	БИШКЕКСКИЙ КОЛЛЕДЖ ПРИ ЧУЙСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	
	Система менеджмента качества	
	СМК ДП <u>ПМИА 4.2 - 06-3</u>	Версия <u>1</u>

Рассмотрено на заседании
Педагогического совета БКЧУ
протокол № 8
от «23» 04 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ
Директор БКЧУ

«23» 04 2024 г. Эгембердиева Б. Ш.



Положение
о корректирующих и предупреждающих действиях
в Бишкекском колледже при Чуйском университете

Бишкек – 2024 г.

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение о корректирующих и предупреждающих действиях в Бишкекском колледже при Чуйском университете (далее - БКЧУ, колледж) регламентирует документированный процесс «Управления несоответствиями, корректирующие действия», устанавливает порядок анализа несоответствий, оценки необходимости, разработки, внедрения и проверки результативности корректирующих и предупреждающих действий (далее - КД и ПД) в колледже.

1.2. Настоящее положение обязательно для применения во всех структурных подразделениях БКЧУ, включенных в систему менеджмента качества.

1.3. Целями проведения КД и ПД является улучшение образовательного процесса, качества подготовки студентов, предотвращение случаев повторного возникновения выявленных несоответствий, предупреждение или минимизация потенциально возможных несоответствий.

Задачи процесса:

- исследование причин обнаруживаемых и вероятных несоответствий;
- оценка необходимости разработки и разработка КД и ПД;
- определение и выделение необходимых ресурсов для выполнения КД и ПД;
- выполнение КД и ПД;
- мониторинг и контроль выполнения КД и ПД;
- анализ и оценка результативности КД и ПД;
- поддержание и сохранение в течение установленного срока регистрируемой информации (записей) по КД и ПД.

1.4. Корректирующие и предупреждающие действия направлены на постоянное улучшение деятельности БКЧУ на основе выявления причин реальных и потенциальных несоответствий, нежелательных тенденций для их последующего устранения. Корректирующие и предупреждающие действия являются составными частями процесса улучшения качества. Корректирующие действия направлены на выявление причин возникновения несоответствия и их устранение с целью недопущения их повторного возникновения. Предупреждающие действия связаны с анализом имеющейся информации для выявления причин потенциально возможных несоответствий, и направлены на предотвращение потенциальных несоответствий.

1.5. Результатами процедуры являются выявленные причины несоответствий (существующие и потенциальные) и деятельность по их устранению. Ответственными за выполнение процедуры корректирующих и предупреждающих действий являются руководители структурных подразделений или владельцы процессов СМК.

1.6. Проведение корректирующих и предупреждающих действий осуществляется для устранения несоответствий выявленных в результате анализа данных, полученных в ходе:

- мониторинга и измерения основных и обеспечивающих процессов;
- мониторинга и измерения продукции (образовательной услуги);
- внешних и внутренних аудитов процессов БКЧУ;
- проведения самооценки процессов;

1.7. По отношению к несоответствиям, влекущим за собой большие издержки (человеческие, материальные, финансовые); угрожающим жизни, здоровью и безопасности людей; приводящим к невыполнению ключевых требований потребителей и других заинтересованных сторон; несоответствиям систематического характера следует незамедлительно осуществлять КД и ПД.

1.8. Корректирующие и предупреждающие действия осуществляются для основных и обеспечивающих процессов БКЧУ по итогам внешнего, внутреннего аудита, в процессе

деятельности структурных подразделений, самооценки колледжа. Данный процесс состоит из нескольких этапов:

- регистрация несоответствия;
- выявление и анализ причин несоответствия, определение и планирование КД или ПД, назначение сроков и ответственных лиц;
- выполнение КД или ПД и регистрация результатов;
- контроль за выполнением КД и ПД;
- хранение данных о результатах корректирующих и предупреждающих действий.

