	<b>ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики»</b>
	<b>Стандарт организации</b>
<b>СТО SMK СПбУТУиЭ</b> <b>9.02-02-2018</b>	<b>КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ</b>

**ОДОБРЕНО**

Ученым советом СПбУТУиЭ  
 «25» октябрь 2018 г.  
 Протокол № 3/1/18  
 Ученый секретарь Ученого совета  
 \_\_\_\_\_ С.В. Федораев



УТВЕРЖДАЮ  
 Ректор СПбУТУиЭ  
 \_\_\_\_\_ О.Г. Смешко  
 «25» октябрь 2018 г.

Система менеджмента качества


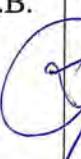

Стандарт организации

**КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ**

СТО SMK СПбУТУиЭ 9.02-02-2018

Дата введения: «25» октябрь 2018 г.

Санкт-Петербург  
 2018

	Должность	Фамилия	Подпись	Дата
Разработчик	Руководитель службы качества	Меркушова Н.И.		25.10.18
Согласовано	Первый проректор – проректор по учебно-методической работе и качеству образования студентов	Авдашкевич С.В.		25.10.18
Согласовано	Начальник юридического отдела	Козихин А.В.		25.10.18

### Содержание

1 Область применения.....	3
2 Нормативные ссылки .....	3
3 Термины, определения и сокращения.....	3
4 Разработка и реализация корректирующих и предупреждающих действий.....	5
5 Ответственность и полномочия при реализации корректирующих и предупреждающих действий .....	8
Приложение А Графическое описание процесса управления корректирующими и предупреждающими действиями.....	9
Приложение Б Форма плана корректирующих/предупреждающих действий.....	12

## 1. Область применения

Настоящий стандарт СТО СМК СПбУТУиЭ 9.02-02-2018 (далее – СТО) разработан в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и устанавливает единый порядок разработки, реализации/ применения и оценки результативности корректирующих и предупреждающих действий в СМК Частного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики» (далее – СПбУТУиЭ, университет) по отношению ко всем видам несоответствий процессов и/ или продукции образовательного учреждения.

Данный стандарт распространяется на деятельность СПбУТУиЭ и его региональных институтов и филиалов, обеспечивающую предоставление образовательных, научно-исследовательских и иных услуг, предусмотренных Уставом, в заданных объемах, с установленным качеством, в сроки, определенные планами работ, договорами, а также в соответствии с утвержденными программами.

Стандарт разработан в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001-2015, п. 9. 2.

Настоящий стандарт вводится взамен СМК-СТО-8.5.2-8.5.3-2-2014 «Корректирующие и предупреждающие действия в СПбУТУиЭ».

## 2. Нормативные ссылки

СТО формируется и используется с учетом требований Федерального закона Российской Федерации № 273-ФЗ от 29.12.2012 г. «Об образовании в Российской Федерации», действующим законодательством Российской Федерации, нормативными документами в области СМК:

- ГОСТ ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- ГОСТ Р ИСО 19011-2012 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента;
- ГОСТ Р 52614.2-2006 Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования;
- «Стандарты и рекомендации для гарантии качества высшего образования в европейском пространстве (ENQA)»;
- IWA 2 2007 Системы менеджмента качества – Рекомендации по применению ISO 9001-2000 в образовании;
- Политика СПбУТУиЭ в области качества.

## 3. Термины, определения и сокращения

В настоящем положении используются следующие сокращения:

ВО – высшее образование;

ДО – дополнительное образование;

НИР – научно-исследовательская работа;

ОПОП – основные профессиональные образовательные программы;

ППС – профессорско-преподавательский состав;

РФ – Российская Федерация;

СМК – система менеджмента качества;

СПО – среднее профессиональное образование;

СТО – стандарт организации;

ФГОС ВО – Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования;

ФГОС СПО – Федеральные государственные образовательные стандарты среднего профессионального образования.

