

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАНТЫ-МАНСКИЙ АУТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»			
	Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 2
			стр. 1 из 22



2017 г

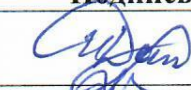
Система менеджмента качества СурГУ. Документированная процедура

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

ДП-1.6-17

ПРИНЯТО Советом по качеству «22» февраля 201 7 г., протокол № 19.

СОГЛАСОВАНО:

Должность	Фамилия И.О..	Подпись	Дата
Первый проректор, представитель руководства по качеству	Даниленко И.Н.		
Проректор по учебно-методической работе	Коновалова Е.В.		13.02.2017
Проректор по научной и инновационной работе	Литовченко О.Г.		13.02.17
Проректор по социальной и внеучебной работе со студентами	Болотов С.В.		15.02.17
Проректор по развитию	Безуевская В.А.		14.02.2017
Проректор по экономике и финансам	Овчарова Н.И.		13.02.2017
Проректор по безопасности и информатизации	Жогальский О. В.		15.02.2017
Проректор по административно-хозяйственным вопросам	Верижникова Т. Г.		16.02.2017
Начальник административно-правового управления	Бронников А.А.		12.02.2017
Начальник административного отдела	Гомзяк А.Б.		13.02.2017

СОСТАВИЛ:

Начальник отдела менеджмента качества образования	Климович Л.А.		01.02.2017
---	---------------	--	------------

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2
			стр. 2 из 22

Содержание

2. Нормативные ссылки	3
3. Термины и определения	3
4. Общие положения	4
5. Выявление несоответствий	5
6. Анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения	6
7. Разработка плана корректирующих действий.....	7
8. Выполнение корректирующих действий	8
9. Оценка результативности и эффективности выполненных действий	8
10. Анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий.....	8
11. Разработка плана предупреждающих действий.....	9
12. Выполнение предупреждающих действий	9
13. Оценка результативности и эффективности выполненных действий	9
14. Ответственность	9
14. Управление рисками в процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий	10
15. Взаимодействие с другими процессами СМК.....	11
Приложение 1. Блок-схема подпроцесса «Управление корректирующими действиями» ...	12
Приложение 2. Блок-схема подпроцесса «Управление предупреждающими действиями»	16
Приложение 3. Форма плана корректирующих действий	19
Приложение 4. Форма плана предупреждающих действий.....	20
Лист регистрации изменений	21
Лист ознакомления.....	22

Список используемых сокращений

ВНТД	– внешняя нормативно-техническая документация;
ДИ	– должностная инструкция;
ДП	– документированная процедура;
МИ	– методическая инструкция;
ОМКО	– отдел менеджмента качества образования;
ПСП	– положение о структурном подразделении;
ПРК	– представитель руководства по качеству;
РИ	– рабочая инструкция;
СМК	– система менеджмента качества;
СТО	– стандарт организации.

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2 стр. 3 из 22

1. Назначение и область применения

1.1. Настоящая документированная процедура (далее – ДП) направлена на реализацию раздела Общего руководства по качеству «Корректирующие и предупреждающие действия» и устанавливает порядок планирования и проведения корректирующих и предупреждающих действий в БУ ВО «Сургутский государственный университет» (далее – СурГУ, Университет).

1.2. Настоящая ДП входит в модель процессов системы менеджмента качества (далее – СМК) СурГУ и обязательна к применению для всех подразделений, должностных лиц и сотрудников Университета.

2. Нормативные ссылки

2.1. ДП разработана на основе следующих нормативных документов:

- Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Устав БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
- ГОСТ ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Общие положения и словарь;
- ГОСТ ISO 19011:2012 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента
- ГОСТ ISO 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ Р 52614.2-2006 Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования;
- ОРК СурГУ Общее Руководство по качеству;
- ДП-1.7.1 «Управление документацией СМК»;
- ДП-1.7.2 «Управление записями»;
- ДП-1.9 «Внутренний аудит СМК»;
- ДП-1.11 «Анализ СМК со стороны руководства»;
- ДП-1.12 «Управление несоответствующей продукцией (услугой)»;
- ДП-5.13. «Управление документооборотом»;
- МИ-1.8.2 «Статистические методы для анализа данных»

3. Термины и определения

Анализ – определение пригодности, адекватности или результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей.

Аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и их объективного оценивания для установления степени соответствия критериям аудита.

Валидация – подтверждение, посредством представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного использования или применения выполнены.

Значительное несоответствие – несоответствие, которое с большой вероятностью может повлечь (или повлекло) невыполнение требований и/или обязательных требований, либо привело к значительному увеличению затрат ресурсов, либо к существенному снижению удовлетворенности заинтересованных сторон.

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

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия;

Незначительное несоответствие – отдельные несистематические упущения, ошибки, недочеты в функционировании СМК, в документации или процедурах, которые могут впоследствии при их накоплении привести к невыполнению требований и/или

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2 стр. 4 из 22

обязательных требований, а также к снижению результативности процессов СМК.

Несоответствие – невыполнение требований.

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

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Эффективность – соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

4. Общие положения

4.1. Целью процесса является улучшение функционирования СМК путём определения и устранения причин выявленных и потенциальных несоответствий.

4.2. Процесс «Корректирующие и предупреждающие действия» планируется и предпринимается в отношении процессов и процедур для достижения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон и включает в себя подпроцессы:

- управление корректирующими действиями;
- управление предупреждающими действиями.

4.3. Подпроцесс «Управление корректирующими действиями» состоит из следующих основных этапов:

- анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения;
- разработка плана корректирующих действий (в случае необходимости);
- выполнение корректирующих действий;
- оценка результативности и эффективности выполненных действий.

4.4. Подпроцесс «Управление предупреждающими действиями» состоит из следующих основных этапов:

- анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий;
- разработка плана предупреждающих действий;
- выполнение предупреждающих действий;
- оценка результативности и эффективности выполненных действий.

4.5. Блок-схемы подпроцессов представлены в Приложениях 1-2.

4.6. Владелец процесса «Корректирующие и предупреждающие действия» является представитель руководства по качеству (далее – ПРК).

4.7. Входные и выходные данные процесса представлены на Рисунке 1.

