

	Министерство образования Республики Беларусь
	Учреждение образования «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники»
	СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
	<i>Документированная процедура</i> КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ
	ДП 4.6-2017



УТВЕРЖДАЮ
Ректор БГУИР

М.П. Батура
2017 г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Документированная процедура

**КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ**

ДП 4.6-2017

Версия 03

Минск



Предисловие

1 РАЗРАБОТАНА Учреждением образования «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники»

ИСПОЛНИТЕЛИ:

Чумаков О.А., ст. преподаватель каф. СУ

Алябьева И.И., начальник ОМК

Лысеня А.А., специалист ОМК

Кривенков А.В., зам декана ФИНО

ВНЕСЕНА

Рабочей группой по созданию и внедрению системы менеджмента качества образования

2 УТВЕРЖДЕНА И ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ

приказом ректора от 14.12.2017 № 304

3 ВВЕДЕНА ВЗАМЕН ДП 4.6-2015 (версия 02)

© БГУИР

Настоящая документированная процедура не может быть тиражирована и распространена без разрешения учреждения образования «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники»

	<i>Документированная процедура КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ</i>	ДП 4.6-2017
---	--	--------------------

СОДЕРЖАНИЕ

1 Назначение и область применения.....	4
2 Нормативные ссылки.....	4
3 Термины, обозначения, сокращения.....	4
4 Общие положения.....	5
5 Описание процедуры.....	7
6 Ответственность и полномочия.....	8
7 Записи.....	10
Приложение А Графическое описание процедуры.....	11
Приложение Б План корректирующих/предупреждающих действий.....	12



1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура описывает порядок и ответственность при проведении работ по разработке, выполнению, контролю и оценке результативности корректирующих и предупреждающих действий, направленных на устранение причин выявленных и потенциальных несоответствий, и является документом СМК университета.

1.2 Требования настоящей документированной процедуры обязательны для всех структурных подразделений университета, входящих в область распространения действия СМК университета.

1.3 Владельцем настоящей документированной процедуры является проректор по учебной работе.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. СТБ ISO 9001 Системы менеджмента качества. Требования
2. СТБ ISO 9004 Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества.
3. СТБ ИСО 9000 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
4. РК 1.0 Руководство по качеству
5. ДП 4.1 Мониторинг, измерение, оценка процессов
6. ДП 4.3 Внутренние аудиты
7. ДП 4.7 Управление несоответствиями
8. ДП 3.19 Управление документацией
9. ДП 3.20 Управление записями

3 ТЕРМИНЫ, ОБОЗНАЧЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины

В настоящем документе используются термины и определения по СТБ ИСО 9000, словарю СТО 1.0.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия (осуществляется, как правило, в сочетании с корректирующим действием).

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины несоответствия и предупреждения повторного его возникновения.

Предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или причины другой потенциально нежелательной ситуации.

Результативность КД – степень реализации запланированных КД.



Соответствие – выполнение требования.

Несоответствие – невыполнение требования.

3.2 Обозначения и сокращения

ПРК – представитель руководства по качеству;

СП – структурное подразделение;

СМК – система менеджмента качества;

ВА – внутренний аудит;

КД – корректирующее действие;

ПД – предупреждающее действие

ПН – протокол несоответствия;

АУ – аспект для улучшения

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Коррекция, КД и ПД направлены на повышение результативности процессов, деятельности СП, СМК университета и включают:

– действия, предпринятые для устранения обнаруженного несоответствия;

– действия, предпринятые для устранения причин обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации;

– действия, предпринятые для устранения причин потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

Конечной целью КД/ПД является улучшение качества продукции, услуг, функционирования процессов и СМК университета в целом.

4.2 В процессе выполнения КД и ПД принимают участие руководители и работники соответствующих подразделений.

4.3 Ресурсы, необходимые для проведения КД и ПД, определяются руководителем СП и выделяются руководством БГУИР.

4.4 Соответствующие КД устраняют обнаруженные несоответствия и направляются на устранение причин обнаруженных несоответствий для избегания повторного возникновения проблем.

