

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ»
ДП-1.6-2023

УТВЕРЖДАЮ

Ректор учреждения образования
«Гродненский государственный
аграрный университет»



В.В. Пешко

09

2023 г.

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ»**

СОГЛАСОВАНО

Проректор по учебной работе,
представитель руководства по
качеству

С.И. Юргель

«06» 09

2023 г.

ГРОДНО



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023

Предисловие

1. РАЗРАБОТАНА учреждением образования «Гродненский государственный аграрный университет»

ИСПОЛНИТЕЛИ:

Пешко В.В., доцент, кандидат сельскохозяйственных наук (руководитель);

Дудук А. А., доцент, кандидат сельскохозяйственных наук;

Регилевич А. А., доцент, кандидат сельскохозяйственных наук;

Юргель С.И., доцент, кандидат сельскохозяйственных наук

2. ВНЕСЕНА рабочей группой по развитию СМК

3. УТВЕРЖДЕНА И ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ

приказом Ректора от 19 сентября 2017 г. № 724-од

4. ВВЕДЕНА ВПЕРВЫЕ

**© Учреждение образования
«Гродненский государственный
аграрный университет»**

Настоящая документированная процедура университета не может быть тиражирована и распространена без разрешения учреждения образования «Гродненский государственный аграрный университет»

Издана на русском языке



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	4
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	6
5. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	8
5.1 Выявление несоответствий процессов СМК УО «ГГАУ»	8
5.2 Анализ и установление причин несоответствий	8
5.3 Разработка корректирующих или предупреждающих действий	9
5.4 Корректирующие или предупреждающие действия возможно выполнить силами подразделения?	9
5.5 Включение корректирующих или предупреждающих действий в планы мероприятий по их организации и назначение ответственного лица	9
5.6 Выполнение корректирующих или предупреждающих действий	9
5.7 Контроль выполнения корректирующих или предупреждающих действий	9
5.8 Определение эффективности корректирующих или предупреждающих действий	9
5.9 Определение причины неэффективности корректирующих или предупреждающих действий	10
5.10 Составление плана мероприятий	10
5.11 Схема описания процедуры	11
6. МАТРИЦА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ПОЛНОМОЧИЙ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ	13
7. ЗАПИСИ	14
ПРИЛОЖЕНИЕ А Форма записей	15
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ	16



1 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура описывает порядок и ответственность проведения работ по управлению корректирующими действиями с целью устранения причин несоответствий и предотвращения их повторного появления, а также определения и осуществления предупреждающих действий, направленных на исключение причин потенциальных несоответствий для предупреждения их появления по отношению ко всем видам несоответствий процессов УО «ГГАУ».

1.2 Требования настоящей процедуры применяются при осуществлении корректирующих и предупреждающих действий в УО «ГГАУ» с целью недопущения появления несоответствующей продукции.

1.3 Требования настоящей процедуры распространяются на все структурные подразделения УО «ГГАУ».

1.4 Владельцем настоящей документированной процедуры является проректор по учебной работе.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая процедура разработана в соответствии с требованиями следующих нормативных документов:

СТБ ИСО 9000:2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь

СТБ ISO 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования
НПА и ТНПА

СТУ и ДП университета

Устав УО «ГГАУ»

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

3.1 В настоящей документированной процедуре используются следующие термины и соответствующие определения:

Документированная процедура – нормативный документ СМК, устанавливающий содержание и порядок выполнения процессов, работ или отдельных их этапов;



ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»

ДП-1.6-2023

Контроль – процедура оценки соответствия посредством наблюдения и анализа, сопровождаемых соответствующими измерениями, испытаниями или калибровкой [1].

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причин обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Несоответствие – невыполнение требования.

Образовательный процесс – процесс формирования нового уровня теоретических знаний и практических умений, осуществляемый путем организации активной познавательной деятельности обучающихся.

Образовательный стандарт Республики Беларусь – нормативный документ, устанавливающий цели и задачи профессиональной деятельности специалиста, требования к уровню подготовки выпускника ВУЗа по специальности, к содержанию образовательной программы и ее реализации, к обеспечению образовательного процесса и итоговой государственной аттестации выпускника.

Организационная структура – распределение ответственности, полномочий и взаимоотношений между работниками.

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

Преподаватель – лицо профессорско-преподавательского или научного персонала ВУЗа, допущенное в установленном порядке к осуществлению любого элемента (составной части) образовательного процесса, предусмотренного образовательной программой.

Продукция – результат процесса.

