забезпечення належного рівня інформаційно-комунікаційної та технічної підтримки діяльності структурних підрозділів інституту;
- надання можливостей оперативного доступу до бібліотечного фонду та іншої релевантної інформації, її обміну, розповсюдження, накопичення та оброблення з метою

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 23
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

проведення наукових досліджень, дистанційного навчання, функціонування електронних бібліотек, проведення відеоконференцій, організації міжнародного співробітництва тощо;

– забезпечення розміщення та оперативного оновлення інформації на зовнішньому та внутрішньому веб-сайтах інституту;

– забезпечення функціонування електронного банку навчально-методичних видань інституту.

Доступ співробітників до необхідної інформації в процесі роботи забезпечується наявністю обчислювальних і програмних засобів глобальних ліній зв'язку (Інтернет та ін.), комп'ютерної техніки, загальносистемних і прикладних програм, технічних і програмних засобів локальної інформаційної мережі, які обслуговуються ВДНІ.

Інститут здійснює оновлення бібліотечного фонду новими виданнями в галузях наук, які є профільними для інституту, підписку періодичних видань, включаючи офіційні видання органів державної влади.

Структурування інформації здійснюється за основними напрямками діяльності, найбільш пріоритетними з яких є обслуговування замовників послуг і забезпечення вимог до якості послуг. Достовірність і повнота інформації забезпечується регулярним поповненням і актуалізацією баз даних, електронних банків тощо.

Функціонування СУЯ передбачає максимально можливе з урахуванням ресурсного забезпечення використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій для надання послуг.

6.4. Робоче середовище

У приміщеннях, відведених для навчання слухачів, студентів, аспірантів, докторантів, а також здійснення професійної діяльності адміністративного та науково-педагогічного персоналу, створені та підтримуються необхідні умови (температура, вологість, світло тощо) для якості надання послуг та виконання процесів. Для спеціалізованих приміщень (серверна кімната, архів тощо) створені умови з дотриманням відповідних вимог та забезпеченням показників допустимих значень.

Контроль за дотриманням умов праці, правил охорони праці, техніки безпеки та правил пожежної безпеки здійснюють ВЕБ та ОГВ.

В інституті робоче середовище періодично піддається критичному аналізуванню і оцінюванню з боку керівництва. У разі необхідності удосконалення робочого середовища та наявності матеріальних можливостей керівництвом ухвалюються відповідні рішення з даного питання.


7. Надання послуг

7.1. Планування надання послуг

В інституті відповідним чином сплановані і розроблені процеси, які забезпечують надання послуг. Планування процесів та послуг здійснюється шляхом затвердження, розроблення та впровадження організаційно-розпорядчої документації і документованих МСУЯ, які регламентують порядок здійснення діяльності та контролю за дотриманням встановлених вимог.

Під час планування та розробки процесів надання послуг визначаються:

– цілі у сфері якості щодо поліпшення діяльності інституту та вимоги, пов'язані з виконанням робіт;

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 24
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

- потреба в розробленні нових процесів і документів та їх забезпеченні необхідними ресурсами;
- процедури стосовно перевірки, затвердження та моніторингу виконання робіт і надання послуг;
- перелік і зміст записів з якості, необхідних для надання доказів того, що процеси виконання робіт та кінцевий результат надання послуг задовольняють установленим вимогам.

Відповідальність за планування, контроль, удосконалення якості в кожному процесі і взаємодію процесів визначені в МСУЯ. Матриця розподілу відповідальності та повноважень за функціонування процесів СУЯ, що функціонують в інституті, наведена в додатку Д цієї НСУЯ.

7.2. Процеси, що стосуються замовників

7.2.1. Визначення вимог щодо надання послуг

Процес визначення вимог замовників до послуг, що надаються інститутом включає:

- наявність офіційних законодавчих та нормативно-правових актів стосовно послуг, що надаються інститутом (п. 4.2 НСУЯ);
- поширення в межах інституту інформації щодо вимог замовників, змін законодавства, що стосуються надання відповідних послуг (п. 5.5.3 НСУЯ);
- будь-які додаткові вимоги, визначені інститутом та замовниками.

Визначення вимог замовників у повному обсязі здійснюється в процесі аналізування нормативно-правових актів, запитів, доручень, заяв, скарг тощо (п. 7.2.2 НСУЯ).

7.2.2. Критичне аналізування вимог щодо надання послуг

Критичне аналізування вимог стосовно послуг, що надаються інститутом, здійснюється шляхом:

- розгляду звернень громадян (дія 6 МСУЯ–3–06–08 “Організація діловодства й архівної справи”);
- моніторингу задоволеності замовників (МСУЯ–3–03–09 “Вивчення задоволеності, очікувань та інформування замовників”);
- моніторингу результатів роботи інституту.


За результатами критичного аналізування визначаються рівень забезпечення необхідними ресурсами для проведення робіт та структурні підрозділи, які будуть їх виконувати. При необхідності, приймається рішення про залучення до виконання робіт постачальників (п. 7.4 НСУЯ).

Результати критичного аналізування вимог щодо надання послуг реєструються у звітних та аналітичних матеріалах, які є основою для планування діяльності структурних підрозділів інституту.

Якщо подані замовником вимоги документально не оформлені, їх встановлюють перш, ніж прийняти. У разі зміни вимог до надання послуг, забезпечується внесення змін до відповідних документів й ознайомлення відповідних співробітників зі змінами вимог.

7.2.3. Інформаційний зв'язок із замовниками

Інформація про основну діяльність інституту, послуги, які надаються, поширюється через зовнішній веб-сайт інституту, засоби масової інформації (друковані, електронні, телевізійні канали) та націлена на широке коло очіб, у тому числі потенційних замовників.

	документ системи управління якістю	НСУЯ-01-10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 25
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

У межах своєї компетенції співробітники інституту опрацьовують запити замовників, договірні документи (договори, контракти, додаткові угоди) тощо. Зворотній зв'язок із замовниками здійснюється в установленому порядку:

- розгляд звернень громадян (дія 6 МСУЯ-3-06-08 “Організація діловодства й архівної справи”);
- моніторинг задоволеності замовників (МСУЯ-3-03-09 “Вивчення задоволеності, очікувань та інформування замовників”);
- контроль невідповідної послуги (МСУЯ-У-04-10 “Контроль невідповідної послуги”).

