



МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный сельскохозяйственный
институт»

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

УТВЕРЖДАЮ:

Ректор

И.А. Ганиева

«30 августа» 2017 г.



ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

СМК-ДП-15-07

	РАЗРАБОТАЛ	СОГЛАСОВАЛ	
		ПРК	
Должность	Менеджер по СМК	Проректор по УВР	
Фамилия И.О.	Чуркина Е.С.	Дугинов Е.В.	
Подпись			
Дата	30.08.2017	30.08.2017	
Версия: 2.0	Экз. № _____	Без подписи документ действителен в течение двух дней после распечатки: 30.08.2017 11:36	Стр. 1 из 18

СОДЕРЖАНИЕ ДОКУМЕНТА

Номер раздела	Наименование раздела	Страница
1	Назначение	3
2	Область применения	3
3	Нормативные ссылки	3
4	Термины. Определения. Сокращения	
4.1	Термины. Определения	3
4.2	Сокращения	4
5	Менеджмент процесса	
5.1	Общие положения	5
5.2	Информационная карта процесса	6
5.3	Блок-схема процесса	8
5.4	Описание процесса	10
6	Перечень форм и записей	13
7	Приложения	
7.1	Форма «Плана корректирующих действий»	14
7.2	Форма «Журнала регистрации несоответствий, корректирующих действий»	15
8	Лист согласования	16
9	Лист регистрации рассылки и выдачи документа	17
10	Лист регистрации изменений, дополнений и ревизий документа	18

1. НАЗНАЧЕНИЕ

1.1 Настоящая процедура устанавливает единый порядок и ответственность проведения работ по управлению корректирующими действиями в ФГБОУ ВО Кемеровский ГСХИ.

1.2 Данная процедура соответствует выполнению требований ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования».

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Данный документ обязателен для применения сотрудниками института, участвующими в разработке и / или ответственными за реализацию предупреждающих / корректирующих действий.

3. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- СМК-ДП-15-01 «Управление документацией СМК вуза»;
- СМК-ДП-15-02 «Управление записями вуза»;
- СМК-ДП-15-03 «Внутренний аудит СМК вуза»;
- СМК-ДП-15-04 «Мониторинг, измерение и анализ процессов»;
- СМК-ДП-15-05 «Анализ и устранение несоответствий»;
- СМК-П-03.04-01 «Об электронной почте вуза».

4. ТЕРМИНЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ. СОКРАЩЕНИЯ

4.1 ТЕРМИНЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.

Корректирующее действие - действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Несоответствие - невыполнение требования.

Политика в области качества - общие намерения и направление деятельности организации в области качества, официально сформулированные высшим руководством.

Процедура – установленный способ осуществления деятельности или процесса.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы.

Результативность - степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Система менеджмента качества – система менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству.

Цели в области качества – то, чего добиваются или к чему стремятся в области качества.

Эффективность – связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

4.2 СОКРАЩЕНИЯ

ВА – внутренний аудит;

ДЗН – до замены новым;

КД – корректирующее действие;

ПРК – представитель руководства по качеству;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;

ФГБОУ ВО Кемеровский ГСХИ - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный сельскохозяйственный институт».

зав. – заведующий;

нач. – начальник;

рук. – руководитель.

5. МЕНЕДЖМЕНТ ПРОЦЕССА

5.1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1.1 Целью процесса управления корректирующими действиями является устранение причин несоответствий для предотвращения их повторного появления, направленных на исключение причин потенциальных несоответствий для предупреждения их появления.

5.1.2 Корректирующие действия осуществляются после выявления тех или иных несоответствий в СМК для устранения причин их появления. Одновременно должно выполняться коррекция (устранение) любого несоответствия.

5.1.3 Процесс выполнения корректирующих действий включает:

- определение и анализ причин появления несоответствий, в том числе: изучения отзывов заинтересованных сторон (абитуриентов, студентов и их родителей, работодателей, преподавателей, сотрудников); аудитов (внутренних и внешних); проверок образовательного процесса, процессов обеспечения и управления; контроля обучаемых на всех стадиях образовательного процесса; анализа, как разрабатываемой документации, так и управления ею на всех стадиях жизненного цикла документа;
- выполнение корректировки и корректирующих действий;
- контроль выполнения;
- оценку результативности.