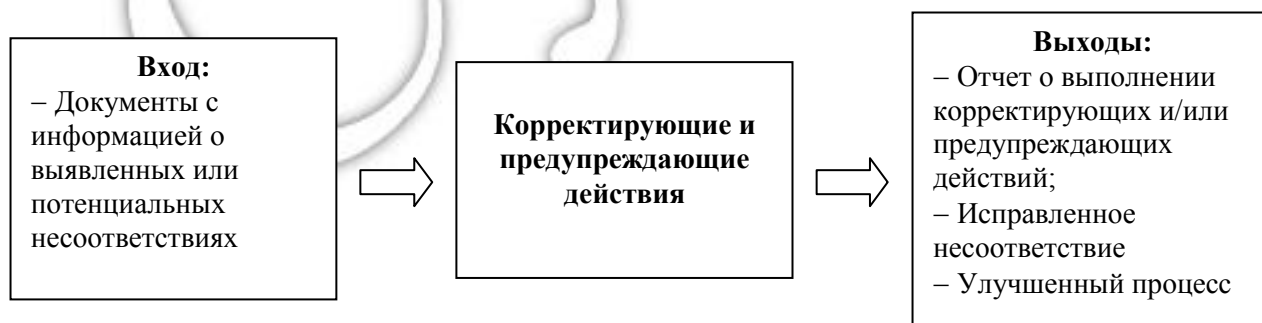


Рис. 1. Входные и выходные данные процесса «Корректирующие и предупреждающие действия»

4.8. Критерии результативности процесса:

- все выявленные несоответствия устранены;

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2
			стр. 5 из 22

- устранены причины потенциальных несоответствий;
- отсутствуют повторяющиеся несоответствия.

5. Выявление несоответствий

5.1. Выявление несоответствий осуществляется в ходе:

- контроля показателей процессов СМК;
- анализа процессов СМК руководителями или сотрудниками СурГУ;
- проведения внешних и внутренних аудитов Университета;
- проведения опроса и анкетирования потребителей и сотрудников СурГУ;
- работы с жалобами, претензиями и обращениями студентов и иных категорий потребителей.

5.2. Выявление потенциальных несоответствий и их причин осуществляется в ходе сбора и анализа информации на всех этапах реализации образовательных программ посредством:

- анализа потребностей и ожиданий потребителей;
- анализа структурных подразделений;
- измерения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- мониторинга и оценки показателей процессов;
- мониторинга и оценки качества обучения студентов и слушателей;
- анализа соответствующих записей;
- анализа результатов внутренних и внешних аудитов СМК Университета;
- анализа других источников информации.

5.3. Источниками информации могут служить документы, содержащие данные о динамике и тенденциях показателей качества образования и процессов, в том числе:

- отчеты о результатах внутреннего и внешнего аудита СМК Университета;
- результаты успеваемости студентов и слушателей;
- данные об удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- данные о рекламациях (обращениях, жалобах) потребителей;
- сведения о компетентности сотрудников Университета;
- иные данные и сведения.

5.4. Несоответствия по значимости могут быть двух видов:

- значительное несоответствие;
- незначительное несоответствие.

5.5. Несоответствия могут относиться к:

- управленческой деятельности;
- процессам реализации образовательных программ;
- процессам обеспечения ресурсами и вспомогательным процессам;
- процессам мониторинга, измерения, анализа и улучшения.

5.6. Несоответствия управленческой деятельности:

- несогласованность целей структурных подразделений с целями Университета и Политикой в области качества;
- неполнота и недостоверность информации, необходимой для принятия управленческих решений;
- неоднозначность принятых управленческих решений;
- невыполнение управленческих решений (приказов, распоряжений, указаний);
- нарушение планов работы структурных подразделений;
- несвоевременное выделение финансовых средств и иных ресурсов;

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2
			стр. 6 из 22

– другие виды несоответствий.

5.7. Несоответствия процессов реализации образовательных программ:

- нарушение процедуры и правил приема абитуриентов в Университет;
- отклонение от норм установленных показателей применительно к образовательной деятельности Университета;
- несоответствия, выявленные органами, осуществляющими государственный надзор в сфере образования;
- несоответствия, выявленные в ходе внешних аудитов;
- несоответствия, выявленные в ходе анализа претензий и жалоб потребителей;
- отступление от контрактов на подготовку специалистов;
- другие виды несоответствий.

5.8. Несоответствия процессов обеспечения ресурсами и вспомогательных процессов:

- недостаточная компетентность персонала;
- нарушение требований техники безопасности и охраны труда;
- недостаточная обеспеченность рабочих мест необходимым оборудованием и техникой;
- несвоевременная актуализация документов;
- закупка продукции без подтверждения ее качества;
- другие виды несоответствий.

5.9. Несоответствия процессов мониторинга, измерения, анализа и улучшения:

- ошибки в результатах анализа удовлетворенности потребителей;
- отсутствие критериев оценки процессов;
- несоответствия, выявленные в ходе внешних и внутренних аудитов СМК Университета;
- другие виды несоответствий.

5.10. Выявленное несоответствие, зафиксированное внутренними аудиторами, сотрудниками и руководителями подразделений, должно содержать точную и понятную формулировку.

5.11. Выявленные несоответствия подлежат анализу, определению возникновения их причин и регистрации в отчетах по проведению аудита в соответствии с требованиями, установленными в нормативной документации.

6. Анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения

6.1. Анализ и определение причин несоответствий осуществляется на основании свидетельства о наличии несоответствий: отчета по результатам аудита, решения Ученого совета, протокола заседания совета Университета, протокола заседаний кафедры, жалобы со стороны заинтересованных сторон и т.д.

6.2. Методы, с помощью которых могут быть установлены причины несоответствий, описаны в МИ-1.8.2 «Статистические методы для анализа данных». У несоответствия может быть несколько причин возникновения, поэтому рекомендуется использовать несколько статистических методов.

6.3. В ходе анализа представленные свидетельства прорабатываются с целью определения причин выявленных отклонений (если таковые не были установлены ранее). Для этого проводится анализ требований к образовательной услуге и ее результату и самой деятельности структурного подразделения, анализ всех соответствующих процессов, записей о качестве, отчетов и жалоб заинтересованных сторон.

6.4. Результаты анализа несоответствий фиксируются в отчетах и служебных записках, которые хранятся в отделе менеджмента качества образования (далее – ОМКО) и записей

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2 стр. 7 из 22

по качеству структурного подразделения.

7. Разработка плана корректирующих действий

7.1. План корректирующих действий разрабатывается по факту выявления значительных несоответствий, а также незначительных несоответствий, которые не могут быть исправлены в момент проведения проверки.

7.2. К разработке плана корректирующих действий могут быть привлечены представители других структурных подразделений и другие заинтересованные стороны.

7.3. План корректирующих действий разрабатывается:

- владельцем процесса если зафиксирована низкая или очень низкая степень результативности процесса;
- руководителем структурного подразделения после проведения внутреннего аудита подчиняющихся подразделений, процессов, владельцем которых он является;
- ПРК и начальником ОМКО по результатам внешнего аудита СМК СурГУ;
- начальником учебно-методического управления при выявлении несоответствий в процессе организации и реализации образовательного процесса;
- заведующим выпускающей кафедры и директором института при неудовлетворительных результатах аккредитации специальностей;
- владельцем процесса и руководителем структурных подразделений при неудовлетворительных результатах оценки удовлетворённости потребителей;
- владельцем процесса при выявлении систематических несоответствий в ходе реализации процесса.