7.3. Проектування та розроблення


7.3.1. Планування проектування та розроблення

Інститут може розробляти та впроваджувати нові види послуг у межах чинного законодавства або покладанні на нього нових функцій за погодженням із Національною академією державного управління при Президентові України за такими напрямками:

- підготовка спеціалістів та магістрів відповідно до ліцензії Міністерства освіти і науки України;
- підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації державних службовців, посадових осіб місцевого самоврядування, їх кадрового резерву відповідно до ліцензії Міністерства освіти і науки України;
- підвищення кваліфікації керівників підприємств, установ й організацій, що є в державній власності відповідно до ліцензії Міністерства освіти і науки України;
- підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів вищої кваліфікації в галузі науки “Державне управління”;
- проведення фундаментальних та прикладних наукових досліджень із проблем державного управління та місцевого самоврядування;
- просвітницька діяльність тощо.

З моменту прийняття рішення щодо впровадження нової послуги до моменту її реалізації складається календарний план робіт. Планування охоплює встановлення необхідних стадій проектування та необхідних заходів, зокрема, аналізування проекту, перевірку та затвердження. Під час планування здійснюють розподіл відповідальності серед виконавців та передбачають наступні кроки:

- проведення заходів щодо вивчення очікувань замовників стосовно якості послуг, які планується надавати інститутом;
- консультації із замовниками щодо запровадження нової послуги (за необхідності);
- визначення вимог до якості послуги, їх погодження, схвалення та затвердження;
- розроблення процесу надання послуги, його погодження, схвалення та затвердження;
- розроблення методик (інструкцій) з надання послуги, їх погодження, схвалення та затвердження;
- внесення змін до посадових інструкцій, положень про структурні підрозділи інституту, інших документів СУЯ;
- навчання персоналу, у разі необхідності для якісного надання нової послуги;
- проведення заходів щодо інформування замовників про нову послугу та можливості її отримання;
- пілотне впровадження нової послуги та аналіз його результатів.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 26
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

Для кожного заходу визначаються терміни виконання, що відображається у календарному плані робіт.

Протягом розроблення та впровадження нової послуги хід виконання регулярно аналізується керівництвом інституту та за потреби переглядається.

7.3.2. Вхідні дані проектування та розроблення

На початку розроблення нової послуги інститут визначає, документує та затверджує вимоги до неї. Ці вимоги формуються з таких джерел:

- вимоги законодавчих і нормативно-правових актів;
- результати вивчення потреб і очікувань замовників послуг;
- маркетингові дослідження;
- ідеї та пропозиції співробітників інституту.

Вимоги включають:

- терміни надання послуг;
- інформація / протоколи СУЯ за підсумками надання послуги;
- доступність послуги, можливість звернення щодо її отримання;
- результативність послуги.

Визначені вимоги повинні відображати всі аспекти послуги, важливі для замовників, співпадати з їх уявленням про якість послуги.

Формування вхідних даних охоплює: дані, які розглядають, джерела їх надходження, хто їх аналізує, узгоджує із замовником.

7.3.3. Вихідні дані проектування та розроблення

У підсумку розроблення нової послуги, інститут розробляє та затверджує комплект документів, необхідних для її стабільного надання з визначеним рівнем якості (МСУЯ, що описує процес надання послуги, критерії відповідності або невідповідності та оцінки якості послуги, кваліфікаційні вимоги до персоналу, критерії відбору сторонніх організацій (осіб), які залучаються до надання нової послуги).


Набір вихідних даних (документів) повинен бути достатнім щоб перевірити дотримання усіх вимог до нової послуги, визначених на початку розроблення.

7.3.4. Критичне аналізування проекту та розробки

На відповідних етапах згідно з календарним планом розроблення та впровадження нової послуги проводиться критичне аналізування ходу робіт. Критичне аналізування відбувається у вигляді обговорення питання щодо ходу робіт на засіданнях:

- Вченої ради інституту;
- Координаційної ради з питань якості.

У критичному аналізуванні беруть участь не тільки безпосередні учасники розроблення нової послуги, але й усі зацікавлені посадові особи та представники структурних підрозділів інституту. Під час критичного аналізування розглядається хід роботи за проектом, виконання календарного плану робіт, визначаються можливі проблеми. Рішення, прийняті за підсумками критичного аналізування, реєструються в протоколах, зокрема, можуть бути прийняті рішення щодо коригування календарного плану робіт.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 27
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

7.3.5. Перевіряння проекту та розробки

На відповідних етапах згідно з календарним планом розроблення та впровадження нової послуги проводиться перевірка результатів робіт. На відміну від критичного аналізування під час перевіряння, не тільки розглядається хід роботи, але й порівнюються отримані результати з визначеними вимогами до нової послуги.

Якщо під час перевіряння виявлено, що результати проектування не відповідають визначеним вимогам, приймається рішення щодо подальших дій, наприклад:

- доопрацювання результатів певних етапів розроблення нової послуги;
- повторне виконання певних етапів розроблення нової послуги з метою отримання кращих результатів;
- перегляд визначених вимог до нової послуги;
- відмова від подальшого розроблення нової послуги (можливе, якщо рішення про її розроблення було ініційоване самим інститутом);
- звернення до вищих органів влади та засновників щодо надання інституту необхідних повноважень та ресурсів для можливості стабільного надання нової послуги відповідно до визначених вимог.

Рішення, прийняті КР за підсумками перевіряння, реєструються в протоколах (зокрема, це можуть бути рішення щодо коригування календарного плану робіт).

7.3.6. Затвердження проекту та розробки

На відповідних етапах згідно з календарним планом розроблення та впровадження нової послуги (найчастіше – на етапі завершення робіт) проводиться затвердження результатів робіт. У цьому контексті затвердження нової послуги означає підтвердження того, що згідно з розробленими документами дійсно можна стабільно надавати послугу, яка відповідатиме визначеним вимогам. Це підтверджується, зокрема, шляхом:


- реалізації пілотного проекту і перевірки відповідності його результатів визначеним вимогам;
- проведення ділової гри з метою перевірки можливості досягнення визначених вимог;
- погодження результатів проектування зі споживачами.

Затвердження нової послуги здійснюється у тому ж порядку, що й у тих, які вже надаються. Форма затвердження відображається у плані з її розроблення. Якщо результати затвердження є негативними, приймається рішення про додаткові дії з удосконалення нової послуги. Результати затвердження та прийняті рішення реєструються в протоколах КР.

