



	Министерство сельского хозяйства Российской Федерации	
	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования	
	«Санкт-Петербургский государственный аграрный университет»	
	СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА	
ДП	«Корректирующие и предупреждающие действия»	СМК-ДП-8.4.2/01-2014



УТВЕРЖДАЮ
Ректор ФГБОУ ВПО СПбГАУ
профессор В.А. Ефимов

В.А. Ефимов

2014 г.

Рассмотрено на заседании
Ученого совета СПбГАУ

« 1 » *июль* 2014 г. протокол № 7

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
Корректирующие и предупреждающие действия

СМК-ДП-8.4.2/01-2014
Версия 1.0

Дата введения
« 1 » *сентября* 2014г.

Санкт-Петербург
2014

	Должность	Фамилия / подпись	Дата
Разработали	Начальник ОМКО	Н.Н.Андреева	<i>01.04.14</i>
	Специалист по УМП	Ю.С.Сурова	<i>01.04.14</i>
Проверил	Проректор по учебной работе	А.О.Туфанов	<i>04.04.14</i>
Версия: 1.0			Стр. 1 из 18

ПРЕДИСЛОВИЕ

1 РАЗРАБОТАНА отделом менеджмента качества образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный аграрный университет»

2 РАССМОТРЕНА на заседании Ученого совета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный аграрный университет» от «1» июля 2014 г, протокол № 7

3 ВЕРСИЯ 1.0

СОДЕРЖАНИЕ

1	Назначение и область применения	4
2	Нормативные ссылки	5
3	Термины, определения, обозначения и сокращения	6
4	Общие положения	8
5	Описание процесса	10
5.1.	Процедура корректирующих действий	10
5.1.1.	Регистрация обнаруженного несоответствия.....	10
5.1.2.	Анализ причин несоответствия	10
5.1.3.	Определение и планирование корректирующих действий.....	11
5.1.4.	Выполнение и регистрация результатов.....	12
5.1.5.	Проверка эффективности	13
5.2.	Процедура предупреждающих действий	14
5.2.1.	Регистрация потенциального несоответствия	14
5.2.2.	Определение и планирование предупреждающих действий.....	14
5.2.3.	Выполнение предупреждающих действий.....	15
5.2.4.	Оценка эффективности предупреждающих действий.....	16
5.3.	Хранение данных о результатах корректирующих и предупреждающих действий	16
6	Ответственность и полномочия	17
	Лист согласования.....	18

1 Назначение и область применения

Документированная процедура «Корректирующие и предупреждающие действия» СМК-ДП-8.4.2/01-2014 (далее – Процедура) устанавливает единый порядок применения корректирующих и предупреждающих действий (далее – КД и ПД) по отношению ко всем видам несоответствий процессов и видов деятельности, реализуемых системой менеджмента качества (далее – СМК) в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный аграрный университет» (далее – Университет).

Процедура проводится в рамках процессов мониторинга и улучшения СМК (СМК-РК-2014, п. 8.2 и 8.4) с целью повышения результативности и эффективности функционирования СМК, а также повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон.

Ответственным за проведение КД и ПД является руководитель структурного подразделения, в котором выявлено несоответствие.

Действие Процедуры распространяется на все структурные подразделения Университета и процессы, включенные в область распространения СМК.

Процедура разработана в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001:2011, п. 8.5 и СМК-РК-2014, пп. 8.4.2.

2 Нормативные ссылки

При разработке настоящей Процедуры использованы следующие нормативные документы:

- МС ИСО/ТР 10013:2001 Рекомендации по документированию систем менеджмента качества;
- ГОСТ Р ИСО 9000:2011 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- ГОСТ Р ИСО 9001:2011 Системы менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ Р ИСО 19011:2012 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента;
- СМК-РК-2014 Руководство по качеству СПбГАУ;
- СМК-ДП-4.2.2/01-2014 «Управление документацией»;
- СМК-ДП-4.2.3/01-2014 «Управление записями»;
- СМК-ДП-8.2.2/01-2014 «Внутренние аудиты»;
- СМК-ДП-8.3/01-2014 «Управление несоответствиями».

3 Термины, определения, обозначения и сокращения

В настоящем документе применены следующие термины с соответствующими определениями:

Анализ – деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности и результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей.

