

**Межгосударственная образовательная организация высшего образования  
Кыргызско-Российский Славянский университет  
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина**




**«УТВЕРЖДАЮ»**  
Ректор КРСУ кандидат  
технических наук  
Волков С. Ю.

**СИСТЕМА МЕНЕЖДМЕНТА КАЧЕСТВА**

**Документированная процедура  
«Корректирующие действия»**

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

**Бишкек**

 КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП-2026</b>			
	Изменение	Номер		Лист
	Дата		Листов	10

## 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 - 2026 - Управления документацией  
 СМК ДП О.07.01 -2026 – Управление записями  
 СМК ДП О.06.01 - 2026 – Внутренний аудит  
 СМК ДП БО.08.01 – 2026 – Управление несоответствующей услугой  
 СМК ДП М.02.01-2026 – 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:

ОУ – образовательное учреждение;

	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП-2026</b>			
	Изменение	Номер		Лист
	Дата		Листов	10

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 РСР - 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 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

	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП-2026</b>			
	Изменение	Номер		Лист
Дата			Листов	10

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 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;

	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП-2026</b>			
	Изменение	Номер		Лист
	Дата		Листов	10

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

5.3.1. 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

5.3.3.2. Адекватность предпринимаемых действий-соответствие мер, утвержденных

 КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП-2026</b>			
	Изменение	Номер		Лист
	Дата		Листов	10

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.

## 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.

 <b>КРСУ</b> КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП-2026</b>			
	Изменение	Номер		Лист
	Дата		Листов	10

Документированную процедуру разработал Бешке Е.В.

### Приложение №1

Утверждаю  
 Проректор по образовательной деятельности  
 \_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### План корректирующих мероприятий

*название структурного подразделений, процесса*  
 на период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_


Основание для разработки плана

\_\_\_\_\_  
*Акт, протокол, приказ, и др. 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> КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП-2026</b>			
	Изменение	Номер		Лист
	Дата		Листов	10

### Приложение № 3

Утверждаю Ректор КРСУ

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

«\_\_\_\_\_» \_\_ 20\_\_ г.

### Форма отчета по корректирующим действиям

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

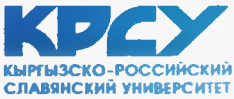
Основание:

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 \_\_\_\_\_

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

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 <b>КРСУ</b> КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ	<b>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</b>			
	<b>Документированная процедура «Корректирующие действия»</b>			
	<b>СМК ДП-2026</b>			
	<b>Изменение</b>	<b>Номер</b>		<b>Лист</b>
<b>Дата</b>			<b>Листов</b>	10

**Лист ознакомления**

Ф.И.О.	Должность	Дата	Роспись

**Лист регистрации изменений**

Измене ние	Номера листов (страниц)		Номер документа основания	Подпись	Дата	Срок введен ия измене ния
	Новых	Аннулирован ных				