Процедура – установленный способ осуществления деятельности или процесса.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы и выходы.

Система менеджмента качества – система менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству.

Соответствие – выполнение требований нормативных документов.

Управление несоответствиями – деятельность по выявлению, документированию, анализу и исправлению несоответствий, а также уведомлению заинтересованных лиц.



3.2 Сокращения

КД – корректирующие действия;

ММК – методист по менеджменту качества;

ОС РБ – образовательный стандарт Республики Беларусь;

ПД – предупреждающие действия;

ППС – профессорско-преподавательский состав;

ПРК – представитель руководства по качеству;

СП – структурное подразделение;

СМК – система менеджмента качества;

УМО – учебно-методический отдел;

УО «ГГАУ» – учреждение образования «Гродненский государственный аграрный университет».

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

КД и ПД разрабатываются с **целью**: 1. Устранения обнаруженного несоответствия; 2. Устранения причин обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации; 3. Устранения причин потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

В процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий принимают участие руководители и работники соответствующих СП. Ресурсы, необходимые для проведения корректирующих и предупреждающих действий выделяются ректоратом.

Коррективы проводятся для устранения обнаруженных несоответствий, которые могут быть выявлены в СМК, процедурах, процессах, продукции, услугах УО «ГГАУ».

Соответствующие КД направляются на устранение причин обнаруженных несоответствий, чтобы избежать повторного возникновения проблем. При этом осуществляется обучение сотрудников, занятых в процессе, где выявились несоответствия.

Основанием для проведения корректирующих действий являются решения уполномоченных по качеству ВУЗа на основании анализа причин несоответствий. КД должны проводиться без излишней задержки. Срок проведения корректирующих действий с момента определения причин несоответствий не должен превышать 1 месяц.

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



ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»

ДП-1.6-2023

- отрицательные отзывы потребителей;
- выходные данные анализа со стороны руководства;
- выходные данные анализа информации;
- выходные данные измерений удовлетворенности;
- измерения процессов;
- результаты самооценки;
- результаты внутреннего аудита;
- показатели процесса;
- повторяемость несоответствий продукции установленным требованиям;
- информация о наличии, повторяемости и частоте возникновения аналогичных отклонений.

Способы установления причин несоответствий:

- анализ, проводимый отдельным лицом или группой, назначенной для разработки корректирующих действий;
- наблюдение;
- статистические методы;
- социологические методы.

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

Основанием для проведения предупреждающих действий являются решения уполномоченных по качеству на основании анализа причин потенциальных несоответствий.

ПД должны проводиться без излишней задержки. Срок проведения предупреждающих действий с момента определения причин потенциальных несоответствий не должен превышать 1 месяц.

Потенциальные несоответствия могут быть обнаружены вследствие постоянного мониторинга следующих процессов:

- измерение удовлетворенности потребителей;
- внутренний аудит;
- маркетинговые исследования.

Потенциальное несоответствие может иметь вероятностный характер или быть связано с развитием ВУЗа. Потенциальные несоответствия, имеющие высокий уровень риска, должны быть устранены в кратчайшие сроки. Если уровень риска признан низким, то допускается не проводить соответствующее ПД. Если ПД принято к выполнению, то назначается ответственный за его выполнение и срок выполнения.



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023

Проверка эффективности проводится с помощью запланированного метода. Если проверка дает положительный результат, то потенциальное несоответствие считается закрытым. Если предупреждающее действие признано неэффективным, то составляется отчет и дальнейший порядок определяется исходя из вышеописанных действий. Таким образом, процесс может повторяться циклически, пока потенциальное несоответствие не будет устранено и предупреждающее действие признано эффективным.

5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

5.1 Выявление несоответствий процессов СМК УО «ГГАУ»

Несоответствия выявляются на основе: проведении анализа СМК со стороны руководства; при проведении внутренних аудитов; при осуществлении текущего контроля происходящих процессов; неудовлетворенность потребителей; результаты самооценки.

В течение одного рабочего дня после выполнения записи несоответствия руководитель подразделения назначает ответственного за принятие мер по данному несоответствию.

При обнаружении несоответствия или возможности его проявления в будущем, информация об этом доводится до руководителя СП. В последующем данные передаются представителю руководства по качеству, который принимает решение о проведении анализа.