5.1.4 План корректирующих действий (СМК-ДП-15-07/Ф01) составляется, если обнаруженное несоответствие было выявлено в любом другом случае (внешний аудит, жалобы заинтересованных сторон и т.п.), кроме внутреннего аудита. Если несоответствие было обнаружено в результате проведения внутреннего аудита, то заполняется Отчет по внутреннему аудиту, где указываются причины и сроки устранения несоответствий.

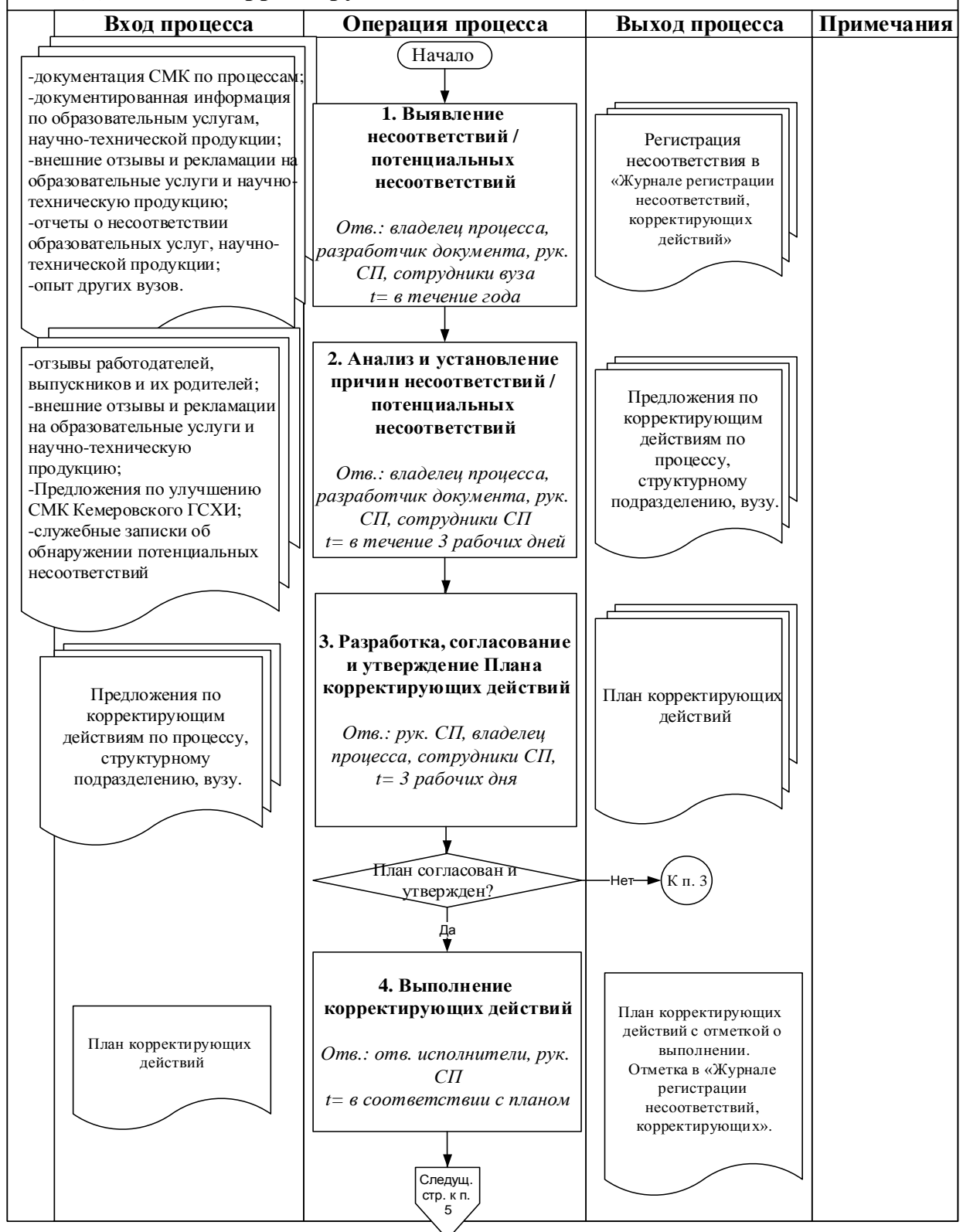
ФГБОУ ВО Кемеровский ГСХИ							
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА							
ДП		Корректирующие действия			СМК-ДП-15-07		
5.2 ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА ПРОЦЕССА							
1. Назначение процесса: устанавливает единый порядок и ответственность проведения работ по управлению корректирующими действиями.							
2. Цель процесса: определение действий направленных на исключение причин потенциальных несоответствий для предупреждения их появления, устранение причин несоответствий для предотвращения их повторное появление.							
3. Результаты процесса и их потребители							
Результат (выход) процесса		Потребитель результатов процесса		Требования потребителей к результатам (выходам) процесса			
План корректирующих действий. Журнал регистрации несоответствий, корректирующих действий.		СМК-ДП-15-06 Планы и программы совершенствования СМК вуза. СМК-ДП-15-09 Анализ СМК со стороны руководства.		Соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Соответствие требованиям документам СМК Кемеровского ГСХИ.			
4. Входы процесса и поставщики							
Вход процесса			Поставщики процесса			Требования к входам	
Отзывы работодателей, выпускников и их родителей. Результаты внешних проверок. Отчет по анализу СМК со стороны высшего руководства. Предложения по улучшению СМК.			СМК-ДП-15-04 Мониторинг, измерение и анализ процессов СМК-ДП-15-05 Анализ и устранение несоответствий СМК-ДП-15-09 Анализ СМК со стороны руководства			Соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Соответствие требованиям документам СМК Кемеровского ГСХИ.	