7.4. В плане корректирующих действий (Приложение 3) указывается следующая информация:

- пункт (раздел) и полное наименование нормативного документа (ДП, СТО, МИ, РИ, ПСП, ДИ, ВНТД), требования которого были не выполнены/нарушены;
- выявленное несоответствие;
- причина, выявленного несоответствия;
- корректирующее действие;
- ответственный исполнитель;
- срок устранения причины несоответствия.

7.5. Анализ причины выявленного несоответствия проводится совместно с руководителем подразделения, в котором было зафиксировано несоответствие. В ходе анализа руководитель структурного подразделения выбирает оптимальное решение для устранения причины выявленного несоответствия, взвешивая при этом все риски и последствия.

7.6. Если по результатам проведенного анализа установлено несколько причин выявленного несоответствия, то они все фиксируются в плане корректирующих действий.

7.7. План корректирующих действий согласуется со всеми заинтересованными сторонами, ответственными исполнителями и ПРК. Факт согласования подтверждается подписью в плане корректирующих действий и утверждается у вышестоящего руководителя.

7.8. Оригинал утвержденного плана корректирующих действий хранится в подразделении, в котором было выявлено несоответствие, согласно номенклатуре дел, копия – в ОМКО.

7.9. Вышестоящий руководитель должен ознакомиться с планом корректирующих действий, провести анализ установленных причин выявленных несоответствий на предмет наличия подобных несоответствий в других структурных подразделениях, которые находятся у него в подчинении, и предпринять меры по их устранению.

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2 стр. 8 из 22

8. Выполнение корректирующих действий

8.1. Выполнение корректирующих действий может происходить согласно утверждённому плану и без плана, в соответствии с ДП-1.12 «Управление несоответствующей продукцией (услугой)», ДП-1.9 «Внутренние аудиты».

8.2. Контроль по исполнению запланированных действий осуществляет вышестоящий руководитель.

8.3. Если запланированные мероприятия не могут быть выполнены в сроки, установленные планом, и причина выявленных несоответствий не устранена, то руководитель структурного подразделения должен за 7 рабочих дней до окончания установленного планом срока направить ПРК служебную записку с просьбой продления сроков и объяснением причин.

8.4. После того как в ходе корректирующих действий были устранены причины выявленных несоответствий в установленные планом сроки, руководитель структурного подразделения составляет отчет о выполнении плана корректирующих действий, где отмечает выполнение всех запланированных мероприятий и утверждает его у вышестоящего руководителя.

8.5. Оригинал утверждённого отчёта о выполнении плана корректирующих действий хранится у руководителя структурного подразделения, согласно номенклатуре дел.

9. Оценка результативности и эффективности выполненных действий

9.1. Оценка результативности и эффективности выполнения корректирующих действий осуществляется после выполнения плана корректирующих мероприятий и (или) при повторной внутренней проверке в установленные сроки.

9.2. Если в результате повторной внутренней проверки выявлено, что корректирующее действие не выполнено, то в отчете или акте внутреннего аудита делаются пометки о выполнении/невыполнении плана корректирующих мероприятий, и данные передаются проректору по направлению, курирующему деятельность структурного подразделения в котором было зафиксировано несоответствие.

10. Анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий

10.1. Потенциальные несоответствия и их причины определяются в ходе анализа:

- прогнозируемых требований потребителей;
- научных и маркетинговых исследований;
- прогнозов экономической и социальной ситуации;
- стратегических планов организации;
- годового анализа СМК со стороны руководства СурГУ;
- результатов внутренних и внешних аудитов.

10.2. На основе результатов анализа разрабатываются предложения по устранению потенциальных несоответствий, которые могут касаться разработки новых документов, внесения изменений в действующие документы СМК, а также внесения изменений в процессы.

10.3. Все предложения передаются ПРК или начальнику ОМКО, которые организуют заседание рабочей группы по установлению необходимых затрачиваемых ресурсов.

10.4. Результаты заседаний рабочей группы выносятся на рассмотрение Совета по качеству, где определяется потребность в разработке предупреждающих действий, с учетом всех рисков и последствий.

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2 стр. 9 из 22

11. Разработка плана предупреждающих действий

11.1. План предупреждающих действий разрабатывает руководитель структурного подразделения, в котором было выявлено потенциальное несоответствие, после решения Совета по качеству о необходимости разработки предупреждающих действий.

11.2. План предупреждающих действий (Приложение 4) содержит следующую обязательную информацию:

- потенциальное несоответствие;
- предупреждающее действие;
- ответственный исполнитель;
- срок исполнения.

11.3. Если для выполнения предупреждающего действия необходимо привлечение представителей других структурных подразделений, то организуется заседание рабочей группы с привлечением заинтересованных сторон, на котором разрабатываются предупреждающие действия и устанавливаются сроки их исполнения. Копия протокола заседания рабочей группы прикалывается к плану предупреждающих действий. Оригинал хранится в ОМКО, согласно номенклатуре дел.

11.4. Разработанный план предупреждающих действий руководитель структурного подразделения согласовывает с ответственными исполнителями и вышестоящим руководителем и утверждает у ПРК. Оригинал плана хранится у руководителя структурного подразделения, согласно номенклатуре дел, а копия передается в ОМКО.

12. Выполнение предупреждающих действий

12.1. Выполнение предупреждающих действий происходит в соответствии с утвержденным планом.

12.2. Контроль исполнения предупреждающих действий в установленные сроки осуществляет ПРК.

12.3. Если запланированные мероприятия не могут быть выполнены в сроки, установленные планом, то руководитель структурного подразделения должен за 7 рабочих дней до окончания установленного планом срока направить ПРК служебную записку с просьбой продления сроков и объяснением причин.

12.4. По окончании исполнения всех запланированных предупреждающих действий руководитель структурного подразделения составляет отчет о выполнении плана предупреждающих действий, где отмечает выполнение всех запланированных мероприятий и утверждает его у вышестоящего руководителя.

12.5. Оригинал утвержденного отчета о выполнении плана корректирующих действий хранится у руководителя структурного подразделения, согласно номенклатуре дел.

13. Оценка результативности и эффективности выполненных действий

13.1. Оценка результативности и эффективности может быть проверена по истечению некоторого промежутка времени, достаточного для прохождения полного цикла процесса.

13.2. Если по истечению времени устраненное потенциальное несоответствие не стало фактическим и не вызвало ряд других несоответствий, то предупреждающее действие считается результативным и эффективным.

14. Ответственность

14.1. Ответственность по планированию, разработке, проведению и оценке выполненных действий отражена в матрице ответственности (Таблица 1).