В данном стандарте используются следующие определения:

Качество – степень соответствия совокупности присущих характеристик объекта требованиям.

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины несоответствия и предупреждения его повторного возникновения.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Несоответствие – невыполнение требования (соответствие – выполнение требования).

Обеспечивающий (вспомогательный) процесс – процесс, результатом которого является создание необходимых условий для осуществления одного или нескольких процессов.

Основной (ключевой) процесс – процесс, результатом которого является выпуск продукции или оказание услуг.

Потребители – организация или лицо, получающие услугу (продукцию) – результат процесса. Потребитель может быть внутренним или внешним по отношению в вузу. Перечень потребителей СПбУТУиЭ, институтов и филиалов приводится в Руководстве по качеству СПбУТУиЭ.

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

Процедуры – документы, устанавливающие порядок выполнения деятельности или осуществления процесса, т.е. ту последовательность и содержание обязательных операций, которые должны соблюдаться с тем, чтобы выполнить требования ИСО 9001 к данному процессу.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности и ресурсов, преобразующая входы в выходы и создающая ценность для потребителя.

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Руководитель процесса – должностное лицо, как правило, руководитель крупного структурного подразделения (одновременно являющееся и участником процесса), несущее ответственность за управление процессом, включая мониторинг процесса на всех его стадиях.

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

Удовлетворенность потребителей – восприятие потребителями степени выполнения их требований.

Улучшение процесса – деятельность по оптимизации или перепроектированию процесса с целью улучшения качества выходов процесса.

Эффективность – связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

#### 4. Разработка и реализация корректирующих и предупреждающих действий

##### 4.1 Корректирующие действия

Корректирующие действия являются мерами оперативного вмешательства в процессы, осуществляемые университетом, его институтами/ филиалами, с целью своевременного устранения выявленных несоответствий. Устранение причин выявленных несоответствий проводится с целью предупреждения их повторного появления.

Под несоответствиями следует понимать отклонения от установленных требований в:

- процессах Университета;
- стандартах, положениях СМК;
- деятельности персонала.

Наиболее частыми причинами возникновения несоответствий могут быть:

- нарушение требований нормативной документации, устанавливающей порядок осуществления деятельности (реализации процесса);
- использование неподходящего/ неисправного ресурсного обеспечения (учебная, методическая литература, учебное оборудование, технические средства обучения, программное обеспечение и т.д.);
- небрежность и ошибки персонала, и др.

Во всех случаях выявления несоответствий в процессах СМК необходим анализ вызвавших их причин. После анализа и выяснения причин возникновения несоответствий, при необходимости, разрабатываются корректирующие действия, направленные на устранение выявленных причин. Принятие решения о необходимости разработки корректирующих действий осуществляют руководители процессов, проректора, заместители проректоров по направлениям деятельности, директора, заместители директоров институтов/ филиалов, представители высшего руководства по качеству в университете, институтах/ филиалах.

Необходимость разработки и проведения корректирующих действий может быть установлена в результате:

- проведения внутренних и/ или внешних аудитов СМК университета, института/ филиала;
- проведения мониторинга процессов СМК;
- проведения проверки (пересмотра) действующих нормативных и иных видов документации;
- изменений организационно-штатной структуры университета, института/ филиала, целей и задач, решаемых подразделениями, службами и персоналом;
- поступления жалоб и претензий от потребителей услуг/ продукции;
- поступления предложений и рекомендаций от потребителей;
- работы с потребителями услуг/ продукции или работодателями (результаты маркетинговых исследований рынка научных, образовательных услуг и рынка труда, социологических опросов обучающихся, персонала, работодателей);
- самооценки деятельности университета и др.

##### 4.2 Порядок разработки и реализации корректирующих действий по результатам внутренних аудитов СМК

По каждому несоответствию, выявленному в ходе аудита СМК, руководитель проверяемого подразделения/ процесса разрабатывает программу корректирующих действий, определяет сроки их выполнения и согласовывает с представителем высшего руководства по качеству и главным аудитором.