4.4.1 Основанием для проведения КД являются результаты мониторинга, внутренних и внешних аудитов и иных внутренних и внешних проверок.

4.4.2 КД должны проводиться без излишней задержки. Срок проведения КД с момента определения причин несоответствий для выявленных и идентифицированных несоответствий, как правило, не должен превышать одного месяца.

4.5 Источники информации, по которым может быть принято решение о разработке КД/ПД:



- отрицательные отзывы потребителей;
- выполнение требований НПА, ТНПА;
- изменение требований входных данных
- выходные данные анализа со стороны руководства;
- выходные данные анализа информации;
- выходные данные измерений удовлетворенности;
- измерения, мониторинг процессов;
- результаты самооценки;
- результаты внутренних и внешних аудитов;
- предложения, замечания сотрудников;
- повторяемость несоответствий продукции установленным требованиям;
- информация о наличии, повторяемости и частоте возникновения аналогичных отклонений.

4.6 Способы установления причин несоответствий:

- анализ, проводимый внутренним аудитором или группой, назначенной для разработки КД;
- статистические методы;
- социологические методы;
- аналитические методы.

4.7 ПД направлены на устранение причин потенциальных несоответствий, на снижение или устранение рисков нарушения требований потребителя.

4.7.1 Основанием для проведения ПД являются результаты мониторинга, анализа СМК со стороны руководства, внутренних и внешних аудитов и иных внутренних и внешних проверок.

4.7.2 ПД должны проводиться без излишней задержки. Срок проведения ПД с момента определения причин потенциальных несоответствий, как правило, не должен превышать трех месяцев. Срок реализации АУ не должен превышать одного года.

4.8 Потенциальные несоответствия могут быть обнаружены вследствие постоянного мониторинга процессов и включают:

- измерение удовлетворенности потребителей;
- мониторинг, измерение, оценка процессов;
- внутренний аудит;
- маркетинговые исследования.

4.9 Потенциальное несоответствие может иметь вероятностный характер или быть связано с развитием вуза. Потенциальные несоответствия, имеющие высокий уровень риска, должны быть устранены в кратчайшие сроки. Если уровень риска признан низким, то допускается не проводить соответствующее ПД.



4.10 Если ПД принято к выполнению, то назначается ответственный за его выполнение и срок выполнения.

5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

5.1 Выявление несоответствий (потенциальных несоответствий) производится в процессе мониторинга надлежащего функционирования процессов СМК, внутренних и внешних проверок. Сущность несоответствия должна быть сформулирована конкретно и объективно: наименование требования, которое было не выполнено; содержание отклонения; документированное свидетельство.

5.2 Регистрация и идентификация несоответствий проводится в соответствующих документах внутренним аудитором совместно с руководителями СП, в которых были выявлены несоответствия.

5.3 Анализ и установление причин несоответствий/потенциальных несоответствий выполняется ответственными исполнителями процессов СМК совместно с руководителями СП, в которых несоответствие было выявлено. Если обнаружено несколько причин одного несоответствия, то они распределяются в соответствии с важностью (устанавливается рейтинг причин).

5.4 Разработка КД/ПД проводится для устранения причин несоответствия и предотвращения его повторного возникновения. В зависимости от характера и причин возникновения на одно несоответствие может быть запланировано, разработано несколько КД/ПД и, соответственно, на несколько несоответствий – одно КД/ПД.

5.5 Контроль выполнения КД/ПД осуществляют руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, начальник ОМК или внутренний аудитор.

5.6 Определяется полнота выполнения КД/ ПД.

5.7 Регистрация выполнения КД/ПД проводится в соответствующих документах (формы записей приведены в разделе 7).

5.8 Определение эффективности КД/ПД производится после их выполнения.

5.9 КД или ПД признаются эффективными, если в результате их выполнения несоответствие считается закрытым. Если КД признается неэффективным, то дальнейший порядок работы определен выше. Таким образом, процесс может повторяться циклически, пока несоответствие не будет устранено и КД признано эффективным.

