

Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Кыргызско-Российский Славянский университет  
имени первого Президента Российской Федерации **Б.Н. Ельцина**

  
«УТВЕРЖДАЮ»  
Ректор КРСУ академик НАН КР  
д.т.н., профессор.  
Нифадьев В.И.

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

Документированная процедура  
«Корректирующие действия»

**СМК ДП 9001-2018**

Введено в действие с « 17 » сентября 2018г.

Приказ № 409-17 от 14.09.18

©Данный документ является интеллектуальной собственностью КРСУ.  
Перепечатка, копирование и распространение документа без разрешения  
руководства университета запрещена.

Бишкек

<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП - 2018</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

## 1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И СФЕРА ДЕЙСТВИЯ

1.1. Настоящая документированная процедура системы менеджмента качества разработана в соответствии с требованиями стандарта ИСО 9001: 2015 и регламентирует порядок анализа несоответствий, оценки необходимости разработки, внедрения и проверки результативности корректирующих действий, удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон.

1.2. Требования настоящей документированной процедуры распространяется на все подразделения Кыргызско-Российского Славянского университета.

## 2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

ИСО 9000:2015 – Система менеджмента качества. Основные положения и словарь.

ИСО 9001:2015 – Система менеджмента качества. Требования

СМК ДП О.04.01 - 2018 - Управления документацией СМК

СМК ДП О.07.01 -2018 – Управление записями

СМК ДП О.06.01 - 2018 – Внутренний аудит

СМК ДП БО.08.01 – 2018 – Управление несоответствующей услугой

СМК ДП М.02.01-2018 – Планирование и улучшение СМК

## 3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей документированной процедуре применяются следующие термины и определения:

**Продукция (услуга):** результат процесса.

**Несоответствующая продукция:** продукция, не удовлетворяющая требованиям.

**Анализ:** Деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности, результативности рассматриваемого объекта для – достижения установленных целей (ИСО 9000).

**Корректирующее действие:** Действие, предпринятое для установления причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации (ИСО 9000).

**Коррекция:** Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия (ИСО 9000).

**Соответствие:** Выполнение требования (ИСО 9000).

**Выпуск:** разрешение на переход следующей стадии процесса.

**Вероятность:** Степень возможных появлений какого-либо определенного события при тех или иных условиях.

**Потенциальное несоответствие:** Потенциальное (возможное) невыполнение требования.

**Предупреждающее действие:** Действие, для установления причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации (ИСО 9000).

**Риск:** Сочетание вероятностей возникновения определенного опасного события.

## 4. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

4.1. В настоящей документированной процедуре применяются следующие сокращения и условные обозначения:

<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП - 2018</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

ОУ – образовательное учреждение;  
 СМК - система менеджмента качества;  
 РП - руководитель подразделения;  
 ДП - документированная процедура СМК  
 КД - корректирующие действия  
 ПД - предупреждающие действия  
 РК - руководство по качеству  
 ДИ - должностные инструкции  
 СП СМК - структурное(ые) подразделение(я) СМК  
 РСРП - руководитель структурного подразделения  
 ППС- профессорско-преподавательский состав

## **5. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

### **5.1. Общие положения**

5.1.1. Корректирующие действия в системе менеджмента качества университета являются механизмом управления и улучшения качества образовательных услуг.

5.1.2. Целью проведения корректирующих действий является устранение или снижение влияния реальных и потенциальных причин несоответствий на степень удовлетворенности потребителей и качество образовательных услуг.

5.1.3. Решение о разработке корректирующего действия, в зависимости от области распространения выявленного несоответствия и степени сложности его устранения, принимается на уровне проректора по направлению деятельности, руководителя подразделения и конкретного исполнителя.

5.1.4. Процесс разработки и реализации корректирующего действия предусматривает осуществление следующих этапов:

- выявление несоответствия;
- изучение причин несоответствия;
- разработку корректирующего действия;
- внедрение корректирующего действия;
- проверку и оценивание результативности корректирующего действия.

