



Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего профессионального образования

«Дагестанский государственный университет»

ДГУ

УТВЕРЖДЕНО

на заседании Ученого Совета ДГУ

27.09.2012г., протокол № 1

Ректор ФГБОУ «ДГУ»

Рабаданов М.Х.



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА**

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

**КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ**

**СМК-ДП-05.00**

Версия 1

Дата введения:

«17» 10 2012 г.

Махачкала, 2012

## Предисловие

1. РАЗРАБОТАНО Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Дагестанский государственный университет».

### ИСПОЛНИТЕЛИ:

Начальник отдела анализа и контроля качества образования УКО ДГУ  
Т.А.Гаджикурбанова.

### 2. УТВЕРЖДЁН И ВВЕДЁН В ДЕЙСТВИЕ

приказом ректора от «17» октября 2012 г. № 483а-1

### 3. ВВЕДЁН Впервые

### 4. ТАБЛИЦА АКТУАЛИЗАЦИИ ДОКУМЕНТА

Номер версии	Приказ о введении в действие	
	Номер	Дата

© Является интеллектуальной собственностью ДГУ

Настоящая документированная процедура не может быть тиражирована и распространена без разрешения Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Дагестанский государственный университет»

## Содержание

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	4
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ .....	4
3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....	4
4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....	5
5. ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ И ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ.....	8
6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ.....	11
7. ЗАПИСИ ПО ДОКУМЕНТУ .....	11
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Графическое описание процедуры «Корректирующие и предупреждающие действия» .....	13
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 Форма журнала регистрации корректирующих/предупреждающих действий.....	14
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 Форма плана корректирующих/предупреждающих действий .....	15
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ .....	17

## 1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящая документированная процедура (далее – ДП) устанавливает порядок разработки, проведения и оценки результативности корректирующих и предупреждающих действий (далее – КД, ПД) в Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Дагестанский государственный университет (ДГУ)».

Целью разработки настоящей ДП является устранение причин несоответствий и предотвращения их повторного появления, а также определение и осуществление ПД, направленных на исключение причин потенциальных несоответствий для предупреждения их появления.

Требования данной ДП обязательны для всех подразделений, должностных лиц и сотрудников университета.

Данная ДП разработана в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001 и ГОСТ Р 52614.2.

## 2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей ДП даны нормативные ссылки на следующие документы:

- ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ISO 9001:2008) – Системы менеджмента качества. Требования.
- ГОСТ Р 52614.2-2006 – Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования.
- СМК-ДП-01.00 Управление документацией.
- СМК-ДП-02.00 Управление записями.
- СМК-ДП-03.00 Внутренние проверки системы менеджмента качества.
- СМК-ДП-04.00 Управление несоответствующей услугой.

## 3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1. В настоящей ДП применяются термины с соответствующими определениями, приведенными в ГОСТ Р ИСО 9000, а также следующие определения:

**Документированная процедура (ДП):** установленный и документированный способ осуществления деятельности или процесса.

**Коррекция (Кор.):** Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия. Коррекция может осуществляться совместно с корректирующим действием.

**Корректирующее действие (КД):** Действие, предпринимаемое для устранения причин обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

**Предупреждающее действие (ПД):** Действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

**Представитель руководства по качеству (ПРК):** Должностное лицо, назначаемое приказом Ректора ДГУ, осуществляющее руководство разработкой, внедрением, поддержанием в рабочем состоянии и развитием системы менеджмента качества в ДГУ.

**Структурное подразделение (СП):** организационная единица, являющаяся частью организации с самостоятельными функциями, задачами и ответственностью (управление, кафедра, центр, отдел, лаборатория и др.).

**Уполномоченный по качеству (УК):** Должностное лицо, назначаемое приказом Ректора ДГУ, осуществляющее руководство разработкой, внедрением, поддержанием в рабочем состоянии и развитием системы менеджмента качества в структурных подразделениях.

3.2. В настоящей ДП применяются следующие обозначения и сокращения:

- ВПО – высшее профессиональное образование;
- ГАК – государственная аттестационная комиссия;
- ГОС – государственный образовательный стандарт;
- ГЭК – государственная экзаменационная комиссия;
- ДП – документированная процедура
- КД – корректирующие действия;
- НИР – научно-исследовательская работа;
- ПД – предупреждающие действия;
- ППС – профессорско-преподавательский состав;
- ПРК – представитель руководства по качеству.
- СМК – система менеджмента качества;
- УМК – учебно-методический комплекс;
- УМКД – учебно-методический комплекс дисциплины.