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2
			стр. 10 из 22

Таблица 1

Матрица ответственности

№ п/п	Наименование этапа	Подразделение /должностное лицо			
		Ответственный	Реализующий	Соисполнитель	Информируемый
1	Анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения	Руководитель подразделения	Руководитель подразделения	Аудиторы*	Вышестоящий руководитель
2	Разработка плана корректирующих действий	Руководитель подразделения / ОМКО	Руководитель подразделения	Ответственные исполнители	ПРК, ОМКО, вышестоящий руководитель,
3	Выполнение корректирующих действий	Руководитель подразделения	Ответственные исполнители		ПРК, ОМКО, вышестоящий руководитель
4	Оценка результативности и эффективности выполненных действий	Начальник ОМКО	ОМКО		Ректор, ПРК, вышестоящий руководитель
5	Анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий	ПРК	ПРК, ОМКО, члены Совета по качеству		Руководитель подразделения
6	Разработка плана предупреждающих действий	Руководитель подразделения	Руководитель подразделения	Ответственные исполнители	ПРК, ОМКО, вышестоящий руководитель,
7	Выполнение предупреждающих действий	Руководитель подразделения	Ответственные исполнители		ПРК, ОМКО, вышестоящий руководитель
8	Оценка результативности и эффективности выполненных действий	ПРК	ОМКО, сотрудники и руководители подразделений		Ректор, ПРК, вышестоящий руководитель

* Аудиторы могут принимать участие в установлении причин и разработке плана корректирующих действий согласно ДП-1.9. «Внутренний аудит СМК»

14. Управление рисками в процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий

14.1. В процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий могут возникнуть риски, в зависимости от вида которых необходимо предпринять меры по их разрешению и предотвращению (Таблица 2).

Таблица 2

Виды рисков и пути их предотвращения

	Сургутский государственный университет Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция №2
			стр. 11 из 22

Риски	Условия появления	Корректирующие действия (способы разрешения)	Предупреждающие действия (предотвращение)
Не все выявленные несоответствия устранены	Установленные сроки недостаточны для устранения выявленных несоответствий	Продление сроков	Предварительный анализ продолжительности цикла процесса и отдельных видов работ
	Отсутствуют необходимые условия для устранения выявленных несоответствий	Создание необходимых условий для проведения корректирующих мероприятий	Анализ условий производства продукции (услуг) на соответствие требованиям
	Не установлены причины возникновения несоответствий	Возвращение к стадии анализа и установление причин	При выполнении анализа обеспечить выполнение критериев результативности
	Низкая исполнительная дисциплина	Повторное выполнение запланированных мероприятий	Разъяснительная работа с исполнителем и своевременный контроль
Присутствуют повторяющиеся несоответствия	Не выполнены корректирующие мероприятия	Выполнение корректирующих мероприятий	Установление достаточных сроков корректирующих мероприятий и создание соответствующих условий
	Выявлена неверная причина (не полный список причин) возникновения несоответствий	Повторный анализ причин возникновения выявленных несоответствий	обучение работников, проверка выбранного метода установления причин на адекватность
Не устранены причины основных потенциальных несоответствий	Отсутствуют необходимые условия для устранения выявленных несоответствий	Создание необходимых условий для проведения корректирующих мероприятий	Анализ условий производства продукции (услуг) на соответствие требованиям
	Низкая исполнительная дисциплина	Повторное выполнение запланированных мероприятий	Разъяснительная работа с исполнителем

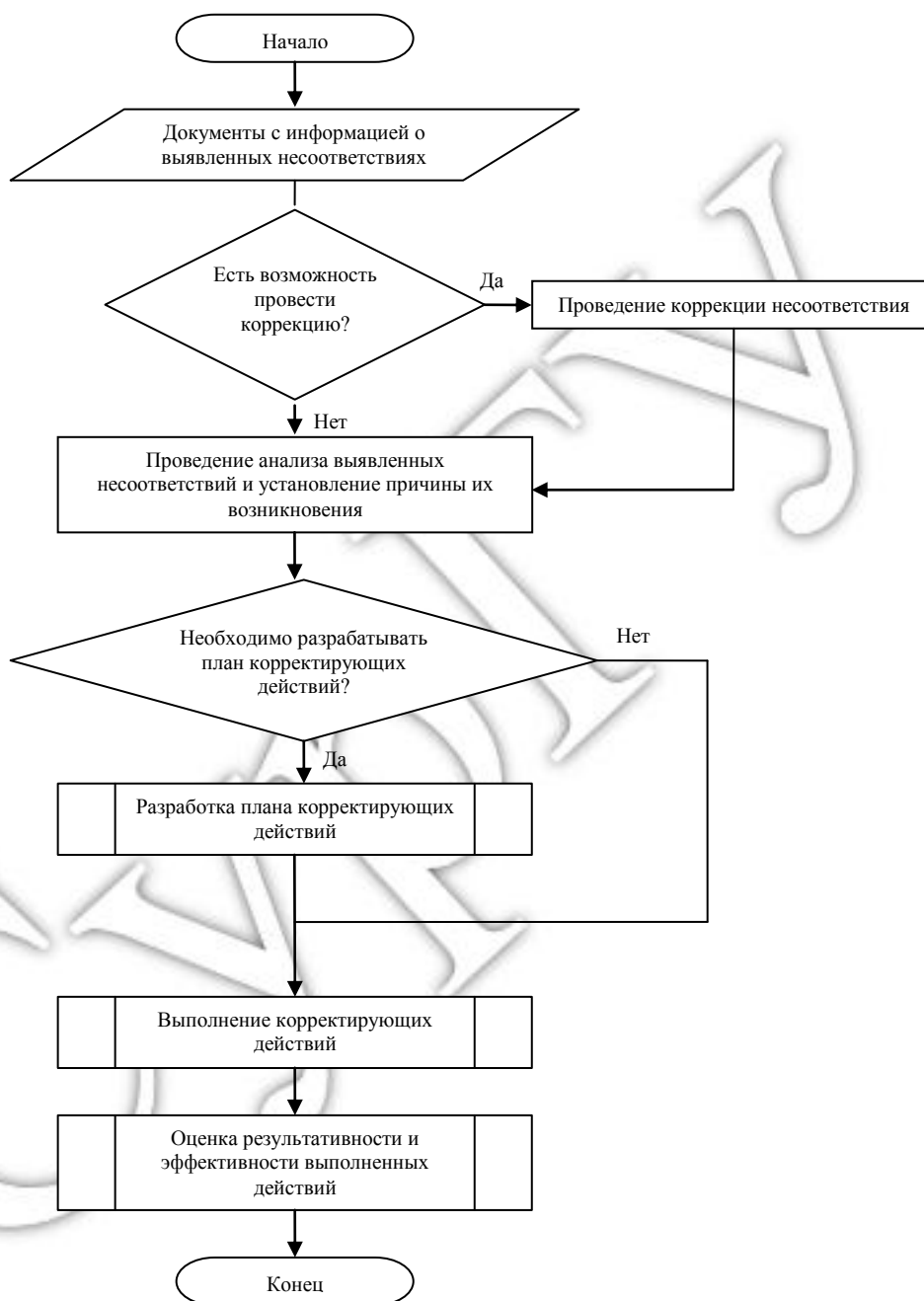
15. Взаимодействие с другими процессами СМК

15.1. Процесс «Корректирующие и предупреждающие действия» взаимодействует со всеми процессами, протекающими в СурГУ.