5.1.5. Несоответствия выявляют:

- в элементах СМК - внутренние и внешние аудиторы в ходе аудитов, руководители структурных подразделений КРСУ в ходе своей деятельности;
- руководители и ППС в процессе оказания образовательных услуг;
- в деятельности персонала - руководители структурных подразделений;
- в документации - разработчики и пользователи конкретных документов

### **5.2. Описание корректирующих действий**

5.2.1. Работы по выполнению корректирующих действий приравниваются к основной деятельности по оказанию образовательных услуг. Результативность их выполнения оценивает руководство КРСУ.

5.2.2. КРСУ обеспечивает использование корректирующих действий как средство улучшения с целью предотвращения случаев повторного возникновения выявленных несоответствий в процессах или образовательных услугах.

5.2.3. Ответственность за общее руководство, разработку и поддержание в рабочем состоянии процедуры применения корректирующих действий несет назначенный

<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП - 2018</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

ответственный за своевременное, полное выполнение корректирующих действий - непосредственные исполнители - руководители СП КРСУ.

5.2.4. Разработку корректирующего действия осуществляет персонал того подразделения, в деятельности которого обнаружены несоответствия. Разработка осуществляется в течение десяти дней с момента фиксации несоответствия в журнале регистрации несоответствия, в отчетах и актах проверок. Ответственность за разработку возлагается на руководителя подразделения, где было обнаружено несоответствие. К разработке корректирующего действия по несоответствию, выявленному в ходе аудита СМК, могут привлекаться внутренние аудиторы (если есть необходимость).

5.2.5. Источниками информации для разработки корректирующих действий и основанием для их проведения могут быть:

- анализ анкет, отражающих степень удовлетворенности потребителей качеством оказанных образовательных услуг;
- жалобы потребителей и обоснованные претензии, высказанные и задокументированные работниками подразделений при осуществлении процессов в соответствии с документированными процедурами, действующими в подразделениях;
- несоответствия, выявленные в ходе проведения внутренних аудитов и отраженные в отчетах по внутренним аудитам;
- отчеты о внешних аудитах;
- выходные данные анализа со стороны руководства;
- выходные данные измерений удовлетворенности потребителей;
- данные анализа процессов и выполняемых мероприятий, влияющих на качество образовательных услуг, отступлений от требований договоров (контрактов);
- выявленные несоответствия на любой стадии процесса оказания образовательной услуги.

5.2.6. Корректирующие действия состоят из двух основных этапов:

- первый (коррекция) - незамедлительное позитивное действие, направленное на оперативное удовлетворение потребностей потребителя;
- второй - оценка причины несоответствия для определения необходимого корректирующего действия и его осуществления.

5.2.7. Разработка и реализация корректирующих действий осуществляется в следующей последовательности:

- анализ последствий допущенного несоответствия с выявлением и анализом причин выявленного несоответствия;
- разработка мероприятий по устранению причин выявленного несоответствия с учетом их масштаба и степени воздействия;
- определение объема необходимых ресурсов;
- утверждение и реализация корректирующих действий с одновременным внесением необходимых изменений в документацию системы менеджмента качества;
- контроль полноты и точности исполнения корректирующих действий
- анализ результативности предпринятого корректирующего действия;
- документальное оформление результатов контроля исполнения и анализа результативности корректирующего действия.

5.2.8. При разработке плана корректирующих мероприятий принимаются решения по:

- коррекции несоответствий, то есть действиям по устранению обнаруженных

<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП - 2018</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

несоответствий;

- необходимые корректирующие действия по устранению несоответствий и причин их вызвавших, гарантирующие исключение появления повторных несоответствий;
- лицам, на которых возлагается ответственность за осуществление необходимых корректирующих действий;
- определению исполнителей и соисполнителей;
- срокам исполнения;
- контролю внедрения корректирующих действий;
- утверждению плана корректирующих действий проректор по направлению деятельности;
- согласованию корректирующих действий, при необходимости, с другими подразделениями или должностными лицами.