## 4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### 4.1. Понятие корректирующих и предупреждающих действий

КД и ПД – составные части процесса постоянного улучшения качества. Потребность в КД возникает как следствие выявления несоответствия. Эти действия направлены на выявление

причин возникновения несоответствия и их устранения с целью недопущения его повторного возникновения.

КД устраняют обнаруженные несоответствия и направляются на устранение причин обнаруженных несоответствий, чтобы избежать повторного возникновения проблем. При этом обязательным требованием является обучение или инструктирование сотрудников, занятых в процессе, в котором были выявлены несоответствия.

ПД связаны с анализом имеющейся информации с целью выявления причин потенциально возможных несоответствий и направлены на их устранение.

Процесс КД и ПД осуществляется во всех структурных подразделениях (далее – СП) университета, в деятельности которых обнаружено несоответствие.

Ресурсы, необходимые для проведения КД и ПД, выделяются руководством ДГУ.

Графическое описание процедуры КД и ПД приведено в приложении 1.

## **4.2.   Корректирующие действия**

КД являются мерами оперативного вмешательства в процессы и научно-образовательную деятельность, осуществляемые с целью своевременного и оперативного устранения причин выявленных несоответствий.

При обнаружении несоответствия необходимо предпринять незамедлительные действия (коррекции – далее кор.), направленные на устранение несоответствия. Предпринимаемые действия должны быть адекватны последствиям выявленных несоответствий.

Под несоответствиями следует понимать любое отклонение от установленных требований:

- в процессах;
- в образовательной деятельности;
- в научной деятельности;
- в деятельности персонала университета.

Все случаи выявления несоответствий в научно-образовательной деятельности и процессах СМК должны стать предметом анализа их вызвавших причин. После анализа и выяснения причин возникновения несоответствий, при необходимости, разрабатываются КД, направленные на устранение выявленных причин. При этом оценивается важность проблем, которое выражается через их потенциальное воздействие на такие аспекты, как характеристики процесса и услуги, а также удовлетворенность потребителей и других заинтересованных сторон. Обсуждение и анализ причин потенциальных несоответствий может выноситься на совещания, на рабочие встречи.

Необходимость разработки и проведения КД может быть выявлена:

- при проведении внутренних и/или внешних аудитов СМК ДГУ (основной метод);



- при проведении проверки действующих нормативных и других видов документации;
- по результатам мониторинга удовлетворенности потребителей образовательной деятельностью ДГУ.

Основанием для проведения КД являются решения представителя руководства по качеству (далее ПРК), уполномоченного по качеству структурного подразделения (далее УК), владельца процесса (далее ВП) или руководителей структурных подразделений (далее СП) на основании анализа причин несоответствий.

КД должны проводиться без излишней задержки. Срок проведения корректирующих действий с момента определения причин несоответствий для несущественных несоответствий не должен превышать две недели.

Источники информации, по которым может быть принято решение о разработке КД:

- отрицательные отзывы потребителей;
- выходные данные анализа со стороны руководства;
- выходные данные анализа информации о несоответствиях услуг установленным требованиям;
- выходные данные измерений удовлетворенности потребителей;
- результаты измерения процессов;
- результаты самооценки;
- результаты внешних и внутренних аудитов;
- информация о наличии, повторяемости и частоте возникновения аналогичных отклонений.

В результате проведения КД может возникнуть необходимость внесения изменений в действующую документацию системы качества ДГУ. Все изменения в документацию вносятся в установленном порядке в соответствии с СМК-ДП-01.00. Ответственность за правильность и своевременность внесения изменений возлагается на разработчика документа, в который необходимо внести изменения.

Контроль за реализацией КД осуществляет ПРК в целом по ДГУ, УК в структурных подразделениях.

### **4.3. Предупреждающие действия**

ПД направлены на устранение причин потенциальных несоответствий, на снижение или устранение рисков нарушения требований потребителя.

Принятию решения о ПД предшествует обсуждение в СП потенциальных несоответствий и причин их появления, оценка необходимости действий с целью предупреждения появления несоответствий, разработка ПД, установление ответственных исполнителей и сроков выполнения. Обсуждение и анализ причин потенциальных несоответствий может

выносятся на совещания, на рабочие встречи.

Основанием для проведения ПД являются решения ПРК и руководителей СП на основании анализа причин потенциальных несоответствий.