7.3.7. Контроль змін у проекті та розробці

Рішення щодо внесення змін до існуючої послуги (змін до вимог щодо її якості) може прийматися як керівництвом інституту в межах існуючих повноважень, так і відповідно до змін у законодавчих та нормативно-правових актах, що регламентують діяльність інституту. Внесення змін до існуючої послуги може відбуватися або за тим же алгоритмом, що й розроблення нової послуги, або за спрощеним алгоритмом.

У разі якщо прийнято рішення про можливість застосування спрощеного алгоритму, то він обов'язково визначається. При цьому гарантується, що змінена послуга буде затверджена, а зміни в одному з компонентів послуги будуть узгоджені з іншими компонентами.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 28
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

7.4. Закупівля

7.4.1. Процес закупівлі

Перед закупівлею матеріально-технічних ресурсів, необхідних для забезпечення функціонування процесів СУЯ і здійснення статутної діяльності інституту, визначається їх відповідність закупівельним вимогам. Якщо продукція/послуги, що плануються до закупівлі, відповідають вимогам, то з постачальником укладається договір на постачання. Дії постачальників, товари, роботи і послуги, що ними поставляються, контролюються. Методи і масштаб такого контролю залежать від того, як впливають закуплені матеріально-технічні ресурси на діяльність інституту.

Постачальник, в якого закуповуються матеріально-технічні ресурси, вибирається і оцінюється, виходячи з його здатності здійснювати поставки відповідно до вимог інституту. Для цього розроблені та використовуються критерії відбору й оцінки постачальника.

Відповідальність за вибір та оцінку постачальників, контроль за поставкою товарів, робіт і послуг, що надаються постачальниками, покладається на заступника директора з ФЕР, а також за деякими напрямками:

- тендерний комітет (здійснює процедуру закупівлі товарів, робіт та послуг відповідно до чинних вимог щодо тендерних закупівель);
- керівника ОГВ;
- керівника ВЕБ;
- керівника БВ;
- керівника ВВ;
- керівника ЦПКК;
- керівника УНМР.

Вид та масштаб контролю за постачальниками товарів, робіт і послуг залежить від їх впливу на якість надання послуг, що надаються інститутом.

Результати оцінки постачальника і дії, які необхідно виконати на основі цих результатів, реєструються й оформляються у вигляді відповідних протоколів (договори, контракти, додаткові угоди тощо).


7.4.2. Інформація стосовно закупівлі

Інформація про закупівлі включає відомості про товари, роботи та послуги, що закуповуються, зокрема:

- інформацію про виробника або постачальника;
- найменування товару, робіт та послуг;
- функціональні, експлуатаційні й інші характеристики та супровідні документи;
- вимоги до транспортування (у разі необхідності);
- вартість, обсяги і терміни постачання.

Перш ніж замовити продукцію керівництво інституту аналізує адекватність установлених закупівельних вимог. Можливості постачальника визначаються до укладення з ним договору на основі аналізу раніше виконуваних (наданих) ним робіт чи послуг або постачання товарів. Вибір постачальників проводиться з урахуванням їх можливостей надання товарів, робіт чи послуг, що відповідають певним вимогам.

Для закупівлі товарів, робіт чи послуг укладаються договори, які реєструються та зберігаються у фінансово-економічному відділі. Договір повинен містити предмет договору, інформацію про постачальника (найменування, прізвище та ініціали посадової особи,

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 29
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

реквізити тощо), строки поставки або виконання, вартість, відповідальність, порядок розгляду суперечок.

7.4.3. Перевіряння закупленої продукції

Перш ніж прийняти закуплені товари, роботи або послуги кожний керівник структурного підрозділу інституту, який зробив замовлення, перевіряє характеристики товару, робіт або послуг на відповідність заявці, в якій містяться вимоги до закупівель.

7.5. Виробництво та обслуговування

7.5.1. Контроль виробництва та обслуговування

Інститут контролює процеси надання послуг таким чином, щоб забезпечити відповідність послуг встановленим вимогам. З цією метою для кожного виду послуг, що надаються інститутом, визначені керовані умови їх надання замовникам:

- задокументований порядок надання послуги (наприклад, у вигляді документованого процесу, інструкції тощо);
- порядок перевірки та оцінки відповідності послуги встановленим вимогам (п. 8.2.4 НСУЯ);
- кваліфікаційні вимоги до співробітників, залучених до надання послуги, вимоги щодо їх підготовки (якщо є потреба).

Процеси і відповідальність персоналу при наданні послуг замовникам відповідають встановленим у відповідних законодавчих та нормативно-правових актах, документованих МСУЯ. У документованих МСУЯ передбачено отримання та розгляд скарг і пропозицій замовників для контролю якості виконання та вдосконалення процесів діяльності.


7.5.2. Затвердження процесів виробництва та обслуговування

До послуг інституту, якість яких не може бути перевірена в повному обсязі до їх отримання замовниками, відносяться:

- підготовка магістрів за спеціальністю “Державне управління”;
- підготовка магістрів за спеціальністю “Публічне адміністрування”;
- підготовка магістрів за спеціальністю “Управління проектами”;
- підготовка спеціалістів за спеціальністю “Менеджмент організацій”;
- підготовка бакалаврів за напрямом “Менеджмент”;
- підготовка науково-педагогічних кадрів;
- підвищення кваліфікації;
- проведення науково-дослідних робіт;
- випуск збірників наукових праць;
- рецензування авторефератів, дисертацій та науково-методичної літератури.

Для кожної з вищезгаданих послуг визначені методи затвердження процесів їх надання, які встановлені у відповідних МСУЯ (МСУЯ–Н–01–08, МСУЯ–Н–02–09, МСУЯ–Н–03–09, МСУЯ–Н–04–09, МСУЯ–Н–05–08, МСУЯ–Н–06–08, МСУЯ–Н–07–08, МСУЯ–Н–08–10, МСУЯ–Н–09–08). Установлені методи є достатніми, щоб з прийнятним рівнем надійності гарантувати відповідність послуги зобов'язанням, які інститут прийняв на себе і довів до відома замовників.

До процесів, що вимагають офіційного визнання повноважним органом здатності інституту надавати освітні послуги за відповідними напрямами та керувати всіма параметрами щодо їх здійснення, відноситься ліцензування. Ліцензування освітньої

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 30
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

діяльності інституту та його акредитація здійснюються в установленому законодавством порядку. Відповідальність за своєчасну підготовку і проведення ліцензування освітньої діяльності інституту та його акредитацію несе директор інституту. Інформація про ліцензування діяльності інституту наведена в п. 1.1 цієї НСУЯ.