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

5.2 Анализ и установление причин несоответствий

Руководитель процесса и СП, вместе с ММК и ПРК проводят оценку состояния возникшего несоответствия, а также анализ причин, приведших к возникновению несоответствия или угрожающих появлением несоответствий. По результатам анализа формулируется: причина возникновения, степень риска несоответствия, а также данные и факты, подтверждающие причины несоответствия. Причины возникновения каждого несоответствия должны быть определены. Если обнаружено несколько причин одного несоответствия, то они должны быть распределены в соответствии с важностью.

5.3 Разработка КД и ПД

При разработке КД и ПД по итогам анализа причин возникновения несоответствия определяется их целесообразность. Учитывается степень важности воз-



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023

никшего несоответствия, возможность его устранения на уровне СП или ВУЗа, а также наличие необходимых ресурсов для устранения. Если КД и ПД признаны целесообразными, то назначается ответственный за его выполнение и дата окончания. В противном случае дается обоснование нецелесообразности КД и ПД, и несоответствие считается закрытым. ПРК и ММК совместно с руководителем СП определяют необходимые КД и ПД.

5.4 КД и ПД возможно выполнить силами подразделения?

Если КД и ПД возможно выполнить силами СП, то переходим к пункту 5.6, если же нет, то к пункту 5.5.

5.5 Включение корректирующих или предупреждающих действий в планы мероприятий по их организации и назначение ответственного лица

Если руководитель СП не способен выполнить своими силами КД и ПД, то ПРК, получив объективные свидетельства возникшего несоответствия, формирует рабочую группу по анализу причин несоответствия и плана КД и ПД.

5.6 Выполнение КД и ПД

Руководитель СП организует проведение запланированных мероприятий и контролирует качественное выполнение их в установленные сроки. При завершении выполнения КД и ПД руководитель СП вместе с протоколом несоответствия процесса направляется к ММК.

5.7 Контроль выполнения КД и ПД

ММК, получив от руководителя СП протокол несоответствия и данные о выполнении КД и ПД, организует проверку результатов выполненных действий в соответствии с отчетом о несоответствии процесса и нормативно-правовой документацией УО «ГГАУ» и документацией СМК.

5.8 Определение эффективности КД и ПД

Если КД и ПД неэффективны, то переходим к пункту 5.9, если эффективны, то к пункту 5.10.

5.9 Определение причины неэффективности КД и ПД

ММК вместе с руководителем СП выявляют причины неэффективности КД и ПД, после чего используется подпроцесс коррекция, который направлен на устранение возникших несоответствий процессов и не затрагивает сами причины. Рабочая группа разрабатывает необходимые коррекции с назначением ответственных за их выполнение. Сведения о запланированных коррекциях удостоверяются ПРК и передаются руководителю процесса, который организует их выполнение. После выполнения запланированных коррекций ММК организует проверку их результативности. В случае если в результате проверки было выявлено, что несоответствие не было устранено или коррекция малоэффективная, то



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023

процедура переходит к пункту 5.2. Если же в результате проверки установлено, что несоответствие устранено, то переходим к пункту 5.10.

5.10 Составление плана мероприятий

По результатам КД и ПД руководители СП составляют план мероприятий (приложение Б).