Аудит – 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.

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

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Требование – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

Эффективность – связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

Другие термины и определения, используемые в данной документированной процедуре, соответствуют требованиям ГОСТ Р ИСО 9001:2011.

Сокращения, используемые по тексту:

- **Университет** – Санкт-Петербургский государственный аграрный университет;
- **ДП** – документированная процедура;
- **КД** – корректирующие действия;
- **ОМКО** – отдел менеджмента качества образования;
- **ПД** – предупреждающие действия;
- **Процедура** – документированная процедура «Корректирующие и предупреждающие действия»;
- **Р** – реестр;
- **РК** – руководство по качеству;
- **СМК** – система менеджмента качества;
- **УК** – уполномоченный по качеству.

4 Общие положения

Корректирующие действия осуществляются после выявления тех или иных несоответствий в СМК и направлены на устранение причины выявленного несоответствия с целью предупреждения его повторного возникновения. При этом причин для одного несоответствия может быть несколько.

Пример: выявлено несоответствие в виде разнородной структуры учебно-методических комплексов дисциплин. В этом случае проводится корректирующее действие – разработка единых требований к комплексам и ознакомление с этими требованиями всех преподавателей.

Предупреждающие действия используются, как средство улучшения деятельности и системы менеджмента качества Университета, и направлены на устранение причин потенциальных несоответствий с целью предупреждения их появления. Эти действия должны быть соразмерны предполагаемым проблемам при появлении несоответствий.

Информация о выявленных/потенциальных несоответствиях собирается, обобщается и анализируется руководителями структурных подразделений и руководителями процессов. В качестве источников информации о несоответствиях могут выступать:

- результаты внутренних и внешних аудитов (СМК-ДП-8.2.2/01-2014);
- работы органов по аккредитации и аттестации;
- участия СПбГАУ и его структурных подразделений, научно-педагогических и других категорий работников во внешних и внутренних мероприятиях (конкурсы, конференции, программы, гранты и др.)
- результаты работы с потребителями услуг или работодателями (результаты маркетинговых исследований рынка научных, образовательных услуг, рынка труда и др.); оценка удовлетворенности заинтересованных сторон образовательной деятельностью (п. 5.2 СМК-РК-2014)

– результаты самообследования деятельности подразделений или Университета.

Все изменения в процедурах управления, являющиеся результатом выполнения КД и ПД, должны вноситься в соответствующую документацию согласно требованиям СМК-ДП-4.2.2/01-2014 «Управление документацией».

Зарегистрировать несоответствие может любой руководитель структурного подразделения.

Определение причин несоответствия находится в компетенции руководителя процесса, внутри которого выявлено несоответствие.

Планирование КП осуществляется ответственным по несоответствию под руководством руководителя процесса, в котором выявлены несоответствия, при необходимости с участием представителя руководства по качеству и руководством Университета.

Определение ПД осуществляется совместными усилиями представителя руководства по качеству, руководителя процесса, в котором обнаружено потенциальное несоответствие и, при необходимости, руководства Университета.

Результаты выполнения КД и ПД в необходимых случаях должны доводиться до сведения потребителей и других заинтересованных сторон.

Выявление, регистрация несоответствий, выявленных в процессе проведения внутреннего аудита, осуществляется в соответствии с СМК-ДП-8.2.2/01-2014 «Внутренний аудит».

5 Описание процесса

5.1. Процедура корректирующих действий

Процедура корректирующих действий включает в себя следующие этапы:

- регистрацию несоответствия;
- анализ причин несоответствия;
- определение и планирование корректирующих действий;
- выполнение корректирующих действий и регистрация результатов;
- определение эффективности корректирующих действий.

5.1.1. Регистрация обнаруженного несоответствия

Выявление несоответствий и уведомление руководителя структурного подразделения/процесса, в котором были выявлены эти несоответствия, является обязанностью каждого сотрудника Университета и потребителя образовательной услуги.

Несоответствие, дата и место обнаружения несоответствия, лица допустившего его, объективные свидетельства несоответствия (записи по качеству и другие документы, утверждения в устной форме, наблюдаемые действия) отражаются в протоколах заседаний/работы:

- кафедр;
- факультетов/институтов;
- уполномоченных по качеству;
- Совета по качеству;
- методического совета;
- других структурных подразделений СПбГАУ.