5. Виды деятельности в рамках процесса, управление и требуемые ресурсы							
Виды деятельности в рамках процесса		Регламентирующая документация		Требуемые ресурсы (исполнители (работчики регламентирующих документов) и материальное обеспечение)			
Выявление несоответствий / потенциальных несоответствий		ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Документация СМК Кемеровского ГСХИ		Владельцы процессов, разработчики документов, руководители и сотрудники подразделений, внешние аудиторы, менеджер по СМК, ПРК.			
Анализ и установление причин несоответствий / потенциальных несоответствий		ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Документация СМК Кемеровского ГСХИ		Владельцы процессов, разработчики документов, руководители и сотрудники подразделений, менеджер по СМК, ПРК.			
Разработка, согласование и утверждение плана корректирующих		ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Документация СМК Кемеровского ГСХИ		Владельцы процессов, разработчики документов, руководители и сотрудники подразделений, ПРК, менеджер по СМК.			
Выполнение корректирующих действий		ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Документация СМК Кемеровского ГСХИ		Владельцы процессов, руководители и сотрудники подразделений, назначенные ответственные лица.			
6. Показатели результативности и эффективности процесса (KPI / КПЭ)							
Периодичность оценки <i>1 раз в полгода</i>							
Цели процесса	Наименование показателя результативности и эффективности	Ед. изм.	Измеряемое значение	Фактическое значение показателя за предыдущий период	Целевые значения показателя на планируемый период	Метод измерения	Метод анализа
Выполнение плана КД	Выполнение плана КД в полном объеме	%	Количество выполненных мероприятий по плану		100	По результатам внутреннего аудита	Сравнение, статистика
Сокращение количества повто-	Сокращение количества повторяющихся-	%	Количество повторяющихся		50%	По результатам внутреннего	Сравнение, статистика
Версия: 2.0	Экз. № ___	Без подписи документ действителен в течение двух дней после распечатки: 30.08.2017 11:36				Стр. 6 из 18	