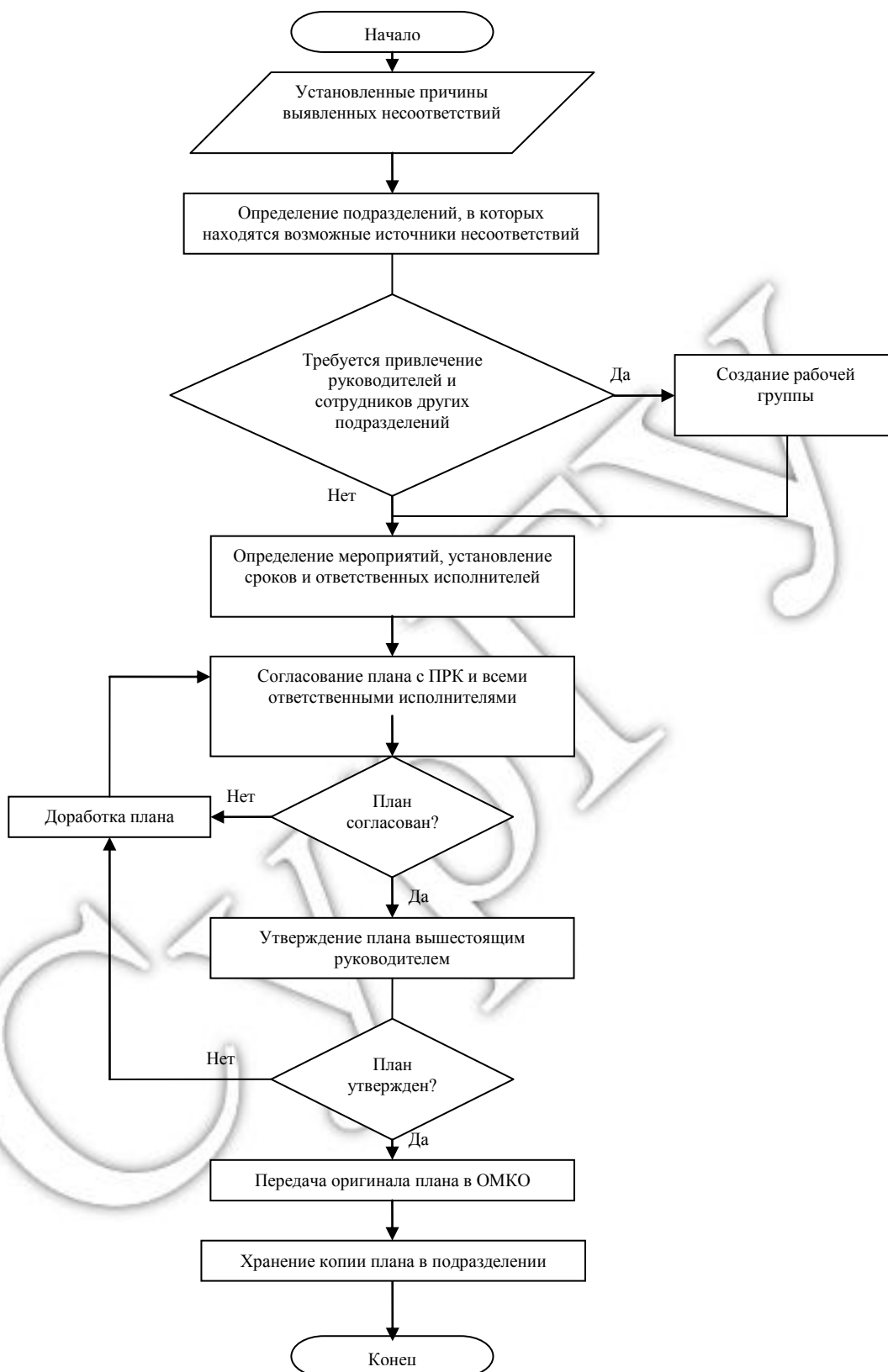
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАНТЫ-МАНСКИЙ АУТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»			
	Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 2
			стр. 12 из 22

Приложение 1

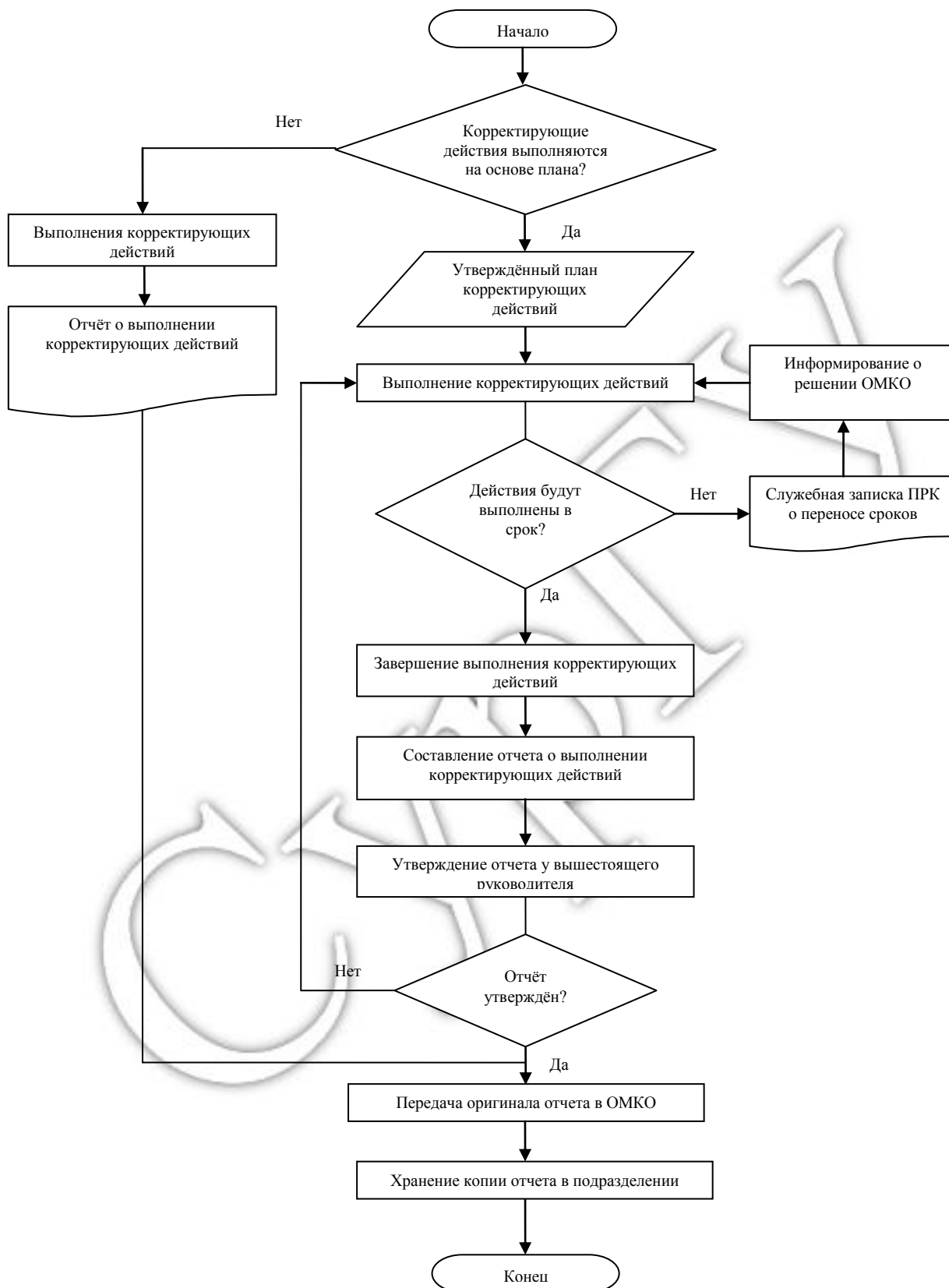
Блок-схема подпроцесса «Управление корректирующими действиями»