7.5.3. Ідентифікація та простежуваність

Відповідальність персоналу, методи ідентифікації запитів щодо надання послуг, що надходять до інституту, починаючи з їх приймання і до надання замовнику послуги, встановлені у відповідних документах:

- інструкція з діловодства інституту;
- інструкція за зверненнями громадян в органах державної влади і місцевого самоврядування, об'єднаннях громадян, на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності в засобах масової інформації;
- Положення про прийом слухачів до Національної академії державного управління при Президенті України;
- умови прийому до інституту;
- розпорядчі документи директора інституту;
- документи СУЯ.

На всіх етапах виконання робіт в інституті забезпечується можливість простежуваності певних характеристик послуг або документа – носія послуги. Для цього опис дій у документованих МСУЯ надано у графічному вигляді. Виконувані на всіх етапах проведення робіт моніторинг і вимірювання процесів та послуг забезпечують отримання даних, на підставі яких встановлюється їх статус:

- відповідна послуга/робота;
- невідповідна послуга/робота.

Послуги/роботи, що мають статус “невідповідні”, контролюються відповідно до вимог МСУЯ–У–04–10 “Контроль невідповідної послуги”.

7.5.4. Власність замовника


У межах управління власністю замовника інститут бере на себе зобов'язання зберігати в належному стані та повернути після закінчення навчання (або у разі відрахування) оригінали документів про загальну середню освіту (атестат про загальну середню освіту, додаток до атестату та сертифікат зовнішнього незалежного оцінювання). Протягом усього терміну навчання вищезазначені документи зберігаються в особових справах замовників.

У разі втрати чи пошкодження власності замовника інститут документально фіксує цей факт (відповідно до п. 4.2.4), інформує замовника та вживає заходи для виправлення ситуації, а також вживає заходи щодо уникнення повтору подібної ситуації.

7.5.5. Збереження продукції

Специфіка діяльності структурних підрозділів інституту не передбачає процедури щодо збереження продукції. Даний пункт включений лише для збереження нумерації відповідно до ДСТУ ISO 9001:2009 “Системи управління якістю. Вимоги”.

Збереження записів (протоколів) з якості здійснюється за МСУЯ–У–03–10 “Контроль протоколів системи управління якістю”.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 31
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

7.6. Контроль засобів моніторингу та вимірювального устаткування

Структурні підрозділи інституту у своїй діяльності не використовують засоби моніторингу і вимірювальної техніки. Даний пункт включений лише для збереження нумерації відповідно до ДСТУ ISO 9001:2009 “Системи управління якістю. Вимоги”.

8. Вимірювання, аналізування та поліпшування

8.1. Загальні положення

Планування та впровадження процесів моніторингу, вимірювання, аналізування та поліпшування містять дві фази управління процесами СУЯ:

- контроль якості надання послуг;
- поліпшування якості надання послуг.

Контроль якості процесів надання послуг містить:

- впровадження системи моніторингу і вимірювань процесів, послуг, задоволеності замовників тощо;
- систематичний аналіз даних системи моніторингу і вимірювань з метою визначення розходжень із встановленими цілями та запланованими заходами щодо їх досягнення.

Поліпшування СУЯ містить:

- здійснення коригувальних і запобіжних дій, необхідних для досягнення встановлених цілей і запланованих результатів;
- визначення та використання сприятливих можливостей на основі аналізу даних.

Процеси СУЯ контролюються уповноваженими особами у структурних підрозділах інституту, періодично визначається їх відповідність встановленим вимогам до якості і цілям у сфері якості (п. 8.2.3 НСУЯ). Зібрана інформація про функціонування процесів аналізується уповноваженими особами у структурних підрозділах інституту й на засіданнях КР та є підґрунтям для планування заходів щодо поліпшування СУЯ і використання визначених сприятливих можливостей (п. 8.4 НСУЯ).

8.2. Моніторинг і вимірювання

8.2.1. Задоволеність замовника


В інституті відстежується рівень задоволеності замовників якістю послуг, які вони отримують. Для забезпечення можливості критичного аналізування СУЯ з боку керівництва протягом річного циклу проводяться подібні дослідження за всіма видами послуг та категоріями замовників. Вимірювання рівня задоволеності замовників послуг базується на системі збору даних, отриманих у процесі анкетування, опитування або інших методів.

Основними джерелами інформації про задоволеність замовників є результати:

- прямого анкетування або опитування замовників;
- розгляду звернень, пропозицій та скарг замовників (п. 8.3 НСУЯ) тощо.

Збір інформації про задоволеність замовників проводиться після кожного надання відповідної послуги згідно з МСУЯ–3–03–09. Узагальнені результати в обов’язковому порядку розглядаються уповноваженими особами у структурних підрозділах інституту з метою виявлення можливих проблем та, у разі необхідності, проведення коригувальних або запобіжних дій (п. 8.4, 8.5.2, 8.5.3 НСУЯ). Дана інформація враховується при критичному аналізуванні СУЯ з боку керівництва у строки зазначені в МСУЯ–У–07–10.

Детальний опис процесу наведений у МСУЯ–3–03–09 “Вивчення задоволеності, очікувань та інформування замовників”.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 32
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

8.2.2. Внутрішній аудит

Внутрішній аудит проводиться з метою:

- визначення відповідності СУЯ вимогам ДСТУ ISO 9001:2009;
- визначення відповідності СУЯ вимогам інституту;
- аналізу ефективності СУЯ.

Внутрішній аудит проводиться за програмами, які розробляються з урахуванням результатів попередніх аудитів, а також з урахуванням статусу процесів, що підлягають аудиту.

Аудитори при проведенні аудитів повинні використовувати методи, що дозволяють забезпечити отримання об'єктивної і достовірної інформації. Аудиторами призначаються особи, не підлеглі особам, що відповідають за вид діяльності, яка перевіряється.

Процедури проведення внутрішнього аудиту задокументовані в МСУЯ–У–05–08 та здійснюються відповідно до ДСТУ ISO 19011:2003 “Настанови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і (або) екологічного управління”.

Планування і результати внутрішніх аудитів реєструються і оформляються протоколами, які управляються відповідно до МСУЯ–У–05–08.

Керівники структурних підрозділів, в яких був проведений аудит, зобов'язані, у разі потреби, розробити і реалізувати необхідні заходи (п. 8.5.2 НСУЯ) для усунення невідповідностей, виявлених при аудиті та (якщо це можливо) причин цих невідповідностей. Про результати виконання цих заходів складається звіт, який реєструється і оформляється протоколом згідно з МСУЯ–У–05–08.