1.9. Входными данными являются результаты мониторинговых исследований, данные анкетирования заинтересованных сторон, отчеты внешних и внутренних аудиторов по итогам аудита. Сроки реализации мероприятий по устранению несоответствий или улучшению определяются руководителями структурных подразделений.

1.10. Сроки выполнения корректирующих и предупреждающих действий по итогам внутреннего аудита определяет группа внутренних аудиторов. На устранение несоответствия отводится от 2 недель до 1 месяца, в зависимости от вида и объема несоответствия. Внутренние аудиторы могут назначать сроки КД и ПД как самостоятельно, так и по согласованию с руководителем (представителем) проверяемого структурного подразделения.

1.11. По истечении сроков, предписанных структурному подразделению, где было обнаружено более пяти несоответствий, может проводиться повторная проверка на проведение корректирующих и предупреждающих действий.

1.12. Проверка проведения корректирующих действий в структурных подразделениях, где не было зафиксировано грубых несоответствий, проводится в ходе очередного планового внутреннего аудита процессов БКЧУ.

2. Термины и определения

Анализ – определение пригодности, адекватности или результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей.

Аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и их объективного оценивания для установления степени соответствия критериям аудита.

Валидация – подтверждение, посредством представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного использования или применения выполнены.

Значительное несоответствие – несоответствие, которое с большой вероятностью может повлечь (или повлекло) невыполнение требований и/или обязательных требований, либо привело к значительному увеличению затрат ресурсов, либо к существенному снижению удовлетворенности заинтересованных сторон.

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

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия;

Незначительное несоответствие – отдельные несистематические упущения, ошибки, недочеты в функционировании СМК, в документации или процедурах, которые могут впоследствии при их накоплении привести к невыполнению требований и/или обязательных требований, а также к снижению результативности процессов СМК.

Несоответствие – невыполнение требований.

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

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Эффективность – соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

3. Управление несоответствиями и улучшение процессов

3.1. Процесс «Управление несоответствиями и корректирующие действия» является улучшением функционирования СМК путём определения и устранения причин выявленных и потенциальных несоответствий.

3.2. Процесс «Управление несоответствиями и корректирующие действия» предпринимается в отношении процессов и процедур для достижения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон и включает в себя подпроцессы:

- управление корректирующими действиями;
- управление предупреждающими действиями.

3.3. Подпроцесс «Управление корректирующими действиями» состоит из следующих основных этапов:

- анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения;
- разработка плана корректирующих действий (в случае необходимости);
- выполнение корректирующих действий;
- оценка результативности и эффективности выполненных действий.

3.4. Подпроцесс «Управление предупреждающими действиями» состоит из следующих основных этапов:

- анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий;
- разработка плана предупреждающих действий;
- выполнение предупреждающих действий;
- оценка результативности и эффективности выполненных действий.

3.5. Блок-схемы подпроцессов представлены в Приложениях 1-2.

3.6. Владельцем процесса Управление несоответствиями улучшения процессов является представитель руководства по качеству (далее – ПРК).

3.7. Входные и выходные данные процесса:



3.8. Критерии результативности процесса:

- все выявленные несоответствия устранены;
- устранены причины потенциальных несоответствий;
- отсутствуют повторяющиеся несоответствия.

4. Выявление несоответствий

4.1. Выявление несоответствий осуществляется в ходе:

- контроля показателей процессов СМК;
- анализа процессов СМК руководителями или сотрудниками колледжа;
- проведения внешних и внутренних аудитов БКЧУ;
- проведения опроса и анкетирования заинтересованных сторон БКЧУ;

- работы с жалобами, претензиями и обращениями студентов и иных категорий потребителей.

4.2. Выявление потенциальных несоответствий и их причин осуществляется в ходе сбора и анализа информации на всех этапах реализации образовательных программ посредством:

- анализа потребностей и ожиданий потребителей;
- анализа структурных подразделений;
- измерения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- мониторинга и оценки показателей процессов;
- мониторинга и оценки качества обучения студентов;
- анализа соответствующих записей;
- анализа результатов внутренних и внешних аудитов БКЧУ;
- анализа других источников информации.