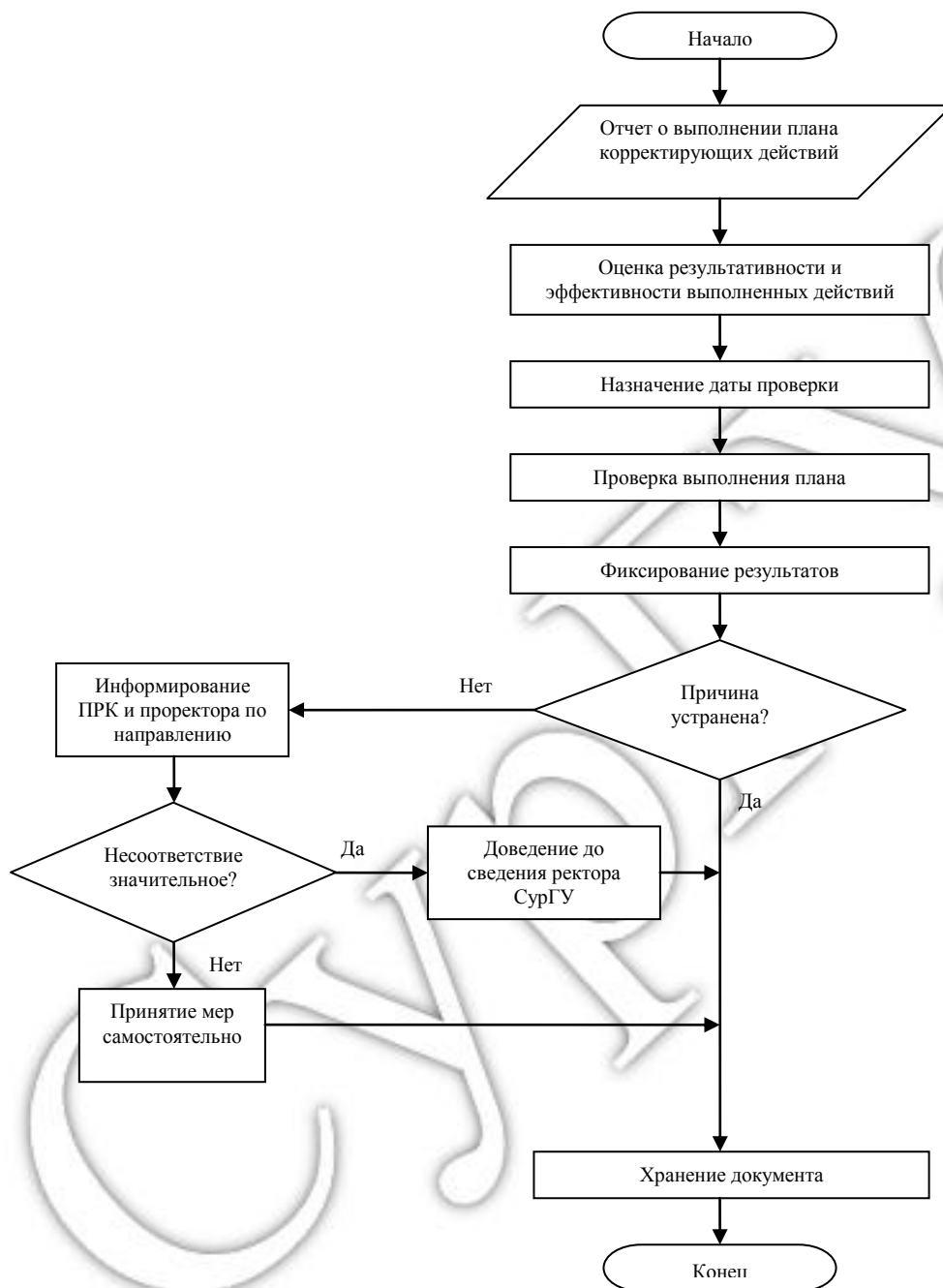
Блок-схема этапа «Разработка плана корректирующих действий»



Блок-схема этапа «Выполнение корректирующих действий»