5.10 Если КД или ПД нельзя выполнить только силами подразделения, то они согласуются и включаются в планы мероприятий других подразделений по их организации и назначаются ответственные лица (соисполнители).

5.11. Оценку результативности КД в СП осуществляют внутренние аудиторы. КД считается результативным, если выявленное несоответствие не



повторилось в данном СП в течение отчетного периода. Повторяющееся несоответствие вызывает более детализированный анализ причин возникновения.

ПД считается результативным, если устранены причины возникновения потенциальных несоответствий. Анализ результативности/эффективности проведенных КД и ПД проводится в целом за год и включается в итоговый отчет.

5.12. Оценка результативности КД/ПД является обязательной составляющей данных для анализа СМК со стороны руководства.

Общая схема процедуры приведена в приложении А.

6 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

Матрица ответственности процедуры КД приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Матрица ответственности процедуры КД

Ход процесса	Ответственный за принятие решения	Исполнитель
Выявление несоответствий	ПРК, внутренний аудитор	Руководитель СП
Регистрация и идентификация несоответствий	Внутренний аудитор	Руководитель СП
Анализ и установление причин несоответствий	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Сотрудники СП, в котором возникло несоответствие
Разработка КД/ПД по устранению несоответствий	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Сотрудники СП, в котором выявлено несоответствие
Выполнение КД/ПД	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Сотрудники СП, в котором выявлено несоответствие
Контроль выполнения КД/ПД	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Сотрудники СП, в котором выявлено несоответствие
Регистрация выполнения КД/ПД	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие
Оценка эффективности КД/ПД	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие
Составление отчета за год	ПРК, внутренний аудитор	Руководитель и сотрудники СП, в котором проведены КД

	<i>Документированная процедура КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ</i>	ДП 4.6-2017
---	--	--------------------

Анализ эффективности проведения КД/ПД	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель и сотрудники СП, в котором проведены КД
Включение КД/ПД в планы мероприятий	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель и сотрудники СП, в котором проведены КД

Матрица ответственности процедуры ПД приведена в таблице 2.

Таблица 2 – Матрица ответственности процедуры ПД

Ход процесса	Ответственный за принятие решения	Исполнитель
Прогнозирование потенциального несоответствия	ПРК, внутренний аудитор, руководитель СП	Руководитель СП, сотрудники
Обработка данных о несоответствии с выявлением причины его возможного возникновения	Руководитель СП, в котором может возникнуть несоответствие	Сотрудники СП, в котором может возникнуть несоответствие
Разработка вариантов ПД	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Сотрудники СП в котором выявлено потенциальное несоответствие
План ПД	ПРК, внутренний аудитор	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие
Реализация ПД	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Сотрудники СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие
Ход процесса	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Исполнитель
Внесение изменений в план ПД	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие
Запись регистрации ПД	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие

	Документированная процедура КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.6-2017
Проведение контроля за реализованными ПД	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие
Оценка эффективности ПД	ПРК, руководитель СП	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие

7 ЗАПИСИ

7.1 Регистрация выполнения КД/ПД выполняется в формах, предусмотренных соответствующими ДП (протоколы несоответствий, аспекты для улучшений, планы КД/ПД, отчеты, акты).

7.2 План КД/ПД составляется с учетом характера выявленных несоответствий, определения причины, перечня КД/ПД, сроков выполнения, назначения ответственного за реализацию и определения затрат на реализацию.

7.3 Рекомендуемая форма плана КД/ПД, регистрации выполнения КД/ПД приведена в приложении Б.

7.4 Возможно ведение, хранение записей, как на бумажном, так и на электронном носителе.