Проекты корректирующих действий, разработанные структурными подразделениями КРСУ, в которых ответственными исполнителями или соисполнителями являются другие подразделения, или на реализацию которых требуются значительные затраты, подлежат рассмотрению и последующему утверждению Ректором университета.

Корректирующие действия, выполняемые силами подразделения - разработчика, утверждаются проректором в рабочем порядке.

Руководители СП согласовывают план внедрения корректирующих (предупреждающих) действий с проректором по направлению.

5.2.9. Если реализация корректирующего действия не укладывается в установленный срок, руководитель подразделения, внедряющего корректирующее действие, должен в письменной форме известить об этом руководство, которое анализирует ситуацию и принимает решение о дальнейших действиях:

- об оказании административного воздействия на руководителя подразделения, если сроки внедрения сорваны по его вине;
- о переносе сроков реализации корректирующих действий.

Разрешение на перенос сроков выполнения корректирующих действий или изменение их содержания, если они были рассмотрены и утверждены, дается только проректор.

Полностью оформленные и утвержденные планы корректирующих мероприятий рассылаются по одному экземпляру в подразделения ОУ или выставляются в ИАИС, для причастных к данному вопросу.

5.2.10. По получении копии планов корректирующих мероприятий руководитель ставит на контроль их выполнение.

5.2.11. После выполнения корректирующих мероприятий ответственные исполнители обязаны в трехдневный срок направить отчет о выполнении мероприятий руководству (по результатам внутренних аудитов).

5.2.12. На основании данного отчета проректор совместно с руководителем структурного подразделения планируют проверку результативности внедрения мероприятий при внутренних аудитах.

5.2.13. В случае срыва сроков разработки корректирующих мероприятий или непредставления отчета об их выполнении в установленные сроки, решение о применении административного воздействия к виновным принимается Ректором.

### **5.3. Оценка результативности корректирующих действий**

5.3.1. Основным результатом деятельности является заверщенное корректирующее

<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП - 2018</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

действие (комплекс действий) и документированная информация о проведенных мероприятиях и их результативность.

5.3.2. Качественными показателями процесса ОУ и проведения корректирующих действий являются:

- оперативность проведения корректирующих и предупреждающих действий;
- адекватность предпринятых предупреждающих действий выявленным несоответствиям;
- соблюдение установленных сроков выполнения мероприятий;
- результативность выполненных мероприятий;
- правильность оформления соответствующих документов.

5.3.3. Требования к показателям качества

5.3.3.1. Оперативность проведения корректирующих действий - кратчайшее время, необходимое на полное устранение причины возникновения выявленного несоответствия и исключение возможности его появления вновь. Контроль оперативности реагирования на выявленное несоответствие осуществляется проректор на стадии утверждения (согласования) Плана. Время, отведенное на выполнение мероприятий, должно быть минимально достаточным, чтобы не допустить повторного возникновения несоответствий, либо максимально оперативно устранить причину его появления. представляется в план мероприятий руководителем подразделения, где проводятся корректирующие мероприятия.

5.3.3.2. Адекватность предпринимаемых действий-соответствие мер, утвержденных Планом в части объема, затрат ресурсов и времени ввиду устраняемого несоответствия. Предпринимаемые действия должны быть достаточными и не излишними.

5.3.3.3. Выбор оптимальных путей решения проблем и задач должен осуществляться коллегиально, с использованием современных инструментов качества и методов обработки данных.

5.3.3.4. Соблюдение установленных сроков и объема выполнения мероприятий осуществляется руководителем подразделения с представлением информации проректору Процедуры, предусмотренные Планом, должны быть выполнены в полном объеме и в установленный срок.

5.3.3.5. Критерием для определения результативности выполненных корректирующих мероприятий служит степень полноты устранения причин выявленного несоответствия или причин потенциального несоответствия.

5.3.3.6. Результаты проверки отражаются в форме плана мероприятий с указанием фактического срока внедрения корректирующих мероприятий.