ФГБОУ ВО Кемеровский ГСХИ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

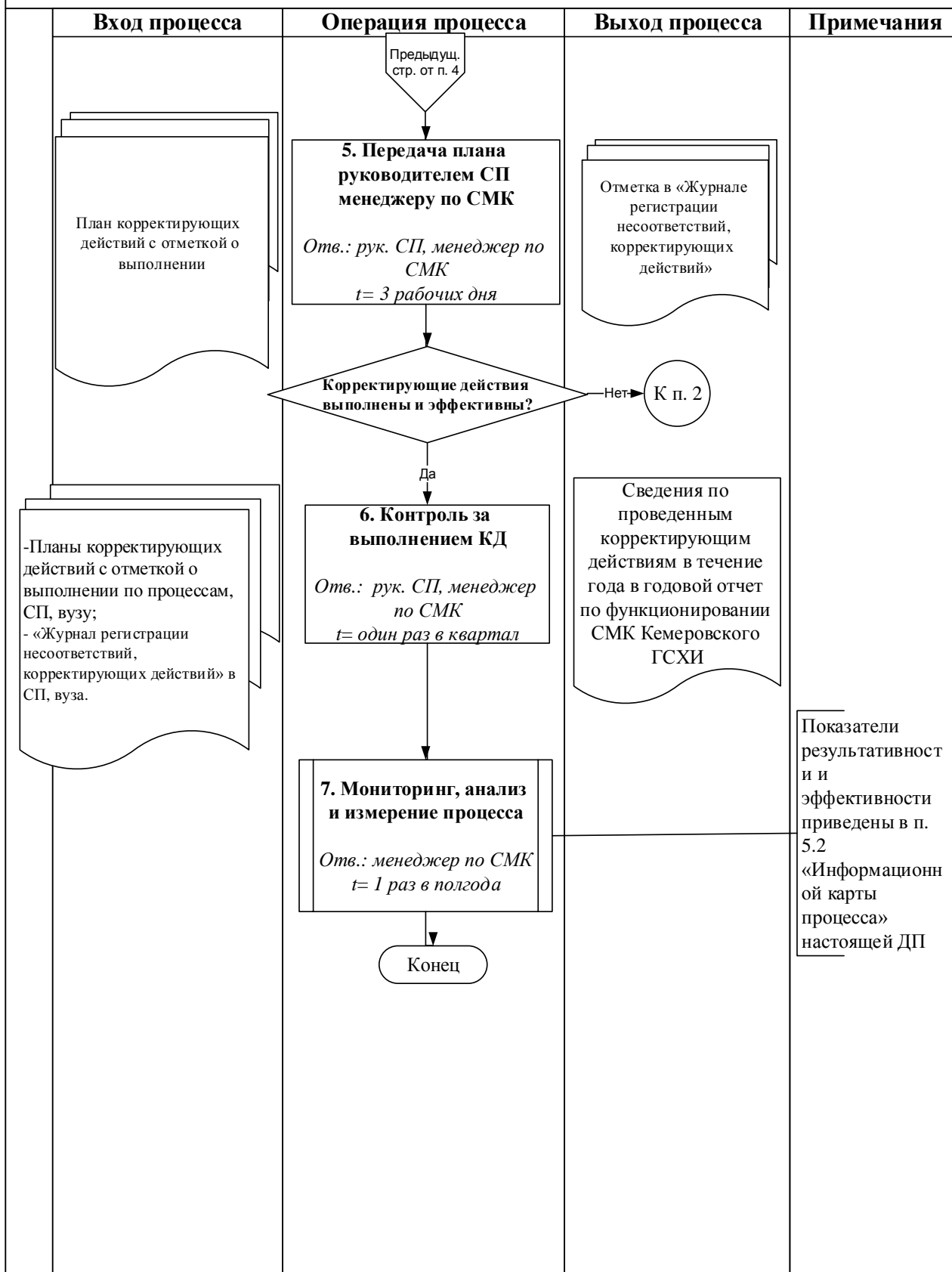
ДП		Корректирующие действия				СМК-ДП-15-07	
ряющихся несоответствий (потенциальных несоответствий)	ся несоответствий (потенциальных несоответствий)		несоответствий (потенциальных несоответствий)			го аудита	
Предотвращение новых несоответствий в подразделениях	Количество возникших значительных несоответствий в подразделении	Ед.	Количество возникших значительных несоответствий в подразделении		0	По результатам внутреннего аудита	Сравнение, статистика

5.3 БЛОК-СХЕМА ПРОЦЕССА

СМК-ДП-15-07 «Корректирующие действия»



СМК-ДП-15-07 «Предупреждающие действия»



5.4 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

1. Выявление несоответствий / потенциальных несоответствий

Отв.: владелец процесса, разработчик документа, рук. СП, сотрудники института – за выявление и регистрацию несоответствия / потенциального несоответствия.