При проведении повторного/ внеочередного аудита СМК аудитор или главный аудитор осуществляют контроль и оценку результативности выполнения корректирующих мероприятий, разработанных по результатам предыдущего аудита.

При повторной проверке (аудите) СМК согласно СТО СМК СПбУТУиЭ 9.02.01-2018 оформляется только часть Протокола несоответствия «Оценка выполнения запланированного корректирующего/ предупреждающего действия».

Если корректирующие мероприятия выполнены и результативны, то в протоколе о несоответствии аудитор производит необходимые записи.

В случае, если корректирующие действия не выполнены или недостаточно результативны, аудитор делает соответствующую запись в протоколе. Далее, по согласованию с руководителем подразделения/ процесса, планирует дополнительные корректирующие действия и сроки их выполнения. В случае, если в повторно назначенные сроки несоответствия не будут устранены, главный аудитор передает копию протокола о несоответствии ректору, проректору по направлению деятельности подразделения (директору института/ филиала) для принятия решения по данному подразделению или ответственному должностному лицу.

В иных случаях разработка корректирующих действий может осуществляться представителем высшего руководства по качеству университета, института/ филиала, коллегиальным органом (Ученым советом, Методическим советом, Советом института/ филиала, Педагогический совет колледжа).

Контроль за своевременностью и результативностью выполнения корректирующих действий осуществляет представитель высшего руководства по качеству университета, института/ филиала, а также аудиторами при проведении последующих аудитов СМК.

План корректирующих действий должен содержать следующую информацию:

- наименование (содержание) корректирующих мероприятий;
- сроки проведения каждого из корректирующих действий;
- фамилию, имя, отчество должностного лица, ответственного за выполнение корректирующих действий;
- отметку (с указанием даты) о выполнении корректирующих действий.

План корректирующих действий может разрабатываться отдельным документом или входить составной частью в план совершенствования и развития СМК на год.

В результате проведения корректирующих действий может возникнуть необходимость внесения изменений в действующую документацию СМК. Все изменения в документацию вносятся установленным порядком. Ответственность за правильность и своевременность внесения изменений возлагается на разработчика документа, в который необходимо внести изменения.

Выделение ресурсов на проведение корректирующих мероприятий осуществляется руководством университета, института/ филиала.

#### 4.3 Предупреждающие действия

Предупреждающие действия направлены на выявление и устранение потенциальных причин возникновения несоответствий в образовательной, научно-исследовательской и иных работе университета, институтов/ филиалов.

Для разработки предупреждающих действий необходимо эффективно использовать информацию, поступающую:

- от потребителей (заказчиков): все рекламации, жалобы, замечания и предложения, результаты социологических опросов потребителей (заказчиков) должны быть рассмотрены и, по возможности, учтены при планировании предупреждающих действий;
- от персонала университета (института/ филиала);

- от руководства и/ или персонала институтов/ филиалов – в университет;
- по результатам проведения внутренних аудитов СМК и анализа результативности ее функционирования со стороны руководства университета;
- по результатам проведения корректирующих действий и оценки их результативности.

Порядок разработки предупреждающих действий аналогичен порядку разработки корректирующих действий. Контроль за результатами реализации предупреждающих действий аналогичен контролю за процедурой корректирующих действий.

Ресурсы на проведение предупреждающих мероприятий выделяются и утверждаются руководством организации. После проведения предупреждающих мероприятий проводится анализ их эффективности, информация о котором доводится до руководства университета, а также до заинтересованных лиц.

#### **4.4 Управление записями при планировании и реализации корректирующих и предупреждающих действий**

К записям СМК, подлежащим обязательной регистрации при разработке корректирующих и предупреждающих действий, относятся протоколы несоответствий внутренних аудитов, протоколы заседаний Методического и/ или Ученого советов университета, Советов институтов/ филиалов и планы корректирующих и/ или предупреждающих действий (в случае их оформления отдельным документом).