8.2.3. Моніторинг і вимірювання процесів


Моніторинг і вимірювання процесів СУЯ проводяться з метою:

- забезпечення упевненості в тому, що процеси відповідають встановленим вимогам;
- розробки заходів щодо усунення невідповідності процесів встановленим вимогам (п. 8.5.2, 8.5.3 НСУЯ);
- поліпшування процесів СУЯ (п. 8.5.1 НСУЯ).

Критерії оцінки, методи, способи моніторингу та вимірювання процесів, періодичність та відповідальність встановлені у відповідних документах СУЯ (п. 7.1 НСУЯ). Збір даних для аналізу функціонування процесів включає наступні джерела інформації:

- результати контролю і вимірювання на відповідних стадіях процесів надання послуг (п. 8.2.4 НСУЯ);
- результати внутрішніх і зовнішніх перевірок (п. 8.2.2 НСУЯ);
- результати вимірювання та моніторингу задоволеності замовників (п. 8.2.1 НСУЯ).

Керівники процесів не рідше одного разу на рік (або з періодичністю, встановленою документованою МСУЯ), надають ССУЯ звіти про функціонування процесів. ССУЯ узагальнює надану інформацію та передає її керівництву інституту для критичного аналізування та прийняття рішень щодо підтримання результативності СУЯ та її поліпшування. Детальний опис процесу наведений у МСУЯ–У–07–10 “Критичне аналізування системи управління якістю з боку керівництва”.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 33
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № 1	Дата 29.08.11

8.2.4. Моніторинг і вимірювання послуг

Вимоги до якості надання послуг, включаючи критерії приймання, контролю і вимірювання, встановлені у відповідних нормативно-правових актах, МСУЯ–У–08–11 «Моніторинг діяльності та удосконалення» та інших документах СУЯ (п. 7.1 НСУЯ). Відповідальність персоналу при наданні послуг, а також контролю та перевірки їх відповідності чинним вимогам, встановлена у відповідних документах СУЯ.

Для кожної послуги, що надається інститутом, визначені дії щодо перевірки її відповідності визначеним характеристикам якості. Для кожної характеристики якості відповідної послуги визначені:

- схема перевірки (з визначеними параметрами вибірки);
- відповідальність за проведення перевірки;
- форма реєстрації результатів перевірки;
- дії, якщо при перевірці було встановлено невідповідність послуги.

Форми перевірки якості послуг:

- контроль дотримання термінів та стану виконання на кожному етапі надання послуг;
- перевірка дотримання умов надання освітніх послуг.

8.3. Контроль невідповідної послуги

Дії щодо невідповідної послуги розпочинають після виявлення робіт або послуг, які не відповідають установленим вимогам. Зазвичай невідповідну послугу можна виявити під час проведення моніторингу чи вимірювання послуг як у межах інституту, так і поза її межами – у замовника. Контроль невідповідної послуги здійснюється відповідно до МСУЯ–У–04–10 «Контроль невідповідної послуги».

Невідповідними послугами в інституті можуть бути:

- скорочення терміну навчання;
- перенесення терміну навчання;
- ліквідація спеціальності;
- таке інше.

Для своєчасного виявлення та усунення невідповідних робіт та послуг у МСУЯ–У–04–10 чітко визначені вимоги та умови функціонування кожного процесу, порядок ідентифікації та контролю невідповідностей.


Невідповідність може бути виявлена шляхом:

- перевірки якості послуг;
- аналізу скарг замовників;
- аналізу повторних звернень, доручень тощо;
- перевірки діяльності інституту уповноваженими органами.

Залежно від характеру невідповідності, її можливих наслідків, можливості її виправлення, законодавчих вимог, власниками процесів, де вона виявлена, можуть бути запропоновані наступні заходи:

- доопрацювання невідповідної послуги з метою її приведення у відповідність встановленим вимогам;
- повторне надання послуги;
- прийняття невідповідної послуги без змін, можливо, після узгодження із замовниками;
- відмова від надання послуги.

Характер невідповідностей, а також будь-які виконані в подальшому дії реєструються згідно з МСУЯ–У–04–10.

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 34
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

8.4. Аналізування даних

Керівництво інституту регулярно аналізує дані про діяльність, вимоги та очікування замовників, що надходять із різних джерел з метою визначення можливостей для удосконалення діяльності. Оцінка та постійне поліпшування результативності СУЯ здійснюється на основі аналізу даних, одержаних у результаті моніторингу та вимірювань процесів і робіт (п. 8.2.1, 8.2.3, 8.2.4 НСУЯ), а також даних внутрішніх аудитів (п. 8.2.2 НСУЯ).

Необхідні дані для аналізу:

- інформація щодо задоволеності замовників, скарги (п. 8.2.1 НСУЯ);
- результати внутрішніх аудитів (п. 8.2.2 НСУЯ);
- інформація про стан виконання коригувальних та запобіжних дій (п. 8.5.2, 8.5.3 НСУЯ);
- результати перегляду документації СУЯ;
- доповіді представника керівництва з СУЯ;
- інформація про виконання затверджених планів робіт;
- попередні дані критичного аналізування з боку керівництва;
- невідповідності щодо надання послуг.

Систематичний аналіз виконання інститутом покладених функцій і надання послуг замовникам здійснюється у формі: індивідуальне аналізування керівництвом інституту, розгляд на оперативних нарадах, засіданнях директорату, Вченої ради, КР, що оформлюється відповідними протоколами. Періодичність проведення аналізування встановлена внутрішніми документами СУЯ, відповідальність за надання даних для аналізування несуть керівники структурних підрозділів інституту.

Результатом аналізування є:

- розпорядчі документи;
- заходи щодо проведення коригувальних та запобіжних дій;
- заходи щодо вдосконалення та розвитку.

Аналізування даних з боку керівництва дозволяє виявити сприятливі можливості для поліпшування СУЯ (п. 8.5 НСУЯ).

8.5. Поліпшування

8.5.1. Постійне поліпшування

Постійне поліпшування СУЯ здійснюється на основі:


- політики і цілей у сфері якості (п. 5.3, 5.4.1 НСУЯ);
- результатів внутрішніх і зовнішніх аудитів (п. 8.2.2 НСУЯ);
- аналізування даних (п. 8.4 НСУЯ);
- коригувальних і запобіжних дій (п. 8.5.2, 8.5.3 НСУЯ);
- критичного аналізування з боку керівництва (п. 5.6 НСУЯ).