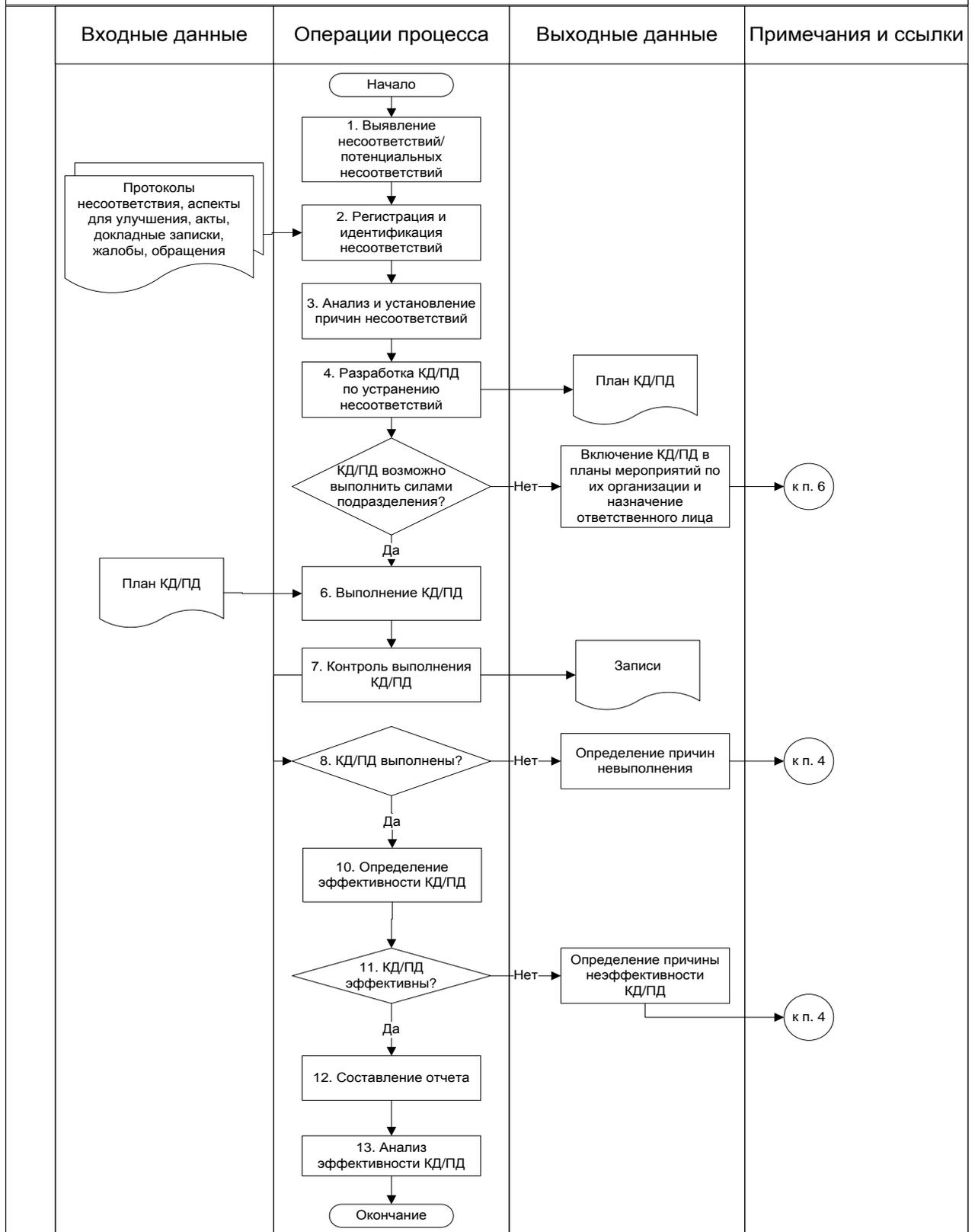
7.5 Срок хранения записей три года.

7.6 Управление записями осуществляется в соответствии с ДПЗ.20 Управление записями.



Приложение А Графическое описание процедуры

ДП 4.6 Корректирующие и предупреждающие действия



	Документированная процедура КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.6-2017
---	--	--------------------

Приложение Б (справочное)
План корректирующих/предупреждающих действий

Несоответствие/ потенциальное несоответствие	Причина несоответствия	Корректирующие/ предупреждающие действия	Ответственный за реализацию КД/ПД	Срок выполнения	Отметка о выпол- нении
1	2	3	4	5	7

Руководитель СП _____

подпись

ф.и.о.

Дата