	Министерство образования Республики Беларусь Учреждение образования «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники»
	СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
	<i>Документированная процедура</i> КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ
	ДП 4.6-2023



В.А. Богуш
 2023 г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Документированная процедура **КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ**

ДП 4.6-2023
Версия 04

Минск



Документированная процедура
**КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ**

ДП 4.6-2023

Предисловие

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

ИСПОЛНИТЕЛИ:

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

Алябьева И.И., начальник ОМК

Кривенков А.В., начальник ЦРДО

ВНЕСЕНА

Рабочей группой по созданию и внедрению системы менеджмента качества образования

2 ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ

приказом ректора от 31.10.2023 №489

3 ВВЕДЕНА ВЗАМЕН ДП 4.6-2017 (версия 03)

© БГУИР

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

Издана на русском языке

	<p>Документированная процедура КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ</p>	<p>ДП 4.6-2023</p>
---	--	---------------------------

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
Лист согласования.....	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.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. СТБ ISO 9001 Системы менеджмента качества. Требования
2. СТБ ISO 9000 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
3. РК 1.0 Руководство по качеству
4. ДП 1.6 Анализ СМК руководством
5. ДП 4.1 Мониторинг, измерение, оценка процессов
6. ДП 4.2 Мониторинг и оценка обучающихся
7. ДП 4.3 Внутренние аудиты
8. ДП 4.5 Оценка удовлетворенности потребителей
9. ДП 4.7 Управление несоответствиями
10. ДП 3.19 Управление документацией
11. ДП 3.20 Управление записями

3 ТЕРМИНЫ, ОБОЗНАЧЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины

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

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

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

Предупреждающее действие (действие по улучшению) (ПД) – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или причины другой потенциально нежелательной ситуации.

Результативность КД – степень реализации запланированных КД.

Несоответствие – невыполнение требования.



3.2 Обозначения и сокращения

АУ – аспект для улучшения

ВА – внутренний аудит;

КД – корректирующее действие;

НПА – нормативно-правовой акт;

ОМК – отдел менеджмента качества;

ПД – предупреждающее действие

ПН – протокол несоответствия;

ПРК – представитель руководства по качеству;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;

ТНПА – технический нормативно-правовой акт.

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 СП, в которых обнаружены несоответствия.

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

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 работников;
- повторяемость несоответствий продукции установленным требованиям;
- информация о наличии, повторяемости и частоте возникновения аналогичных несоответствий.

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 при:

- оценке удовлетворенности потребителей;
- мониторинге, измерении, оценке процессов;
- внутреннем аудите;
- маркетинговых исследованиях.

4.9 Потенциальное несоответствие может иметь вероятностный характер. 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, сроки выполнения, необходимый ресурс.



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 по формам записей, приведенным в разделе 7 настоящей процедуры.

5.8 Определение результативности КД/ПД производится после их выполнения.

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

5.10 Если КД или ПД нельзя выполнить только силами СП, в котором выявлено несоответствие, то они согласуются и включаются в планы мероприятий других СП 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 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 к настоящей документированной процедуре.

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, руководитель СП, внутренний аудитор	Руководитель СП, аудитор
Регистрация и идентификация несоответствий	Внутренний аудитор	Руководитель СП, аудитор
Анализ и установление причин несоответствий	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель СП, работники СП, в котором возникло несоответствие
Разработка КД/ПД по устранению несоответствий	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Работники СП, в котором выявлено несоответствие
Выполнение КД/ПД	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Работники СП, в котором выявлено несоответствие
Контроль выполнения КД/ПД	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Работники СП, в котором выявлено несоответствие, аудитор
Регистрация выполнения КД/ПД	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, аудитор
Оценка результативности КД/ПД	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, аудитор
Составление отчета за год	ПРК, внутренний аудитор	Руководитель и работники СП, в котором проведены КД, аудитор



Документированная процедура
КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ


ДП 4.6-2023

Анализ результативности проведения КД/ПД, планы мероприятий	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель 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, работники
Обработка данных о несоответствии с выявлением причины его возможного возникновения	Руководитель СП, в котором может возникнуть несоответствие	Работники СП, в котором может возникнуть несоответствие
Разработка вариантов ПД	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Работники СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие
План ПД (при необходимости)	ПРК, внутренний аудитор	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие
Реализация ПД	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Работники СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие
Внесение изменений в план ПД (при необходимости)	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие
Проведение контроля за реализованными ПД	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие	Руководитель СП, в котором выявлено потенциальное несоответствие

	<i>Документированная процедура КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ</i>	ДП 4.6-2023
---	--	--------------------

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/ресурсов на реализацию.