8.5.2. Коригувальні дії

Порядок здійснення коригувальних дій встановлений в МСУЯ–У–06–08 “Коригувальні та запобіжні дії”. Результати коригувальних дій реєструються й оформляються протоколами відповідно до МСУЯ–У–06–08.

Коригувальні дії розробляються для усунення причин:

- невідповідностей, виявлених у ході проведення планових чи позапланових зовнішніх та внутрішніх перевірок (аудитів) СУЯ;

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 35
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № ____	Дата ____

- невідповідностей, виявлених за результатами моніторингу процесів СУЯ;
- зауважень (скарги, претензії або рекламації) замовника;
- невиконання установлених вимог до процесів надання послуг.

При виявленні невідповідностей у ході контролю діяльності, виконання встановлених процедур, функціонування процесу керівники структурних підрозділів повинні здійснити:

- аналіз виявленої невідповідності;
- встановити причину;
- визначити коригувальні заходи, терміни і відповідальних за усунення причини невідповідності;
- оцінку потреби в заходах, які гарантують, що невідповідності не повторяться;
- контроль виконання запланованих коригувальних дій.

8.5.3. Запобіжні дії

Порядок здійснення запобіжних дій встановлений в МСУЯ–У–06–08 “Коригувальні та запобіжні дії”. З метою усунення причин потенційних невідповідностей СУЯ, виконуються запобіжні дії, яким передують:

- визначення потенційних невідповідностей і причин їх виникнення;
- оцінка необхідності в запобіжних діях;
- розробка необхідних запобіжних дій.

Запобіжні дії виконуються по відношенню до причин невідповідностей, які можуть виникнути. Потрібно проводити вивчення доступної інформації для виявлення, аналізування та усунення потенційних причин невідповідностей. Керівник структурного підрозділу повинен постійно аналізувати свою діяльність та планувати запобіжні дії. Персоналу рекомендовано визначати галузі, в яких можуть виникнути потенційні невідповідності та повідомляти про це керівників структурних підрозділів.


У загальному випадку запобіжні дії розробляються і застосовуються у випадках виявлення потенційних невідповідностей у ході:

- аналізування діяльності інституту;
- аналізування використання ресурсів (персонал, інфраструктура);
- аналізування задоволеності замовників;
- аналізування записів з якості.

Розробив та вніс на затвердження:

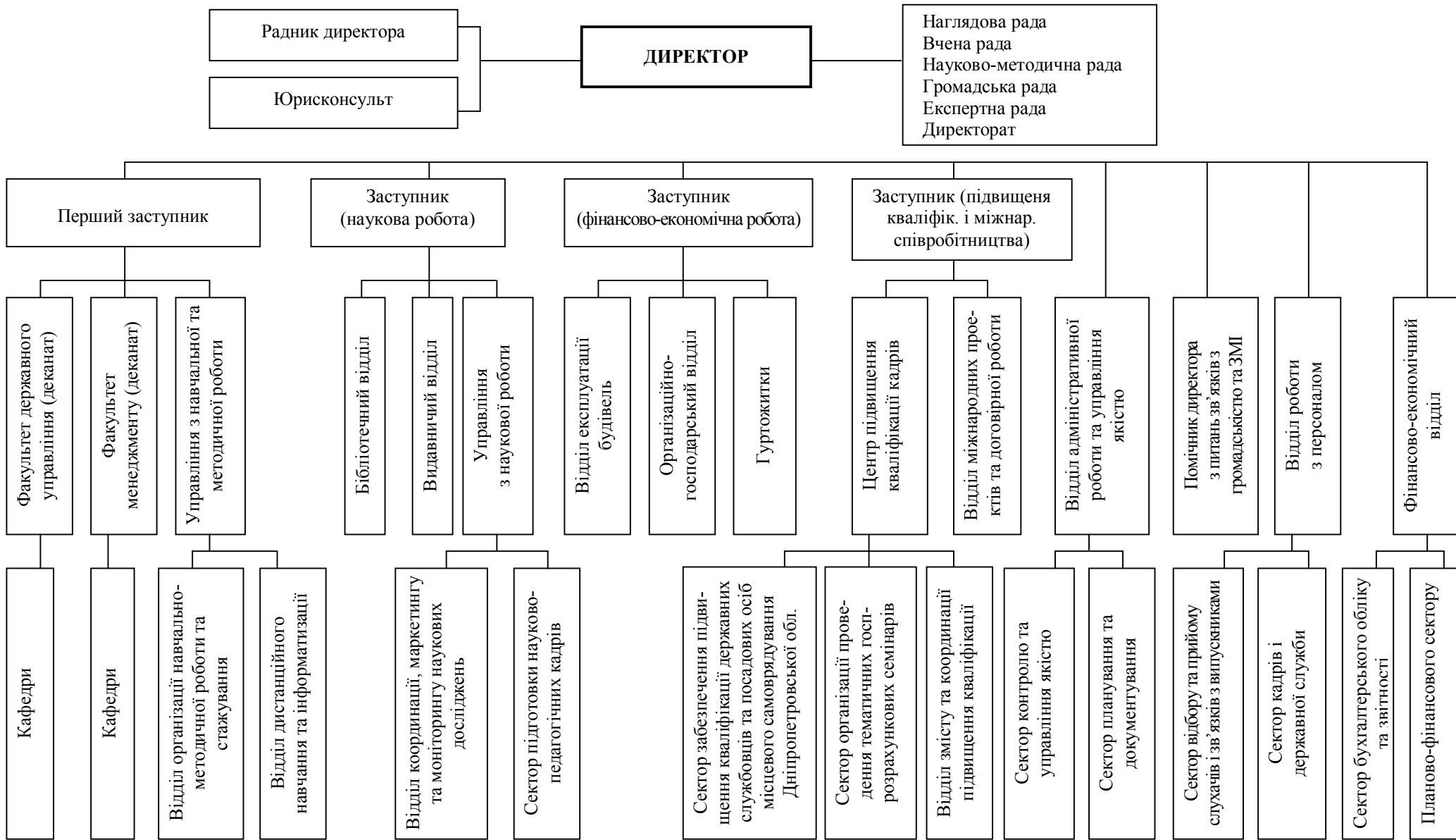
завідувач сектору контролю та управління якістю відділу адміністративної роботи та управління якістю