При обнаружении потенциального несоответствия, выявленного в результате проведенных внешних аудитов СМК, прочих аудитов, анализа претензий заинтересованных сторон (работодателей, студентов, абитуриентов и их родителей) руководитель структурного подразделения, где обнаружили несоответствие, регистрирует его в «Журнале регистрации несоответствий, корректирующих действий» (приложение 7.1) и сообщает об этом несоответствии менеджеру по СМК, который фиксирует его в «Журнале регистрации несоответствий, корректирующих действий» Кемеровского ГСХИ. Смысл потенциального несоответствия должен быть сформулирован конкретно и объективно. Он должен отражать требование стандарта, которое было нарушено, сущность нарушения, доказательство: записи, устные утверждения, наблюдаемые действия. Порядок выявления несоответствий и их идентификация осуществляется согласно СМК-ДП-15-05 «Анализ и устранение несоответствий».

2. Анализ и установление причин несоответствий / потенциальных несоответствий

Отв.: владелец процесса, руководитель СП, сотрудники СП – за установление причин несоответствий / потенциальных несоответствий, за разработку мер по коррекции.

Исходными данными для анализа являются:

- отзывы работодателей, выпускников и их родителей;
- результаты внешних аудитов;
- предложения по улучшению СМК Кемеровского ГСХИ.

Анализ причин несоответствий предусматривает:

- определение первопричины в цепи возможных причин, которые привели к возникновению несоответствия или проблемы;
- очередность решения проблемы или устранения несоответствия.

Владелец процесса (разработчик документа), руководитель и сотрудники структурного подразделения, в котором было выявлено несоответствие / потенциальное несоответствие, проводят анализ и устанавливают причину несоответствий / потенциальных несоответствий путем

ФГБОУ ВО Кемеровский ГСХИ		
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА		
ДП	Корректирующие действия	СМК-ДП-15-07

сбора и изучения информации о выявленных или возможных потенциальных несоответствиях в течение 3 рабочих дней.

Если по результатам анализа владелец процесса (разработчик документа) определил, что для устранения несоответствия / потенциального несоответствия достаточно применить коррекцию, то он разрабатывает меры по коррекции (СМК-ДП-15-07 «Анализ и устранение несоответствий»). Если мер коррекции недостаточно для устранения несоответствия, то рук. СП, сотрудники подразделения совместно с владельцем процесса (разработчик документа) выявляют причину несоответствия, потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

3. Разработка, согласование и утверждение Плана корректирующих или предупреждающих действий

Отв.: рук. СП, сотрудники СП – за разработку плана;
владелец процесса – за согласование плана.

Рук. СП совместно с сотрудниками подразделения разрабатывают в течение 3 рабочих дней «План корректирующих действий» (приложение 7.2). План согласует владелец процесса. Если в выполнении корректирующих необходимо участие других СП, то план необходимо согласовать с рук. этих СП.

4. Выполнение корректирующих или предупреждающих действий

Отв.: ответственные исполнители – за устранение причин возникшего несоответствия / потенциального несоответствия;

рук. СП – за проверку выполнения мероприятий и их регистрацию в плане и журнале
нения мероприятий и их регистрацию в плане и журнале.

На основании «Плана» ответственные исполнители, устраняют причины возникшего несоответствия, потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации. Рук. СП проверяет выполнения корректирующих или предупреждающих действий согласно срокам, установленным в Плане и в графе «отметка о выполнении» ставит соответствующие отметки о выполнении, и делает отметку о выполнении в «Журнале регистрации несоответствий, корректирующих действий».

Версия:2.0	Экз. №___	<i>Без подписи документ действителен в течение двух дней после распечатки:30.08.2017 11:36</i>	Стр. 11 из 18
------------	-----------	--	---------------

5. Передача плана руководителем СП менеджеру по СМК

Отв.: рук. СП – за передачу Плана менеджеру по СМК;

Менеджер по СМК – за хранение плана.