Протоколы и планы являются объективным доказательством выявления, анализа и устранения причин несоответствий, возникающих в образовательных услугах, процессах или СМК в целом. Протоколы и планы используются в качестве исходной информации для анализа результативности функционирования СМК со стороны руководства университета, институтов и филиалов для разработки предупреждающих действий, а также для оценки результативности корректирующих действий при проведении внутренних аудитов СМК.

Экземпляры протоколов и планов оформляются, регистрируются и хранятся у руководителей структурных подразделений, в службе качества, а в институтах и филиалах – у руководителей структурных подразделений и уполномоченных по качеству. Срок хранения протоколов и планов – не менее 5-ти лет. Условия хранения протоколов и планов должны исключать их порчу, нанесение ущерба и потерю, а также обеспечивать их доступность и сохранность в течение всего времени хранения. Порядок представления (доступа) протоколов и планов для различных подразделений и должностных лиц университета определяет первый проректор – проректор по учебно-методической работе и качеству образования студентов (в институтах и филиалах, колледже – директор).

Регистрация протоколов (присвоение им порядкового номера) осуществляется по порядку их оформления арабскими цифрами с указанием даты. Вносить в протоколы и планы записи карандашом, а также незарегистрированные исправления категорически запрещено. Порядок уничтожения протоколов и планов определяет представитель высшего руководства по качеству (в университете – проректор, в институтах и филиалах – заместитель директора или иное должностное лицо). Восстановление протоколов и планов осуществляется исполнителем соответствующего протокола или плана с использованием их электронных копий, которые хранятся в службе качества, в иных подразделениях университета и/ или институтов и филиалов, их формирующих. Электронные копии протоколов и планов уничтожаются только после уничтожения бумажных экземпляров. Восстановленные планы и протоколы оформляются с присвоением регистрационного номера утерянного документа.

СТО СМК СПбУТУиЭ 9.02-02-2018	<b>КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ</b>
----------------------------------	--

### 5. Ответственность и полномочия при реализации корректирующих и предупреждающих действий

Ответственность и полномочия подразделений и должностных лиц, участвующих в реализации корректирующих и/ или предупреждающих действий, приведены в Таблицах 1-2 и графическом описании процедуры (Приложение А).

Таблица 1 – Распределение ответственности и полномочий при осуществлении корректирующих и/ или предупреждающих действий (университет, г. Санкт-Петербург)

№ п/п	Наименование работ, мероприятий	Должностное лицо/ подразделение				
		Ректор	Проректора по направлениям деятельности	Руководители подразделений	Главный аудитор	Служба качества
1	Планирование КиПД	И	И	О	И	И
2	Реализация КиПД	И	О	О	И	И
3	Оценка результативности КиПД	И	О	О	О	О
4	Отмена процедуры КиПД и допуск на отклонения	И	О	У	И	И
5	Анализ и контроль выполнения КиПД	У	О	О	У	У

**Условные обозначения:**  
«О» – руководит работами, координирует работу исполнителей и принимает решение, обобщает результаты работ, несет ответственность за конечные результаты.  
«У» – участвует в проведении работ, несет ответственность за качество выполняемой работы в касающейся его сфере.  
«И» – получает информацию о принятом решении.  
«КиПД» – корректирующие и предупреждающие действия

Таблица 2 – Распределение ответственности и полномочий при осуществлении корректирующих и/ или предупреждающих действий в институтах и филиалах университета