Н.М.Літвінова

	документ системи управління якістю		НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості		Редакція 2	
			Сторінок 48	Сторінка 36
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА		Зміна № _____	Дата _____

ЗАГАЛЬНА СТРУКТУРА ІНСТИТУТУ

ДОДАТОК А




	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 37
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № 1	Дата 29.08.11


ДОДАТОК Б

**Перелік процесів,
охоплених системою управління якістю,
у Дніпропетровському регіональному інституті державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України**


№ з/п	Назва процесу	Пункти НСУЯ, що стосуються процесу	Власник процесу	Учасники процесу
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Управлінські процеси</i>				
1.	Стратегічне планування	7.1	директор	вище керівництво, керівники структурних підрозділів
2.	Контроль документів СУЯ	4.2.3	головний уповноважений СУЯ	структурні підрозділи, ССУЯ, КР
3.	Контроль протоколів СУЯ	4.2.4	керівники структурних підрозділів	структурні підрозділи, ССУЯ, КР
4.	Контроль невідповідної послуги	8.3	директор	власники процесів, керівники процесів
5.	Внутрішній аудит	8.2.2	ССУЯ	структурні підрозділи, аудиторська група, КР, директор
6.	Коригувальні та запобіжні дії	8.5.2, 8.5.3	власники процесів	керівники процесів, аудиторська група, директор
7.	Критичне аналізування СУЯ з боку керівництва	5.6	директор	керівники структурних підрозділів, КР, ССУЯ
8.	Моніторинг діяльності та удосконалення	8.2, 8.5	директор	вище керівництво, директорат, НМР, ЕР, ВР, КР, керівники структурних підрозділів

	документ системи управління якістю		НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості		Редакція 2	
			Сторінок 48	Сторінка 38
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА		Зміна № 1	Дата 29.08.11

1	2	3	4	5
<i>Процеси надання послуг</i>				
9.	Підготовка магістрів за спеціальністю “Державне управління”	7.5	перший заступник директора	ДФДУ, кафедри, СПС, ВДНІ, ВНМР, БВ
10.	Підготовка магістрів за спеціальністю “Управління проектами”	7.5	перший заступник директора	ДФМ, кафедри, СПС, ВДНІ, ВНМР, БВ
11.	Підготовка спеціалістів за спеціальністю “Менеджмент організацій”	7.5	перший заступник директора	ДФМ, кафедри, СПС, ВДНІ, ВНМР, БВ
12.	Підготовка бакалаврів за напрямом “Менеджмент”	7.5	перший заступник директора	ДФМ, кафедри, СПС, ВДНІ, ВНМР, БВ
13.	Підготовка науково-педагогічних кадрів	7.5	начальник управління з наукової роботи	СНПК, кафедри, Вчена рада
14.	Підвищення кваліфікації	7.5	начальник ЦПКК	ВКПК, СПКО, СТГС, кафедри, ВНМР, ВДНІ
15.	Проведення науково-дослідних робіт	7.5	начальник управління з наукової роботи	ВНДР, творчі колективи, ВВ Експертна рада,
16.	Випуск збірників наукових праць	7.5	заступник директора з наукової роботи	ВВ, Вчена рада, редакційна колегія
17.	Рецензування авторефератів, дисертацій та науково-методичної літератури	7.5	завідувачі кафедр	кафедри, наукові та науково-педагогічні працівники, СКДС
18.	Підготовка магістрів за спеціальністю «Публічне адміністрування»	7.5	перший заступник директора	ДФДУ, кафедри, СПС, ВДНІ, ВНМР, БВ
<i>Процеси забезпечення надання послуг</i>				
19.	Планування навчального процесу	4.1.3, 7.1	начальник управління з навчальної та методичної роботи	ВНМР, кафедри, ЦПКК, СНПК
20.	Навчально-методичне забезпечення	4.1.3, 7.1	начальник управління з навчальної та методичної роботи	кафедри, ВНМР, ЦПКК, науково-методична рада, Вчена рада, ВВ
21.	Вивчення задоволеності, очікувань та інформування замовників	5.2, 7.2.3, 8.2.1	директор	керівники процесів, ССУЯ, ДФДУ, ДФМ, ЦПКК, СНПК, ВВ

	документ системи управління якістю	НСУЯ–01–10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 39
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № 1	Дата 29.08.11

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
22.	Супроводження веб-сайтів	4.1.3, 6.3.2, 7.1	начальник управління з навчальної та методичної роботи	ВДНІ, директорат, помічник директора, структурні підрозділи
23.	Організація роботи Вченої ради інституту	4.1.3	голова Вченої ради	Вчена рада, структурні підрозділи
24.	Організація діловодства й архівної справи	4.1.3	начальник ВАР	ВАР, структурні підрозділи, експертна комісія
<i>Процеси управління ресурсами</i>				
25.	Управління персоналом	6.2	начальник відділу роботи з персоналом	СКДС, співробітники, Вчена рада
26.	Управління інфраструктурою	6.3.1	заступник директора з фінансово-економічної роботи	ВЕБ, ОГВ, гуртожитки, структурні підрозділи
27.	Управління інформаційними ресурсами, засобами їх зберігання та передачі	6.3.2	начальник управління з навчальної та методичної роботи	ВДНІ, структурні підрозділи, БВ, інвентаризаційна комісія

	документ системи управління якістю	НСУЯ-01-10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 41
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № 1	Дата 29.08.11

ДОДАТОК Г

ПОЛІТИКА У СФЕРІ ЯКОСТІ


МІСІЯ ІНСТИТУТУ: здійснення професійної підготовки висококваліфікованих відповідальних кадрів для державного управління та місцевого самоврядування й інших сфер, спроможних розробляти, аналізувати і реалізовувати державну політику, творчо, ефективно й результативно виконувати управлінські функції, якісно надавати адміністративні послуги, сприяти інноваційним процесам у суспільстві.

ПРІОРИТЕТИ ДІЯЛЬНОСТІ ІНСТИТУТУ:

- реалізація державної політики у сфері підготовки та підвищення кваліфікації кадрів для сфер державного управління, місцевого самоврядування та інших;
- безперервне підвищення якості освітніх послуг, що надаються інститутом;
- найбільш повне задоволення вимог та очікувань замовників освітніх послуг;
- забезпечення відповідності освітньої діяльності інституту державним освітнім стандартам і вимогам міжнародних стандартів до системи управління, зростаючим потребам суспільства у кваліфікованих спеціалістах та науково-педагогічних кадрах вищої кваліфікації;
- актуалізація змісту навчання відповідно до потреб держави, органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування регіону та особистісних потреб слухачів;
- упровадження сучасних освітніх та інформаційних технологій у навчальний процес для підвищення результативності якості освітніх послуг;
- постійне підвищення професіоналізму та компетентності співробітників і науково-педагогічних працівників інституту;
- досягнення лідируючих позицій серед вищих навчальних закладів України та створення позитивного іміджу інституту.