5.1.2. Анализ причин несоответствия

Все зарегистрированные несоответствия должны быть проанализированы на предмет их возникновения.

Ответственность за проведение анализа несоответствия в структурном подразделении возлагается на руководителя этого подразделения (руководителя процесса) либо сотрудника, назначенного этим руководителем. При необходимости результаты анализа рассматриваются на заседании Совета по качеству.

Анализ несоответствий и причин их возникновения осуществляется в несколько этапов:

- оценка уровня несоответствия;
- распределение несоответствий по степени важности в случае обнаружения нескольких причин одного несоответствия (значительные, незначительные, критические).

Результатом такого анализа является установление причин(ы) возникновения несоответствия, возможных коррекций и корректирующих действий, направленных на устранение этих причин.

5.1.3. Определение и планирование корректирующих действий

После определения причин несоответствия должны быть предложены корректирующие действия, направленные на устранение причин несоответствия и предотвращение повторного его возникновения.

При планировании корректирующих действий необходимо проанализировать целесообразность их выполнения, исходя, с одной стороны из размера текущих и потенциальных потерь, связанных с данным несоответствием, с другой стороны, из размера затрат, необходимых для выполнения корректирующего действия.

Если несоответствие связано с выявлением несоответствий в процессе общеобразовательной деятельности, то корректирующие действия должны быть выполнены в любом случае. Управление несоответствующей продукцией (услугой) осуществляется в соответствии с СМК-ДП-8.3/01-2014 «Управление несоответствиями», все обоснованные жалобы потребителей должны быть удовлетворены.

Для проведения коррекции и корректирующих действий руководитель структурного подразделения или владелец процесса назначает сроки выполнения и ответственное должностное лицо за устранение несоответствия и причин несоответствия.

Если КД признано нецелесообразным, то в протоколе работы/заседания структурного подразделения необходимо зафиксировать причины нецелесообразности его выполнения.

Если КД признано целесообразным, то ответственный по несоответствию должен назначить исполнителя или исполнителей, и определить срок выполнения данного КД.

План корректирующих действий должен быть разработан не позже, чем в 10-дневный срок после регистрации несоответствия. Планы КД согласуются с начальником ОМКО.

5.1.4. Выполнение и регистрация результатов

Корректирующее действие должно быть выполнено в срок, определенный на предыдущем этапе. О выполнении корректирующего действия ответственный исполнитель должен отчитаться перед уполномоченным по качеству в структурном подразделении. Последний проверяет факты устранения несоответствия, проведения КД. Если замечаний к исполнителю нет, то данное КД считается закрытым.

Уполномоченный по качеству информирует руководителя структурного подразделения о выполненной работе и доводит эту же информацию до начальника ОМКО.

5.1.5. Проверка эффективности

Эффективность КД определяется представителем руководства по качеству на основании информации, поступающей от руководителей подразделений за отчетные периоды, в том числе по выявленным несоответствиям и корректирующим действиям, а также при проведении внутренних аудитов в соответствии с СМК-ДП-8.2.2/01-2014 «Внутренний аудит».

Если проверка дает положительный результат (КД признается эффективным), то несоответствие считается закрытым, о чем делается отметка в протоколе работы/заседания структурного подразделения.

Если КД признано неэффективным, то с учетом исходной формулировки несоответствия и имеющейся на данный момент, проводит порядок работ, определенный в пп. 5.1.2-5.1.5.

Процесс может повторяться циклически, пока несоответствие не будет устранено и КД будет признано эффективным.

В случае не эффективности предпринятых действий процесс анализа и выявление причин их возникновения нужно повторить с учетом возможности существования потенциальных проблем, которые нужно решать путем предупредительных мер в соответствии с требованиями п. 5.2: стандартизации процессов, поиска ошибок в нормативной документации, оценки состояния измерительных и контрольных приборов, уровня обслуживания оборудования и других действий.

5.2. Процедура предупреждающих действий

Процедура предупреждающих действий состоит из следующих этапов:

- регистрации потенциального несоответствия;
- определения и планирования предупреждающих действий;
- выполнения предупреждающих действий;
- оценки эффективности предупреждающих действий.

5.2.1. Регистрация потенциального несоответствия

Потенциальное несоответствие регистрируется в протоколе заседания/работы структурных подразделений СПбГАУ.