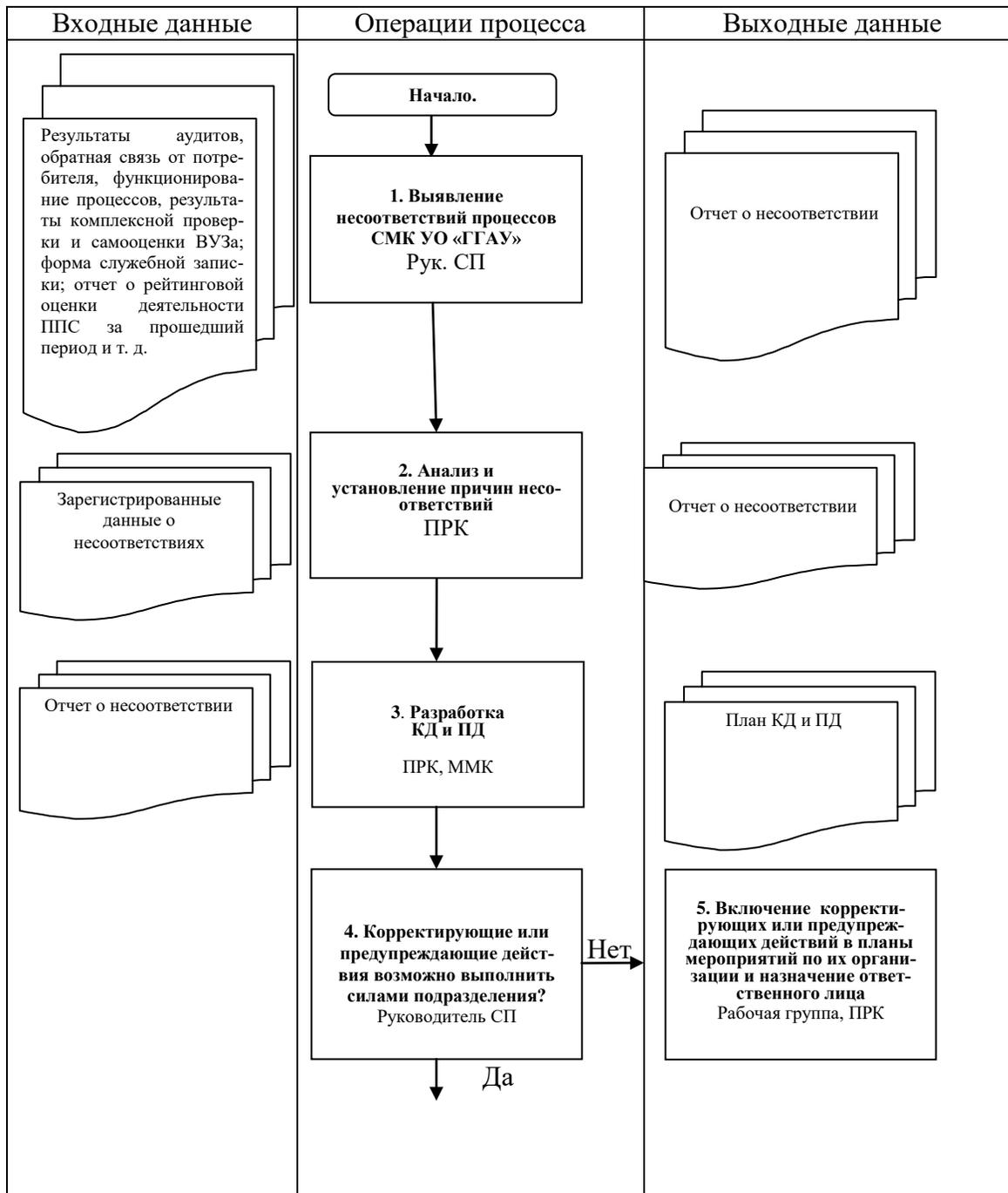
Данные о выявленных несоответствиях ежегодно обобщаются начальником УМО и передаются высшему руководству УО «ГГАУ» с целью проведения анализа СМК со стороны руководства.



ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»