Для установления причин потенциальных несоответствий анализируются потенциальные ситуации появления несоответствий, производится оценка необходимости разработки ПД и их адекватности возможным последствиям потенциальных проблем.

При анализе причин потенциальных несоответствий используются все имеющиеся документы о качестве услуг.

Источниками информации для рассмотрения ПД являются:

- претензии и жалобы потребителей;
- отчеты руководителей СП и ВП;
- отчеты о внешних и внутренних аудитах;
- отчеты о функционировании СМК и протоколы совещаний по анализу СМК;
- результаты оценки удовлетворенности потребителей;
- записи по процессам и процедурам СМК.

ПД должны проводиться без излишней задержки. Срок проведения предупреждающих действий с момента определения причин потенциальных несоответствий не должен превышать одного месяца.

Потенциальное несоответствие может иметь вероятностный характер или быть связано с развитием университета. Потенциальные несоответствия, имеющие высокий уровень риска, должны быть устранены в кратчайшие сроки. Если уровень риска признан низким, то допускается не проводить соответствующее предупреждающее действие.

Контроль за реализацией ПД осуществляет ПРК в целом по ДГУ, УК в структурных подразделениях

## **5. ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ И ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ**

### **5.1 Выявление несоответствий**

Выявление несоответствий (потенциальных несоответствий) производится в процессе внешних и внутренних аудитов, измерений удовлетворенности потребителей, измерения процессов, поведения самооценки и др.

### **5.2 Регистрация и идентификация несоответствий**

Регистрация и идентификация несоответствий проводится в Журнале регистрации корректирующих/предупреждающих действий (Приложение 2) в графе «Краткое описание несоответствия» (указывается описание несоответствия; должность лица, записавшего несоответствие; дата внесения данных о несоответствии).



Суть несоответствия должна быть сформулирована конкретно и объективно: наименование требования, которое было не выполнено; содержание отклонения; документированное свидетельство.

### **5.3 Анализ и установление причин несоответствий**

В течение одного рабочего дня после выполнения записи несоответствия ПРК (УК), руководитель СП и/или ВП организует анализ и установление причин несоответствий (обсуждение, совещание). Если обнаружено несколько причин одного несоответствия, то они распределяются в соответствии с их важностью.

По результатам анализа причин несоответствия определяется необходимость КД и/или ПД, или достаточность осуществления коррекций.

### **5.4 Разработка корректирующих/предупреждающих действий**

Выработка и принятие КД и ПД по обнаруженному несоответствию осуществляется ПРК (УК), руководителями СП и/или ВП в ходе непосредственной деятельности, а также на заседаниях совета по качеству, научно-методического совета, учёного совета, ежегодном итоговом собрании, ежемесячных совещаниях на уровне проректора по направлениям, ректорате. КД и ПД оформляются, в зависимости от значимости проблем, в виде Журнала регистрации КД/ПД, протоколов совещаний, приказов, распоряжений и т.п.

К разработке КД и ПД привлекаются сотрудники соответствующих СП, а так же могут привлекаться аудитор или лицо, выявившее несоответствие. Определяющим критерием КД и ПД является их способность предотвратить или свести к минимуму возможность повторного возникновения несоответствия.

При необходимости, для реализации КД и ПД разрабатывается План КД и ПД с указанием сроков выполнения и ответственных должностных лиц (приложение 3). План утверждается ПРК (УК), в зависимости от места составления плана.

Если КД или ПД нельзя выполнить силами СП или ВП, то такие мероприятия включаются в планы, разработанные на вышестоящем уровне, или в план включаются другие СП и ВП университета.

### **5.6 Выполнение КД и ПД**

В процессе выполнения КД и ПД принимают участие руководители и сотрудники СП, занятых в процессе, в котором были выявлены несоответствия, а так же руководители и сотрудники СП, прямо или косвенно связанные с выявленным несоответствием.

В период реализации КД и ПД со стороны руководителя СП, ВП или лица, назначенного ответственным за контроль реализации КД и ПД, проводится мониторинг хода выполнения КД и ПД.

Если реализация КД и ПД невозможна в установленный срок, то руководитель СП или ВП, в подразделении которого выявлено несоответствие, должен письменно в произвольной форме известить об этом ПРК (УК).

Если в ходе реализации КД и ПД требуется внести изменения в ранее согласованные решения, затрагивающие интересы СП, то необходимо проведение согласования с руководителем этого СП.