После регистрации потенциального несоответствия/наблюдения руководитель структурного подразделения или владелец процесса оценивает риск потенциального несоответствия и необходимость проведения предупреждающих действий.

5.2.2. Определение и планирование предупреждающих действий

Предупреждающие действия должны планироваться исходя из следующих моментов:

- уровня риска потенциального несоответствия;
- затрат при реализации данного потенциального несоответствия в реальное;
- затрат на выполнение предупреждающих действий.

В случае, если потенциальное несоответствие имеет невысокий уровень риска и не грозит большими затратами в будущем, то предупреждающие действия по нему допускается не проводить.

В случае, если потенциальное несоответствие имеет высокий уровень риска и грозит большими затратами при превращении его в реальное несоответствие, то предупреждающие действия должны быть выполнены в кратчайшие сроки.

План предупреждающих действий составляется, как правило, на длительный период времени (полгода, год). Предупреждающие действия включают, как правило, в планы работ Университета, факультетов, кафедр и подразделений.

План ПД согласуется с начальником ОМКО.

При принятии предупреждающего действия назначается ответственный за его выполнение и дата окончания.

5.2.3. Выполнение предупреждающих действий

Предупреждающее действие должно быть выполнено в срок, определенный на предыдущем этапе. О выполнении предупреждающего действия ответственный исполнитель должен отчитаться перед уполномоченным по качеству в структурном подразделении. Если замечаний к исполнителю нет, то данное ПД считается закрытым.

Уполномоченный по качеству информирует руководителя структурного подразделения о выполненной работе и доводит эту же информацию до начальника ОМКО.

5.2.4. Оценка эффективности предупреждающих действий

Проверка эффективности ПД производится представителем руководства по качеству.

Если проверка дает положительный результат (ПД признается эффективным), то несоответствие закрывается.

Если ПД признано неэффективным, то с учетом исходной формулировки несоответствия и имеющейся на данный момент, проводит порядок работ, определенный в пп. 5.2.2-5.2.4.

Процесс может повторяться циклически, пока потенциальное несоответствие не будет устранено и ПД будет признано эффективным.

5.3. Хранение данных о результатах корректирующих и предупреждающих действий

Протоколы заседаний/работы структурных подразделений, планы корректирующих действий вместе с результатами по анализу несоответствий и причин их возникновения, иные записи хранятся в подразделениях в соответствии с требованиями СМК-ДП-4.2.2/01-2014 «Управление документацией» и СМК-ДП-4.2.3/01-2014 «Управление записями».

Приказы, распоряжения и другие материалы, относящиеся к выявлению потенциальных несоответствий, проведению предупреждающих действий хранятся в отделе менеджмента качества образования.

Сведения о проведении корректирующих и предупредительных действий, эффективности их проведения включают в отчеты о качестве продукции и процессов за отчетные периоды, которые направляются представителю руководства по качеству для обобщения и представления их высшему руководству для анализа со стороны руководства и оценки эффективности СМК.

6 Ответственность и полномочия

Выявление несоответствий и уведомление руководителя структурного подразделения, в котором были выявлены эти несоответствия, является обязанностью каждого сотрудника Университета и потребителя образовательной услуги (студента, аспиранта и слушателя).

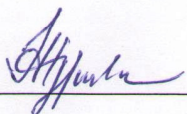



Ответственность за проведение коррекции, корректирующих и предупреждающих действий в связи с выявленным/потенциальным несоответствием возлагается на руководителя структурного подразделения или руководителя процесса.

Ответственность за планирование КД/ПД, регистрацию и хранение записей и документов (протоколов, планов и т.п.), относящихся к разработке и проведению КД/ПД, возлагается на уполномоченного по качеству структурного подразделения.

Контроль за своевременным составлением Планов КД/ПД и их выполнением, а также составление отчетной документации по проведенным КД/ПД с оценками их результативности и эффективности осуществляет начальник ОМКО.

Контроль за проведением КД/ПД в Университете осуществляет представитель руководства по качеству.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Разработано:		
Начальник отдела менеджмента качества образования		Н.Н. Андреева
Согласовано:		
Проректор по учебной работе		А.О. Туфанов
Проректор по научной работе		В.А. Смелик
Экспертиза проведена:		
Начальник юридического отдела		Р.М. Магомаев