ДП-1.6-2023

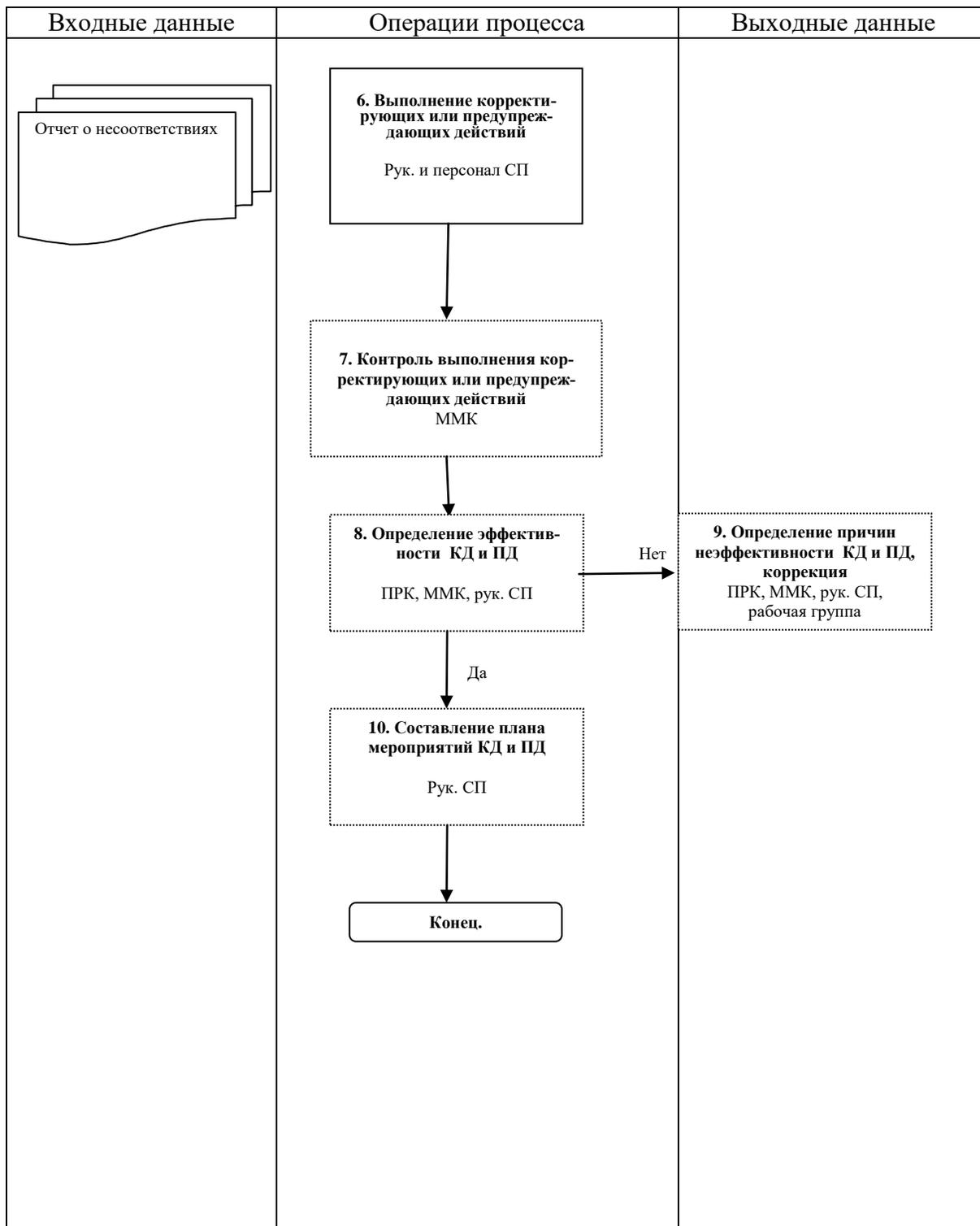
5.11 Схема описания процедуры





**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023





ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»

ДП-1.6-2023

**6 МАТРИЦА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ И
ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПО КД и ПД**

Ход процесса	Ответственный за приня- тие решения	Исполнитель
Выявление несоответствий процессов СМК УО «ГГАУ»	Внутренний аудитор, методист по качеству	Руководитель структурного подразделения, сотрудник
Анализ и установление причин несоответствий	ПРК	Сотрудники структурного подразделения, в котором возникло несоответствие
Разработка КД и ПД	ПРК, ММК	Сотрудники структурного подразделения, в котором выявлено несоответствие
Корректирующие или предупреждающие действия возможно выполнить силами подразделения?	Руководитель подразделения, в котором выявлено несоответствие	Руководитель подразделения, в котором выявлено несоответствие, сотрудники подразделения
Включение корректирующих или предупреждающих действий в планы мероприятий по их организации и назначение ответственного лица	ПРК, рабочая группа	Сотрудники структурного подразделения, в котором выявлено несоответствие
Выполнение корректирующих или предупреждающих действий	Владелец процесса и персонал СП	Сотрудники структурного подразделения, в котором выявлено несоответствие
Контроль выполнения корректирующих или предупреждающих действий	ММК	Руководитель подразделения, в котором выявлено несоответствие
Определение эффективности КД и ПД	ПРК	Руководители структурных подразделений
Определение причин неэффективности КД и ПД, коррекция	ПРК	Представитель руководства по качеству совместно с подразделением, в котором выявлено несоответствие
Составление плана	ММК	Руководитель и сотрудники структурного подразделения, в котором проведены корректирующие действия



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023

7 ЗАПИСИ

№ п/п	Наименование записи	Место хранения (лицо, ответственное за хранение)	Форма	Должностное лицо, которому передается запись	Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	План мероприятий	УМО	Приложение А	ПРК, нач. УМО, проректоры, руководители подразделений (владельцы процессов)	1 год



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ФОРМЫ ЗАПИСЕЙ

План мероприятий по устранению несоответствий выявленных при
внутреннем аудите СМК

№ про- токола несоот- ветствия	Содержание несоот- ветствия	Корректирующие действия	Срок испол- нения	Ответст- венный за выпол- нение	Отметка о вы- полне- нии



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ»**

ДП-1.6-2023

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

№ изменения	Дата внесения изменения, дополнения и проведения ревизии	Номера листов	Шифр документа	Краткое содержание изменения, отметка о ревизии	Ф.И.О., подпись
1	2	3	4	5	6