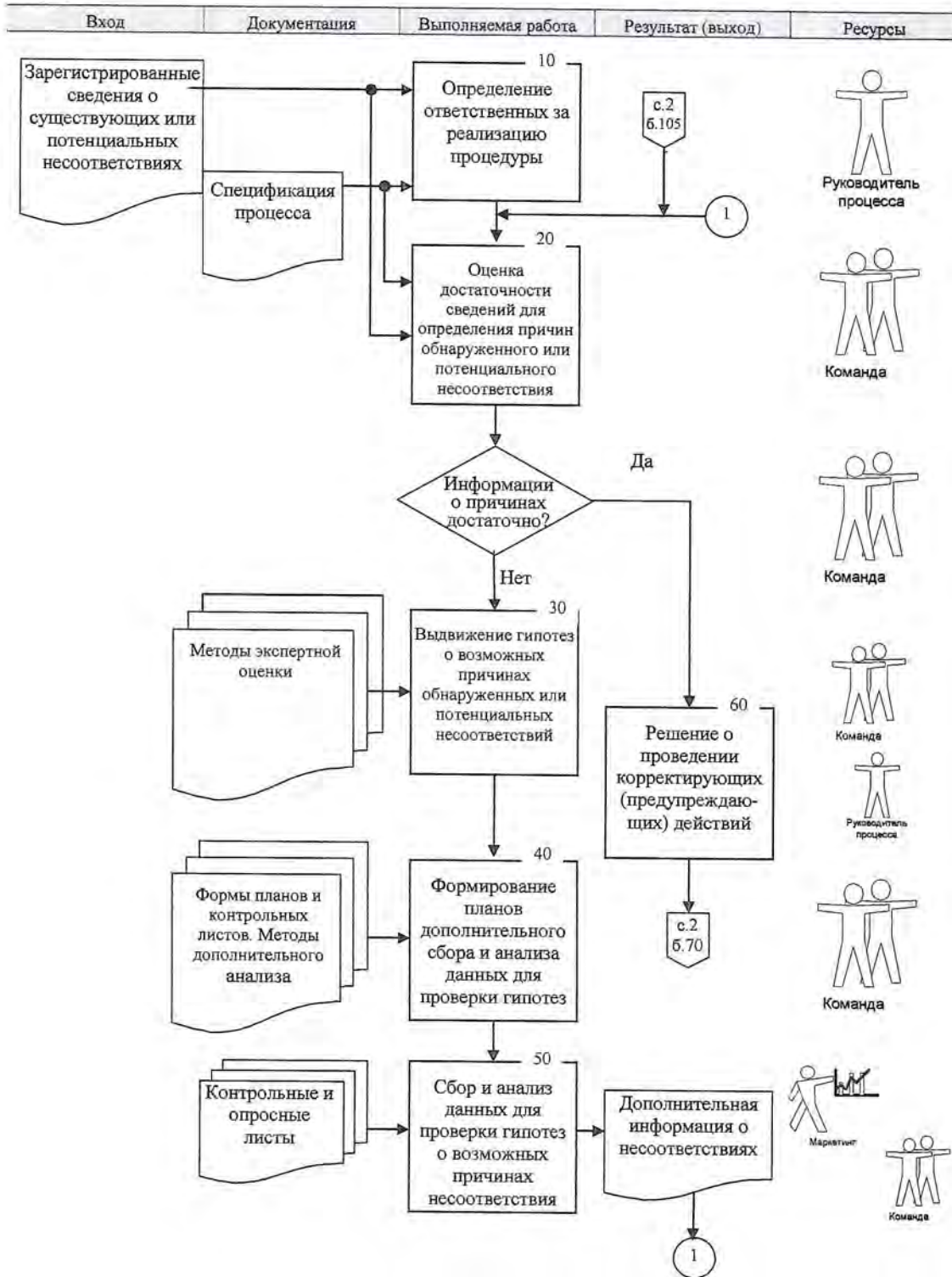
№ п/п	Наименование работ, мероприятий	Должностное лицо/ подразделение					
		Ректор	Директор	Уполномоченный по качеству	Главный аудитор	Руководители подразделений	Служба качества
1	Планирование КиПД	И	У	И	И	О	И
2	Реализация КиПД	И	О	И	И	О	И
3	Оценка результативности КиПД	И	О	О	О	О	И
4	Отмена процедуры КиПД и допуск на отклонения	О	О	У	И	У	И
5	Анализ и контроль выполнения КиПД	У	О	У	У	О	И

