



Государственный институт экономики, финансов, права и технологий
СМК

ДП-05-2014

«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор ГИЭФПТ

_____ В.Р.Ковалёв

« » _____ 20 г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

**УПРАВЛЕНИЕ КОРРЕКТИРУЮЩИМИ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМИ
ДЕЙСТВИЯМИ**

ДП - 05 2014

Гатчина
2014



Лист согласования

Должность	Подпись	ФИО
Первый проректор, представитель руководства по СМК		В.Р.Ковалёв
Зав. учебно-методическим отделом		М.Г.Ковязина
Помощник ректора		Н.И. Сомова

1. РАЗРАБОТАНО в лаборатории качества ГИЭФПТ

2. УТВЕРЖДАЕТСЯ И ВВОДИТСЯ В ДЕЙСТВИЕ ректором ГИЭФПТ с даты регистрации.

3. Настоящая документированная процедура ДП-05-2014 «Управление корректирующими и предупреждающими действиями» является собственностью Государственного института экономики, финансов, права и технологий.



Содержание

1. Область распространения	4
2. Нормативные ссылки.	4
3. Термины и определения.....	4
4. Обозначения и сокращения	4
5. Общие положения.	4
6. Порядок осуществления процедуры	5
6.1. Анализ данных.....	5
6.2. Анализ причин возникших/потенциальных несоответствий.....	5
6.3. Назначение корректирующих/предупреждающих действий.....	5
6.4. Проведение корректирующих/предупреждающих действий.....	5
6.5. Анализ результативности этих действий.....	7
7. Требование к ресурсам.....	7
8. Ответственность руководства	7
9. Проверка и контроль.	8



1. Область распространения

Настоящая «Процедура проведения корректирующих и предупреждающих действий» (далее – Процедура) устанавливает требования к назначению, проведению и анализу результативности корректирующих и предупреждающих действий системы менеджмента качества ГИЭФПТ.

Процедура распространяется на все подразделения ГИЭФПТ и персонал института, участвующий в планировании, организации и проведении корректирующих и предупреждающих действий и анализе их результатов.

2. Нормативные ссылки

ГОСТ Р ИСО 9001:2011 Системы менеджмента качества. Требования.

ГОСТ Р ИСО 9000:2011 Системы менеджмента качества. Общие положения и словарь.

ГОСТ Р ИСО 9004:2001 Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности.

РК – 01-2014 Руководство по качеству ГИЭФПТ

ДП – 01-2014 Процедура управления документацией.

ДП – 02-2014 Процедура управления записями.

ДП – 03-2014 Процедура проведения внутренних проверок.

ДП – 04-2014 Процедура управления несоответствиями.

3. Термины и определения

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

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

Несоответствие – невыполнение требования.

Соответствие – выполнение требования.

Оценка несоответствия – прямое или косвенное отслеживание соблюдения требований, предъявляемых к объекту.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия, коррекция может осуществляться в сочетании с корректирующим действием.

4. Обозначения и сокращения

В настоящей процедуре используются следующие сокращения:

- СМК – система менеджмента качества.

- ДП – Документированная процедура.

5. Общие положения

В соответствии с требованиями стандарта ISO 9001 корректирующие и предупреждающие действия являются одной из обязательных частей СМК подготовки специалистов.

Корректирующие и предупреждающие действия – вид действий, направленных на устранение причин обнаруженных или потенциальных несоответствий или другой нежелательной ситуации.



Цель проведения предупреждающих и корректирующих действий – уменьшение, смягчение или устранение причин несоответствий в соответствии требованиям и результативности функционирования ГИЭФПТ в целях ее оптимизации.

Для реализации указанной цели в институте проводятся внутренние плановые и внеплановые проверки, выявляющие несоответствия.

Общие требования к проведению корректирующих и предупреждающих действий, а также перечень документов СМК, регламентирующих сами действия и список ответственных за предупреждающие и корректирующие действия определяются требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2011 и настоящей Процедурой.

6. Порядок осуществления процедуры

Составляющими процесса корректирующих/предупреждающих действий являются: анализ данных, анализ причин возникших/потенциальных несоответствий, назначение корректирующих/предупреждающих действий, проведение корректирующих/предупреждающих действий, анализ результативности этих действий.

6.1. Анализ данных

На основании информации о деятельности ГИЭФПТ из любого источника проводится анализ данных с целью выявления фактических/потенциальных несоответствий.

6.2. Анализ причин выявленных/потенциальных несоответствий

Ректор и ответственный за качество изучают выявленные/потенциальные несоответствия и информацию от факультетов, кафедр, преподавателей и сотрудников института с целью выявления причин их возникновения. Результаты данного анализа фиксируются в Плане корректирующих/предупреждающих действий.

6.3. Назначение корректирующих/предупреждающих действий

На основе проведенного анализа ректор и ответственный за качество назначают корректирующие/предупреждающие действия с указанием ответственных за их проведение, сроков выполнения и порядка отчетности, фиксируют записи о назначении корректирующих/предупреждающих действий.

6.4. Проведение корректирующих/предупреждающих действий

Руководители структурных подразделений, преподаватели и сотрудники института на основе плана корректирующих/предупреждающих действий осуществляют проведение назначенных мероприятий.

Корректирующие действия должны проводиться для уменьшения, смягчения или устранения причины несоответствий. Корректирующие действия должны быть адекватны значимости выявленных несоответствий.

Источниками информации для разработки и выполнения корректирующих действий являются:

- несоответствующие продукция или услуги;
- недостигнутые цели;
- отклонения от программ органов власти;
- недопустимые результаты проектирования и разработки услуг;
- низкий процент выполнения работы;



- жалобы потребителя/граждан и/или других заинтересованных сторон - неудовлетворительные результаты проверок;
- несоответствия, выявленные при осуществлении мониторинга и измерения процессов и продукции (услуг).