РЕАЛІЗАЦІЯ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ЯКОСТІ ДОСЯГАЄТЬСЯ ШЛЯХОМ:

- вивчення та впровадження в навчальний процес кращих досягнень вітчизняних та зарубіжних науковців, викладачів, управлінців;
- поєднання навчального процесу з науковими дослідженнями та розробками, укріплення зв'язків з органами влади, підприємствами й організаціями;
- підвищення ефективності управлінських рішень на основі регулярного моніторингу, вимірювання і аналізу результативності процесів діяльності, що включають вивчення задоволеності замовників якістю освітніх послуг і ефективного використання ресурсів;
- забезпечення функціонування та постійного поліпшення результативності системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009;
- оновлення та модернізації матеріально-технічної бази інституту;

	документ системи управління якістю	НСУЯ-01-10	
	Настанова щодо якості	Редакція 2	
		Сторінок 48	Сторінка 42
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА	Зміна № 1	Дата 29.08.11

- створення в інституті атмосфери професійної вимогливості, доброзичливості, відкритості, взаємної допомоги;
- розуміння кожним співробітником інституту важливості системи управління якістю як конкурентної переваги інституту серед інших вищих навчальних закладів України.


Відповідальність за реалізацію цієї політики і забезпечення усіма необхідними ресурсами бере на себе вище керівництво інституту.

	документ системи управління якістю												НСУЯ–01–10													
	Настанова щодо якості												Редакція 2													
													Сторінок 48							Сторінка 43						
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА												Зміна № 1							Дата 29.08.11						


ДОДАТОК Д

**МАТРИЦЯ
розподілу відповідальності та повноважень**

	директор інституту	перший заст.. директора	заст.. директора з ФЕР	заступник директора з	головний уповноважений	уповноважені у СП	власники процесів	керівники процесів	КР	ССУЯ	керівник АГ	розробники документів	начальник УНМР	начальник ВДНІ	начальник ВНМР	начальник УНР	начальник ВНДР	завідувач СНПК	начальник ВВ	начальник ВРП	завідувач СКДС	завідувач СПС	начальник ЦПКК	начальник ВКПК	завідувач СПКО	завідувач СТГС	начальник ВАР	завідувач СПД	начальник ВЕБ	начальник ОГВ	декан ФДУ	декан ФМ	зав. кафедр / кафедри	НПП	голова Вченої ради	секретар Вченої ради	керівники СП / СП			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38			
Управлінські процеси																																								
Стратегічне планування	В	К	У	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	
Контроль документів СУЯ	-	-	-	-	В	-	-	-	У	У	-	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У
Контроль протоколів СУЯ	-	-	-	-	-	К	-	-	У	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В
Контроль невідповідної послуги	В	-	-	-	-	-	К	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Внутрішній аудит	У	-	-	-	-	-	-	-	У	В	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	
Коригувальні та запобіжні дії	У	-	У	У	-	-	В	К	-	-	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	
Критичне аналізування СУЯ з боку керівництва	В	-	-	-	-	-	У	У	У	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Моніторинг діяльності та удосконалення	В	У	-	У	-	-	-	-	У	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	У	У		

	документ системи управління якістю																НСУЯ-01-10											
	Настанова щодо якості																Редакція 2											
																	Сторінок 48						Сторінка 44					
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА																Зміна № 1						Дата 29.08.11					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38			
Процеси надання послуг																																								
Підготовка магістрів за спеціальністю “Державне управління”	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	У	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	К	-	У	-	-	-	-	
Підготовка магістрів за спеціальністю “Управління проектами”	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	У	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	К	У	-	-	-	-	
Підготовка спеціалістів за спеціальністю “Менеджмент організацій”	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	У	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	К	У	-	-	-	-		
Підготовка бакалаврів за напрямом “Менеджмент”	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	У	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	К	У	-	-	-	-		
Підготовка науково-педагогічних кадрів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	-	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	-	У	У	-	
Підвищення кваліфікації	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	У	-	-	-	-	-	-	-	В	К	К	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-
Проведення науково-дослідних робіт	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	К	-	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-	
Випуск збірників наукових праць	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	
Рецензування авторефератів, дисертацій та науково-методичної літератури	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	К	-	-	-	
Підготовка магістрів за спеціальністю «Публічне адміністрування»	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	У	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	К	-	У	-	-	-	-	

	документ системи управління якістю																НСУЯ-01-10											
	Настанова щодо якості																Редакція 2											
																	Сторінок 48						Сторінка 45					
ДРІДУ НАДУ	НАСТАНОВА																Зміна № 1						Дата 29.08.11					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		
Процеси забезпечення надання послуг																																							
Планування навчального процесу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	-	К	-	-	У	-	-	-	-	-	-	У	У	У	-	-	-	-	-	-	У	-	-	-	-
Навчально-методичне забезпечення	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	-	У	-	-	-	У	-	-	-	-	-	У	У	У	-	-	-	-	-	-	К	-	У	У	-
Вивчення задоволеності, очікувань та інформування замовників	В	-	-	-	-	-	-	-	К	-	У	-	-	-	-	-	-	У	У	-	-	-	-	-	У	У	У	-	-	-	-	У	У	-	-	-	-	-	
Супроводження веб-сайтів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	
Організація роботи Вченої ради інституту	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	К	У	
Організація діловодства й архівної справи	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	К	-	-	-	-	-	-	-	У	
Процеси управління ресурсами																																							
Управління персоналом	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	
Управління інфраструктурою	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	К	У	-	-	-	-	-	-	-	У	
Управління інформаційними ресурсами, засобами їх зберігання та передачі	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	К	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	У	

В – власник процесу – посадова особа або структурний підрозділ, відповідальні за функціонування, моніторинг та аналізування процесу

К – керівник процесу – посадова особа або структурний підрозділ, відповідальні за виконання та контролювання процесу

У – учасник процесу – посадові особи або структурні підрозділи, що беруть участь у реалізації процесу