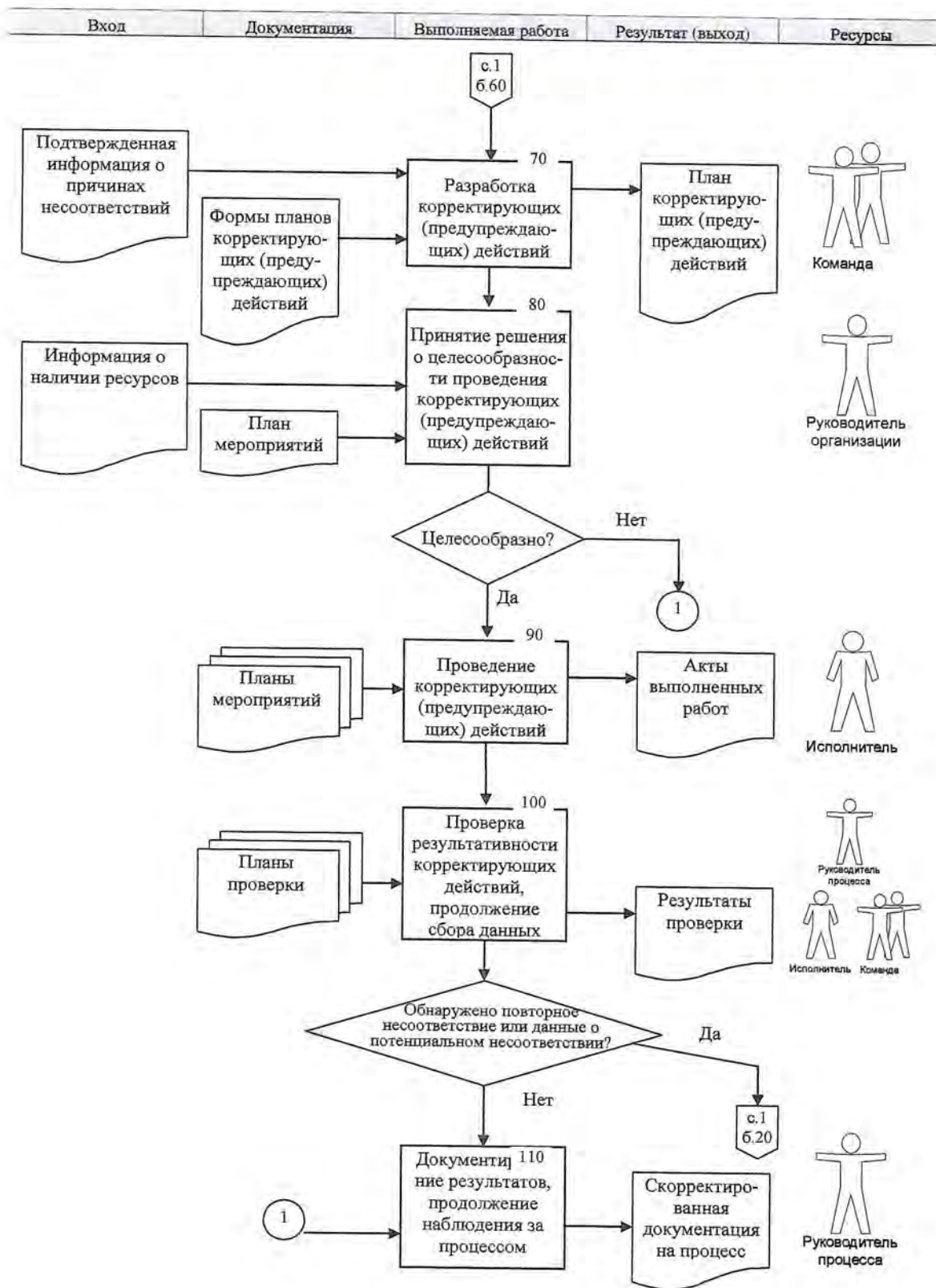
**Условные обозначения:**  
«О» – руководит работами, координирует работу исполнителей и принимает решение, обобщает результаты работ, несет ответственность за конечные результаты.  
«У» – участвует в проведении работ, несет ответственность за качество выполняемой работы в касающейся его сфере.  
«И» – получает информацию о принятом решении.  
«КиПД» – корректирующие и предупреждающие действия