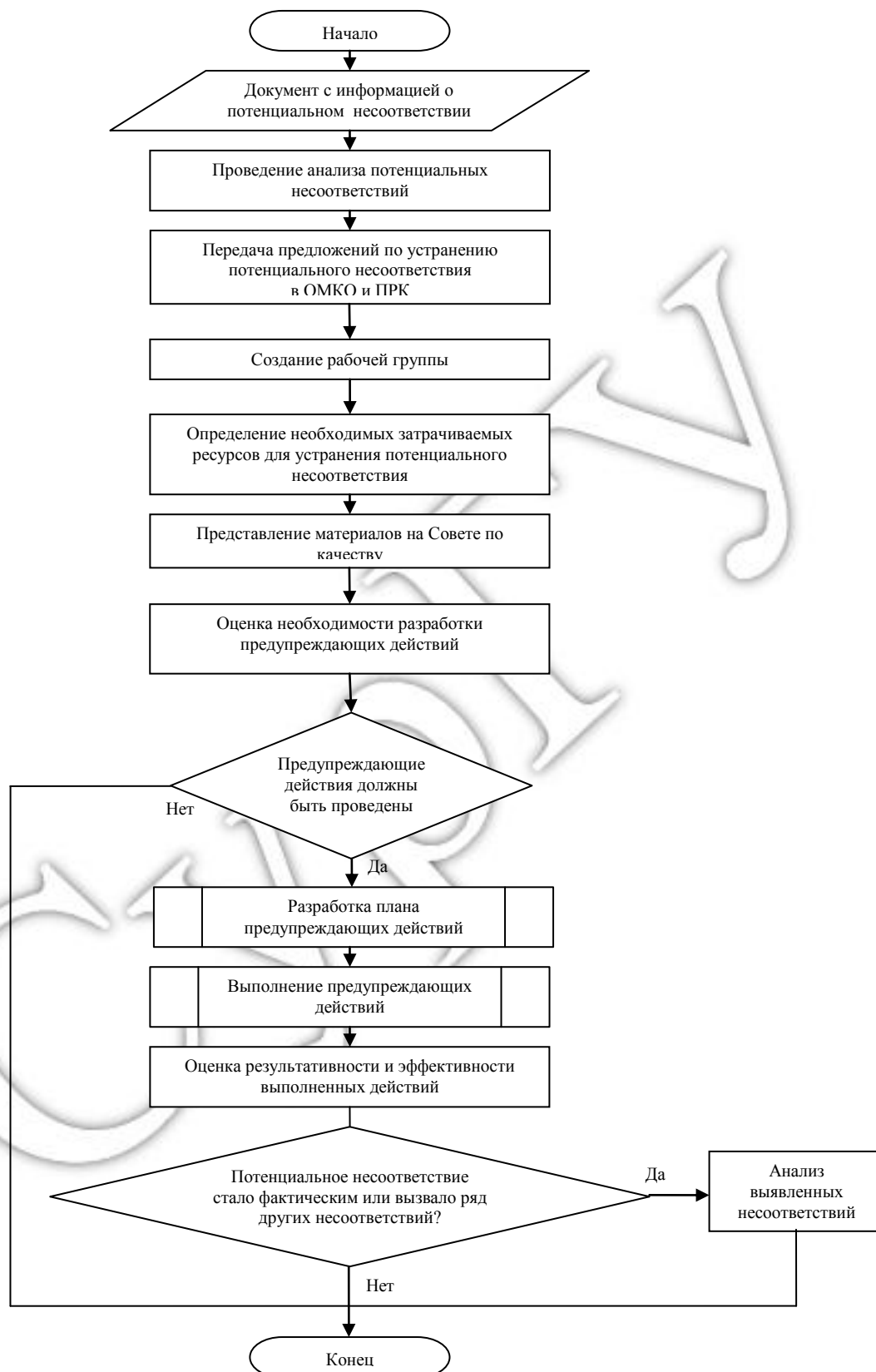


Блок-схема этапа «Оценка результативности и эффективности выполненных действий»