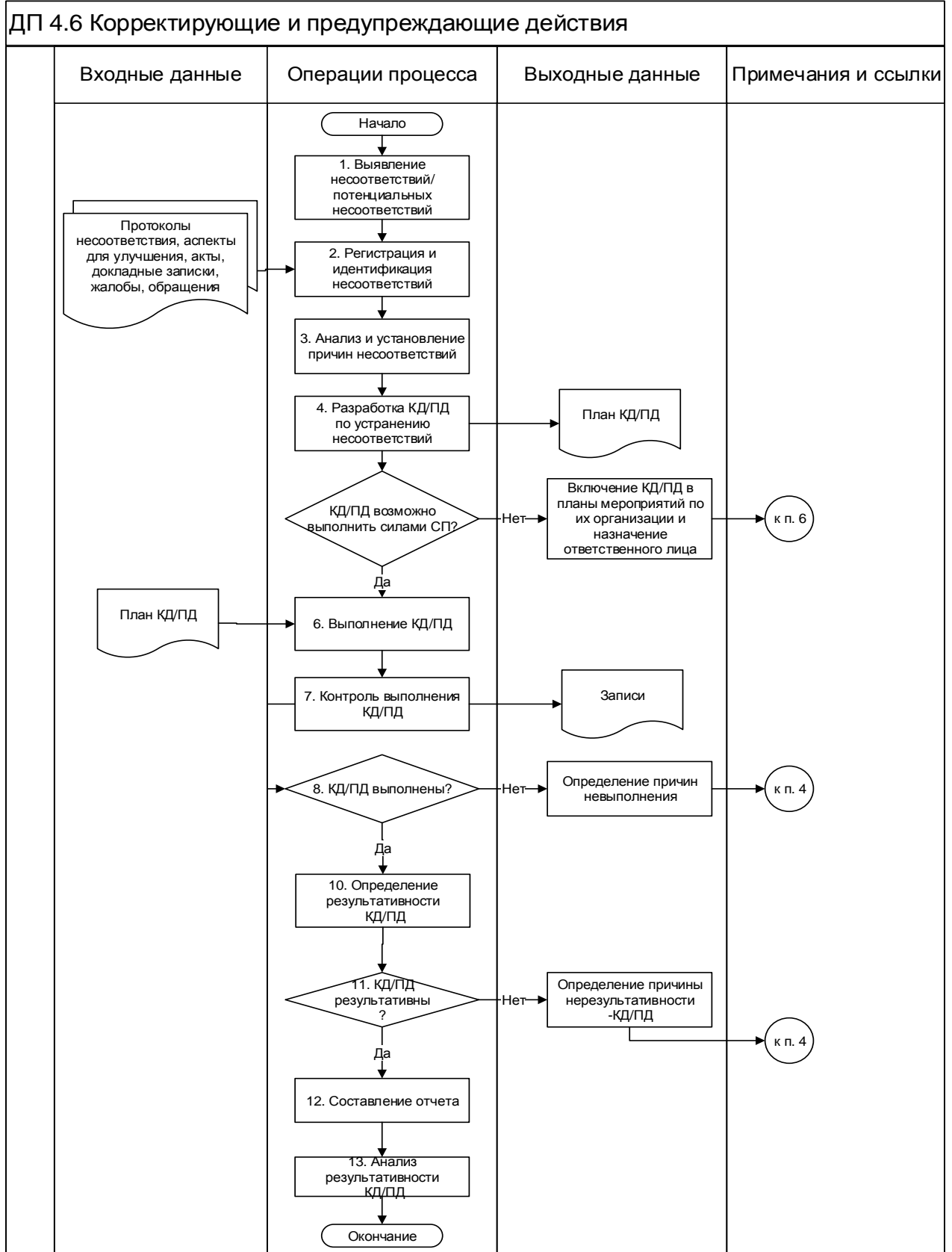
7.3 Возможно ведение, хранение записей, как на бумажном, так и на электронном носителе.

7.4 Срок хранения записей – отчетный период.

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



Приложение А Графическое описание процедуры



	Документированная процедура КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.6-2023
---	---	--------------------

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Должность	ФИО	Подпись	Дата
Первый проректор	Давыдов М.В.		
Проректор по учебной работе	Рыбак В.А.		
Начальник юридического отдела	Матусевич А.Д.		
Начальник отдела менеджмента качества	Алябьева И.И.		