Приложение А

Графическое описание процесса управления корректирующими и предупреждающими действиями





### Пояснение к графическому описанию документированной процедуры

Графическое описание процедуры приведено в **Приложении 1** к данному документу. Пояснение к графическому описанию:

**Блок 10.** На основании зарегистрированной информации о несоответствиях руководитель процесса назначает ответственного за реализацию процедуры корректирующих/ предупреждающих действий. Ответственный формирует комиссию/ рабочую группу для выявления причин несоответствий и формированию предложений по решению возникших проблем.

**Блок 20.** Комиссия выполняет оценку достаточности информации для определения причин несоответствий и принимает решение о необходимости проведения дополнительного сбора данных.

**Блок 30.** В случае принятия решений о недостаточности информации, комиссия выдвигает и документирует гипотезы о возможных причинах несоответствий.

**Блок 40.** Комиссия разрабатывает планы сбора дополнительных данных, необходимых для подтверждения или исключения выдвинутых гипотез о возможных причинах несоответствий.

**Блок 50.** Комиссией совместно с соответствующими службами выполняется сбор необходимых данных и анализ имеющихся материалов о возможных причинах несоответствий. Полученные результаты документируются и предоставляются комиссии.

**Блок 60.** Решение о подготовке к проведению корректирующих или предупреждающих мероприятий документально оформляется и утверждается руководителем процесса.

**Блок 70.** Комиссия разрабатывает план корректирующих или предупреждающих мероприятий, который документально оформляется и предоставляется руководителю процесса и иным заинтересованным сторонам.

**Блок 80.** Руководитель, на основании анализа разработанного плана мероприятий, оценки эффективности предлагаемых мероприятий и информации о наличии ресурсов, принимает решение о проведении корректирующих или предупреждающих мероприятий.

В случае принятия руководителем решения о целесообразности корректирующих или предупреждающих мероприятий он назначает исполнителей по каждому разделу разработанного плана мероприятий.

**Блок 90.** Исполнители реализуют предусмотренные планом корректирующие или предупреждающие мероприятия. Выполнение этих мероприятий документально оформляется в виде актов выполненных работ.


**Блок 100.** Комиссия и исполнители выполняют проверку результативности мероприятий, которая оформляется документально и утверждается руководителем процесса.

Если в течение проверки обнаруживается повторное появление несоответствий или данные о потенциальных несоответствиях, то выполняется возврат к блоку 20.

**Блок 110.** Если по результатам проверки повторения несоответствий не выявлено и нет данных о потенциальных несоответствиях, то результаты корректирующих или предупреждающих мероприятий закрепляются путем документирования (внесение изменений в документацию на процесс) и обучения персонала.

Приложение Б

Форма плана корректирующих/ предупреждающих действий

	Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики»	
	Подразделение:	Руководитель подразделения:  Руководитель аудиторской группы:

**УТВЕРЖДАЮ**  
 Директор института/ филиала  
 (начальник управления,  
 отдела)

(подпись, Ф.И.О.)  
 «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПЛАН**  
 корректирующих/ предупреждающих действий,  
 выработанных по результатам анализа несоответствий

№ п/п	Описание несоответствия	Планируемые корректирующие и предупреждающие действия	Ответственный за выполнение	Сроки реализации	Отметка о выполнении	Примечания (оценка КиПД: эффективно, неэффективно, выполнение отложено по ряду причин и т.д.)

План рассмотрен на заседании \_\_\_\_\_  
 кафедры, Совета и т.д.

Протокол от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Разработал \_\_\_\_\_  
 «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.