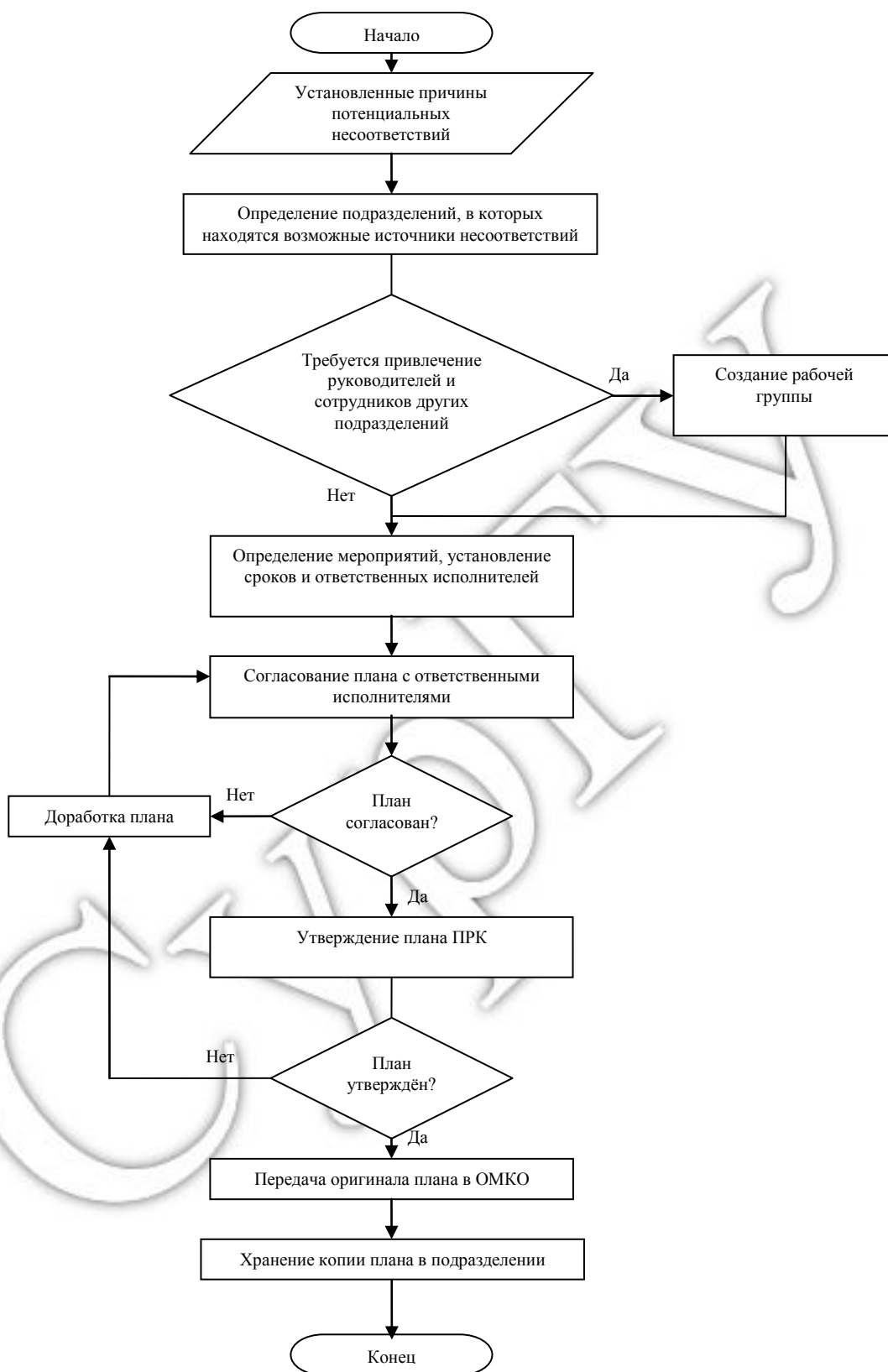


Приложение 2

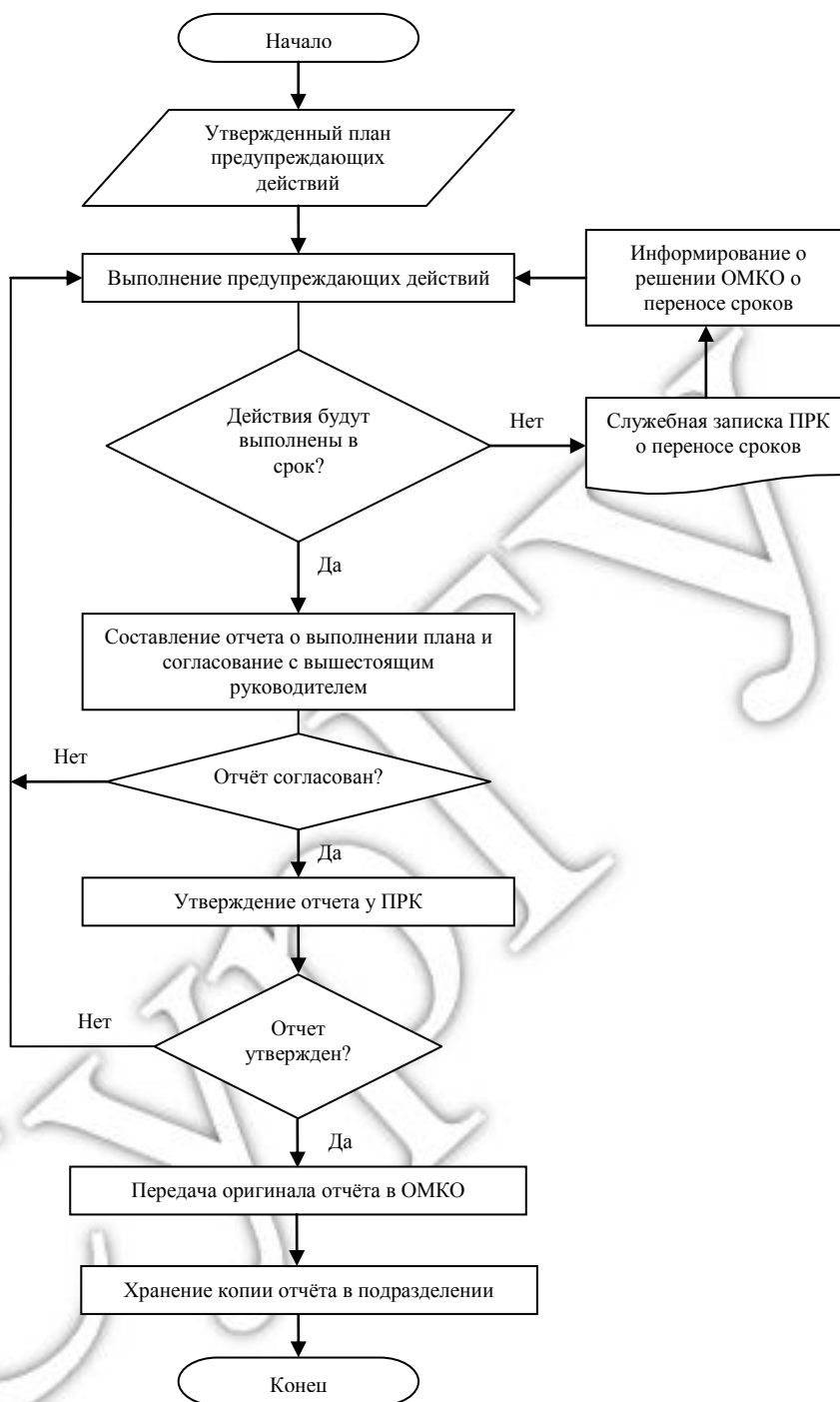
Блок-схема подпроцесса «Управление предупреждающими действиями»



Блок-схема этапа «Разработка плана предупреждающих действий»



Блок-схема этапа «Выполнение предупреждающих действий»



БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАНТЫ-МАНСКИЙ АУТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»			
	Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 2
			стр. 19 из 22

Приложение 3

Форма плана корректирующих действий

УТВЕРЖДАЮ

Должность

____ И.О. Фамилия

«__» _____ 20__ г

План корректирующих действий

Наименование документа с выявленными несоответствиями _____

№ п/п	Пункт (раздел) и полное наименование нормативного документа (ГОСТ ISO, ДП, СТО, МИ, РИ, ПСП, ДИ, ВНТД)	Выявленное несоответствие	Причина выявленного несоответствия	Корректирующее действие	Ответственный исполнитель	Срок устранения
1.					<u>Должность/ И.О. Фамилия</u>	
2.					<u>Должность/ И.О. Фамилия</u>	

Руководитель структурного подразделения

Должность/ И.О. Фамилия

СОГЛАСОВАНО:

Ответственные исполнители

Должность/И.О. Фамилия

Должность/И.О. Фамилия

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАНТЫ-МАНСКИЙ АУТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»			
	Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 2
			стр. 20 из 22

Приложение 4

Форма плана предупреждающих действий

УТВЕРЖДАЮ
 Представитель руководства по качеству
 _____ И.О. Фамилия
 «__» _____ 20__ г

План предупреждающих действий

Протокол заседания Совета по качеству № _____ от «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Потенциальное несоответствие	Предупреждающее действие	Ответственный исполнитель	Срок устранения
1.			<u>Должность/ И.О. Фамилия</u>	
2.			<u>Должность/ И.О. Фамилия</u>	
3.			<u>Должность/ И.О. Фамилия</u>	
4.			<u>Должность/ И.О. Фамилия</u>	

Руководитель структурного подразделения

Должность/ И.О. Фамилия

СОГЛАСОВАНО:

Вышестоящий руководитель (должность)

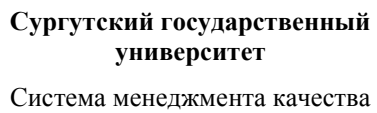
_____/И.О. Фамилия

Ответственные исполнители

Должность/И.О. Фамилия
Должность/И.О. Фамилия

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАНТЫ-МАНСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»			
	Система менеджмента качества	СМК СурГУ ДП-1.6-17	
		Корректирующие и предупреждающие действия	Редакция № 2 стр. 21 из 22

[illegible]



Корректирующие и предупреждающие действия

стр. 22 из 22

[illegible]