Порядок осуществления КД и ПД по результатам ВА и оценки их результативности, а так же записи результатов предпринятых КД и ПД определены в СМК-ДП-03.00.

### **5.7 Контроль выполнения КД и ПД**

После завершения выполнения КД и ПД осуществляется контроль своевременности их выполнения, а также анализ результативности КД и ПД, т.е. подтверждение исключения возможности повторения несоответствий.

Контроль за выполнением КД и ПД осуществляется путем сравнения фактически выполненных мероприятий и сроков выполнения с запланированными.

Контроль выполнения КД/ПД проводит ВП или руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, определяя полноту выполнения КД/ПД.

Контроль КД и ПД может осуществляться на совещаниях совета по качеству, научно-методического совета, учёного совета, ежегодном итоговом собрании, ежемесячных совещаниях на уровне проректора по направлениям, ректорате, в ходе внутренних аудитов СМК.

### **5.8 Регистрация выполнения корректирующих/предупреждающих действий**

Регистрация выполнения КД/ПД проводится в Журнале регистрации корректирующих/предупреждающих действий, ведущихся в структурных подразделениях и ДГУ в целом..

### **5.9 Определение результативности КД и ПД**

Определение результативности КД/ПД производится после их выполнения.

Результаты контроля КД и ПД с оценкой их результативности рассматриваются на совещаниях совета по качеству, научно-методического совета, учёного совета, ежегодном итоговом собрании, ежемесячных совещаниях на уровне проректора по направлениям, ректорате и используются в качестве входных данных для анализа СМК со стороны руководства.

В случае признания КД и ПД как нерезультативными, возобновляется работа по разработке новых (дополнительных) КД и ПД. Порядок разработки новых (дополнительных) КД и ПД такой же, как и при первоначальной разработке КД и ПД. Таким образом, процесс может повторяться циклически, пока несоответствие не будет устранено и КД/ПД признаны результативными.

Если КД/ПД признаются результативными, то несоответствие считается закрытым.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

Распределение полномочий подразделений и должностных лиц процедуре КД и ПД приведено в таблице 1.

Таблица 1

Матрица распределения ответственности по процедуре  
«Корректирующие и предупреждающие действия»

Этапы процесса	Ответственный за принятие решений	Исполнитель
Выявление несоответствий	ПРК (УК), руководитель СП, ВП	Высшее руководство, ПРК (УК), руководитель СП, ВП
Регистрация и идентификация несоответствий	Лицо, выявившее несоответствие	ПРК (УК), руководитель СП, ВП
Анализ и установление причин несоответствий	ПРК (УК), руководитель СП, ВП	ПРК (УК), руководитель СП, ВП. Сотрудники СП, в котором возникло несоответствие, участники совещания
Разработка КД/ПД	ПРК (УК), руководитель СП, ВП	ПРК (УК), руководитель СП, ВП. Сотрудники СП, в котором возникло несоответствие, участники совещания
Выполнение КД/ПД	ПРК (УК), руководитель СП, ВП	Лица, назначенные исполнителями.
Контроль выполнения КД/ПД	ПРК (УК), руководитель СП, ВП	ПРК (УК), руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, ВП
Оценка результативности КД/ПД	ПРК (УК), руководитель СП, ВП	ПРК (УК), руководитель СП, ВП

## 7. ЗАПИСИ ПО ДОКУМЕНТУ

В настоящем документе используются следующие записи:

Таблица 2

Записи по документированной процедуре  
«Корректирующие и предупреждающие действия»

№ п/п	Запись	Ответственный за ведение	Ответственный за хранение	Место хранения	Сроки хранения
-------	--------	--------------------------	---------------------------	----------------	----------------