При выявлении несоответствий в процессах СМК анализ несоответствий и установление причин этих несоответствий проводит руководитель структурного подразделения, в котором обнаружено несоответствие.

Корректирующие по результатам внутренних и внешних проверок проводятся в соответствии с ДП – 03-2014 «Процедура проведения внутренних аудитов».

Руководитель структурного подразделения/должностное лицо, недоработки которого послужили причиной несоответствия в процессах СМК, назначается разработчиком мероприятий по его устранению.

Решение по проведению корректирующих действий принимается на совещании и документируется в протоколе (приложение А), который утверждается в зависимости от степени значимости либо первым проректором, либо ректором.

Контроль за исполнением корректирующих действий осуществляет представитель руководства СМК.

Закрепление достигнутого положительного результата от внедрения мероприятий осуществляется внесением соответствующих изменений в нормативную документацию организации.

Порядок внесения изменений в подлинники документов и рабочие копии установлены ДП – 01-2014 «Процедура управления документацией».

Предупреждающие действия должны проводиться для устранения причины потенциальных несоответствий. Предупреждающие действия должны быть адекватны значимости выявленных потенциальных проблем и рисков.

Предупреждающие действия должны носить систематический характер и осуществляться с целью постоянного улучшения СМК.

Входными данными для предупреждающих действий служат результаты анализа следующих данных:

- удовлетворенность потребителей/граждан и других заинтересованных сторон;
- соответствие требований к продукции;
- характеристики процессов и продукции;
- административная оценка работы персонала;
- достижение поставленных целей в области качества;
- результаты проверок и анализа со стороны руководства.

Ответственность за организацию сбора и анализ данных несет руководитель подразделения, в котором выявлены несоответствия.

Руководители подразделений на совещаниях у руководителя выносят на обсуждение проблемы, приводящие к потенциальным несоответствиям. Коллективно производится оценка значимости этих проблем, устанавливаются причины возникновения проблем и определяются необходимые действия по устранению причин. В протокол совещания вносятся предупреждающие мероприятия с указанием ответственных и сроков выполнения. Протокол в зависимости от степени значимости мероприятий может утверждаться первым проректором или ректором.

Контроль выполнения мероприятий, отметка о выполнении мероприятий в протоколе, мониторинг последствий предпринятых предупреждающих действий проводятся представителем руководства СМК. Результаты доводятся до руководителя, утвердившего протокол совещания.



Положительные результаты предупреждающих действий могут быть стандартизированы путем внесения соответствующих изменений в документацию СМК.

Отметки о выполнении корректирующих/предупреждающих действий заносятся в План корректирующих/предупреждающих действий.

6.5 . Анализ результативности корректирующих/предупреждающих действий

После проведения корректирующих/предупреждающих действий ответственным за качество проводится анализ результативности в 10-дневный срок.

Критериями результативности являются:

- сроки устранения причин выявленных/потенциальных несоответствий;
- количество выявленных/потенциальных несоответствий, причины которых не были устранены;
- количество устраненных выявленных/потенциальных несоответствий.

Ответственный за качество в рамках своих должностных обязанностей готовит отчет для рассмотрения ректором в соответствии с анализом результативности данного процесса на основании выше перечисленных критериев. Отчет для ректора составляется не реже одного раза в семестр на основании записей в плане корректирующих/предупреждающих действий.

7. Требования к ресурсам

Для выполнения требований настоящей Процедуры необходимы следующие ресурсы:

- внешние и внутренние нормативные документы;
- компетентный, ответственный и подготовленный персонал;
- оборудование (компьютеры, средства связи, ксерокс, материалы для них);
- помещения для хранения записей, обеспечивающие отсутствие риска несанкционированного доступа и непреднамеренного уничтожения/порчи записей; средства хранения (папки, офисные контейнеры и др.) и порядок архивирования.

8. Ответственность за руководство

Руководители ГИЭФПТ всех уровней и руководители структурных подразделений в части, их касающейся, несут ответственность за:

- анализ результатов мониторинга деятельности ГИЭФПТ в целом, по функциональным направлениям и деятельности подчиненных подразделений;
- выявление факторов потенциально способных влиять на успешность функционирования подразделений и ГИЭФПТ в целом и организацию работы по реализации этих возможностей;
- контроль и оценку выполняемых корректирующих и предупреждающих действий.

Ответственные за процессы несут ответственность за:

- принятие решений о необходимости принятия корректирующих и предупреждающих действий по улучшению процессов, их планирование и реализацию;
- координацию и мониторинг всей деятельности по осуществлению корректирующих и предупреждающих действий;
- оценку результативности и эффективности предпринятых корректирующих и предупреждающих действий.



Если предпринятые действия оказались нерезультативными или неэффективными, то производят повторный анализ причин несоответствий и разрабатывают новые действия.

9. Проверка, контроль

Проверка процесса корректирующих/предупреждающих действий контролируется со стороны руководства ГИЭФПТ.

Процесс корректирующих/предупреждающих действий и настоящая Процедура являются объектами проверки в ходе проведения внешних и внутренних проверок.



ЛИСТ УЧЁТА ПЕРИОДИЧЕСКИХ ПРОВЕРОК ДОКУМЕНТА

№ п./п.	Дата	Ф.И.О. и должность лица, проводящего проверку	Подпись	Пункты, подлежащие изменению



Лист ознакомления с документом персонала ГИЭФПТ

№ п./п.	Фамилия, имя, отчество	Подпись	Дата ознакомления