5.3.3.7. При положительной оценке, свидетельствующей о том, что результат корректирующего действия имеет постоянный характер, обеспечивается закрепление найденного решения посредством внесения изменений в документацию СМК.

5.3.3.8. Изменения в документацию СМК вносятся ответственным исполнителем разработки корректирующего действия согласно документированной процедуре СМК.

5.3.3.9. Если корректирующие действия признаны неэффективными, процедура разработки плана внедрения повторяется до полного устранения несоответствия, начиная с п. 5.2.7 настоящей ДП.

5.3.3.10. Данные о разработке и реализации корректирующих действий используются для анализа результативности работы СМК руководством КРСУ.

<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП - 2018</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

## **6 ВЕДЕНИЕ ЗАПИСЕЙ**

6.1 Записи ведутся согласно описания данной документированной процедуры:

- - в журнале регистраций корректирующих мероприятий
- - планы мероприятий по проведению корректирующих действий
- - протоколы и т.д.

6.2 Регистрацию и хранение записей и документов, относящихся к разработке и реализации корректирующих действий, ведет каждое структурное подразделение КРСУ.

6.3 Управление записями в отношении корректирующих мероприятий осуществляется в соответствии с требованиями СМК ДП «Управление записями».

## **7 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

7.1 Владельцем процесса разработки и внедрения корректирующих действий является проректор по учебной работе (представитель руководства по качеству), управляет процессом при помощи руководителей управлений и назначенных ответственных от структурных подразделений КРСУ.

7.2 Ответственность персонала, руководящего, контролирующего и выполняющего работы по разработке и выполнению корректирующих мероприятий, определена в соответствующих разделах данной ДП.

7.3 Ответственность за разработку и внедрение корректирующих действий несут руководители подразделений, в которых выявлены несоответствия.

7.4 Ответственность других подразделений, задействованных при проведении корректирующих действий, определяется при разработке и утверждении соответствующих мероприятий.

Документированную процедуру разработал Бешке Е.В

<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	Документированная процедура «Корректирующие действия»			
	СМК ДП - 2018			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

### Приложение №1

Утверждаю  
Проректор

Исаков К.И.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### План корректирующих мероприятий

*название структурного подразделений, процесса*

на период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Основание для разработки

плана \_\_\_\_\_

*Акт, протокол, приказ, идр. Дата, номер*

Код процесса и объект, где выявлено несоответствие	Несоответствие	Причина несоответствия	Корректирующие действия	Исполнитель	Срок исполнения	Отметка о выполнении (результативность)

Разработчик плана \_\_\_\_\_

*Должность, подпись, дата, Ф.И.О.*



<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП - 2018</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

**Приложение № 3**

Утверждаю  
Ректор КРСУ  
Нифадьев В.И.  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Форма отчета по корректирующим действиям**

**О действиях по результатам \_\_\_\_\_ внутреннего аудита СМК  
структурных подразделений КРСУ**

Основание:

1. Протокол несоответствия и чек-лист от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по результатам аудита структурных подразделений : \_\_\_\_\_ на соответствие требований стандарта ИСО 9001:2015
2. План мероприятий от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. структурного подразделения \_\_\_\_\_

<b>№ п/п</b>	<b>Описание несоответствий</b>	<b>Описание наиболее вероятной причины несоответствия</b>	<b>Описание выполненных корректирующих действий по устранению причины несоответствия</b>	<b>Описание результатов корректирующих действий</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_ (подпись Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<b>КРСУ</b>	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП - 2018</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	11

**Лист ознакомления**

<b>Ф.И.О.</b>	<b>Должность</b>	<b>Дата</b>	<b>Роспись</b>

**Лист регистрации изменений**

<b>Изменение</b>	<b>Номера листов (страниц)</b>		<b>Номер документа основания</b>	<b>Подпись</b>	<b>Дата</b>	<b>Срок введения изменения</b>
	<b>Новых</b>	<b>Аннулированных</b>				