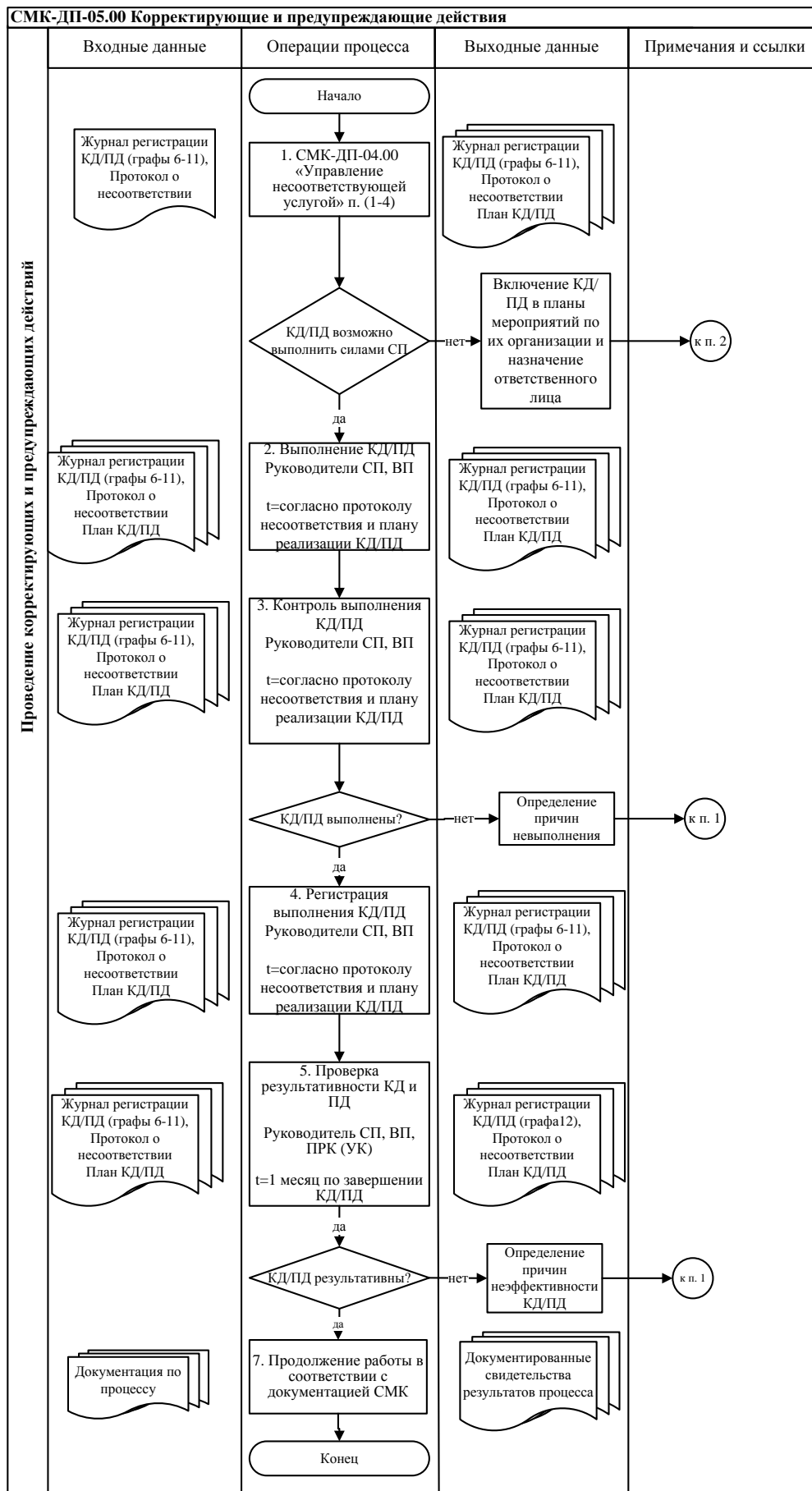
1.	Журнал регистрации корректирующих/предупреждающих действий структурного подразделения	УК	УК	УК	3 года
2.	Журнал регистрации корректирующих/предупреждающих действий ДГУ	ПРК	ПРК	ПРК	3 года
2.	План корректирующих/предупреждающих действий	-----	-----	СП	3 года

Требования по управлению записями изложены в СМК-ДП-02.00.

Управление настоящей ДП осуществляется в соответствии с СМК-ДП-01.00.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

## Графическое описание процедуры «Корректирующие и предупреждающие действия»





**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**  
**Форма плана корректирующих/предупреждающих действий**

**План корректирующих/предупреждающих действий**

У Т В Е Р Ж Д А Ю

Р е к т о р   Д Г У

\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подразделение \_\_\_\_\_

Основание \_\_\_\_\_ (например, внутренний аудит)

№	Характер выявленного несоответствия	Причина несоответствия	Вид действия (КД/ПД)	Ответственный за реализацию корректирующих действий	Сроки выполнения		Отметка о выполнении	Результативность
					начало	окончание		

Название должности руководителя \_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_ расшифровка подписи

Дата составления плана «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г