Рук. СП в течение 3 рабочих дней после выполнения мероприятий по КД в СП передает менеджеру по СМК План со всеми отметками о выполненных мероприятиях, копию плана оставляет в СП. Менеджер по СМК также делает отметку в «Журнале регистрации несоответствий, корректирующих действий» Кемеровского ГСХИ.

6. Контроль за выполнением корректирующих или предупреждающих действий

Отв.: владелец процесса, рук. СП – за осуществление контроля выполнения «Плана»; менеджер по СМК – за проведение контроля за выполнением «Планов корректирующих действий»;

Владелец процесса, рук. СП должны следить за выполнением мероприятий, предусмотренных Планом. Менеджер по СМК один раз в квартал проверяет по «Журналу регистрации несоответствий, корректирующих действий» Кемеровского ГСХИ устранение выявленных несоответствий и делает отметки о выполненных мероприятиях. Если мероприятия не были выполнены, менеджер по СМК сообщает об этом ПРК для принятия решения о последующих действиях.

7. Мониторинг, измерение и анализ процесса

Отв.: Менеджер по СМК – за мониторинг процесса.

Менеджер по СМК один раз в полгода осуществляет анализ результативности процесса в соответствии с СМК-ДП-15-04 «Мониторинг, измерение и анализ процессов» по критериям, определенным в п. 5.2 «Информационная карта процесса».

ФГБОУ ВО Кемеровский ГСХИ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ДП

Корректирующие действия

СМК-ДП-15-07

6. ПЕРЕЧЕНЬ ФОРМ И ЗАПИСЕЙ

№ п/п	Наименование документа	Код документа	Хранение		Архивирование	
			Место	Срок	Место	Срок
1.	План корректирующих действий	СМК-ДП-15-07 /Ф 01	Менеджер по СМК (оригинал)	3 года	–	–
			СП (копия)			
2.	Журнал регистрации несоответствий, корректирующих действий	СМК-ДП-15-07/ Ф 02	Менеджер по СМК	ДЗН	–	–
			СП			

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 7.1

Форма «Плана / отчета корректирующих действий»

СМК-ДП-15-07 / Ф 01

План корректирующих действий

_____ (наименование структурного подразделения)

№ п / п	Пункт ГОСТ Р ИСО 9001- 2015	Наименование несоответствий (краткое содержание)	Классификация несоответствия		Причина несоответствия	Корректирующие действия	Планируемая дата выполнения КД	Ответственный исполнитель	Выполнено/не выполнено	Фактическая дата выполнения КД
			Значительное	Незначительное						

РАЗРАБОТАНО

Руководитель СП

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (И. О. Фамилия)

СОГЛАСОВАНО

Владелец процесса

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (И. О. Фамилия)

<При необходимости рук. других СП>

ИСПОЛНИТЕЛИ

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (И. О. Фамилия)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (И. О. Фамилия)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (И. О. Фамилия)

Форма «Журнала регистрации корректирующих действий»

СМК-ДП-15-07 / Ф 02

**Журнал регистрации несоответствий,
корректирующих действий**

Наименование подразделения _____

Дата начала ведения журнала _____

Дата окончания _____

Ответственный за ведение журнала _____ (должность) _____ (ФИО)

№ п / п	Дата реги- страции несоот- вет- ствия	Наименование процес- са /подразд- еления, в кото- ром бы- ло выяв- лено несоот- ветствие	Наименование несоот- вет- ствия	Причи- ны несоот- вет- ствия	Корректирующее (КД)				
					Опи- са- ние КД	Пла- нируе- мая дата выпол- нения	Долж- ность, ФИО, под- пись ис- полни- теля	Фак- тиче- ская дата вы- полне- ния	Отметка о выполне- нии/Должно- сть, ФИО, подпись кон- тролирующе- го выполне- ние

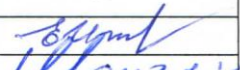
ФГБОУ ВО Кемеровский ГСХИ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ДП

Корректирующие действия

СМК-ДП-15-07

8. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

№ п/п	Должность	Фамилия И.О.	Дата	Подпись
1	Проректор по НИР	Ижмулкина Е.А.	30.08.2017	
2	Проректор по АХР	Шемчук И.В.	30.08.2017	