4.3. Источниками информации могут служить документы, содержащие данные о динамике и тенденциях показателей качества образования и процессов, в том числе:

- отчеты о результатах внутреннего и внешнего аудита БКЧУ;
- результаты успеваемости студентов;
- данные об удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- данные о рекламациях (обращениях, жалобах) потребителей;
- сведения о компетентности сотрудников БКЧУ;
- иные данные и сведения.

4.4. Несоответствия по значимости могут быть двух видов:

- значительное несоответствие;
- незначительное несоответствие.

4.5. Несоответствия могут относиться к:

- управленческой деятельности;
- процессам реализации образовательных программ;
- процессам обеспечения ресурсами и вспомогательным процессам;
- процессам мониторинга, измерения, анализа и улучшения.

4.6. Несоответствия управленческой деятельности:

- несогласованность целей структурных подразделений с целями БКЧУ и Политикой в области качества;

- неполнота и недостоверность информации, необходимой для принятия управленческих решений;

- неоднозначность принятых управленческих решений;
- невыполнение управленческих решений (приказов, распоряжений, указаний);
- нарушение планов работы структурных подразделений;
- несвоевременное выделение финансовых средств и иных ресурсов;
- другие виды несоответствий.

4.7. Несоответствия процессов реализации образовательных программ:

- нарушение процедуры и правил приема абитуриентов в колледж;

- отклонение от норм установленных показателей применительно к образовательной деятельности БКЧУ;

- несоответствия, выявленные органами, осуществляющими государственный надзор в сфере образования;

- несоответствия, выявленные в ходе внешних аудитов;
- несоответствия, выявленные в ходе анализа претензий и жалоб потребителей;
- отступление от контрактов на подготовку специалистов;
- другие виды несоответствий.

4.8. Несоответствия процессов обеспечения ресурсами и вспомогательных процессов:

- недостаточная компетентность персонала;
- нарушение требований техники безопасности и охраны труда;
- недостаточная обеспеченность рабочих мест необходимым оборудованием и техникой;
- несвоевременная актуализация документов;
- закупка продукции без подтверждения ее качества;
- другие виды несоответствий.

4.9. Несоответствия процессов мониторинга, измерения, анализа и улучшения:

- ошибки в результатах анализа удовлетворенности потребителей;
- отсутствие критериев оценки процессов;
- несоответствия, выявленные в ходе внешних и внутренних аудитов БКЧУ;
- другие виды несоответствий.

4.10. Выявленное несоответствие, зафиксированное внутренними аудиторами, сотрудниками и руководителями подразделений, должно содержать точную и понятную формулировку.

4.11. Выявленные несоответствия подлежат анализу, определению возникновения их причин и регистрации в отчетах по проведению аудита в соответствии с требованиями, установленными в нормативной документации.

5. Анализ выявленных несоответствий и определение причин их возникновения

5.1. Цель анализа причин несоответствий – определение причин несоответствий для разработки мер, способных не просто устранить несоответствие, но и устранить его причину.

5.2. Анализ и определение причин несоответствий осуществляется на основании свидетельства о наличии несоответствий: отчета по результатам аудита, решения Педагогического совета, протокола заседания Учебно-методического совета, протокола заседаний Отделений, Предметно-цикловых комиссий (ПЦК), жалобы со стороны заинтересованных сторон и т.д.

5.3. В ходе анализа представленные свидетельства прорабатываются с целью определения причин выявленных отклонений (если таковые не были установлены ранее). Для этого проводится анализ требований к образовательной услуге и ее результату и самой деятельности структурного подразделения, анализ всех соответствующих процессов, записей о качестве, отчетов и жалоб заинтересованных сторон.

5.4. Результаты анализа несоответствий фиксируются в отчетах и служебных записках, которые хранятся в отделе качества образования (далее – ОКО) и записей по качеству структурного подразделения.

5.5. Исследование причин несоответствий осуществляется руководителем подразделения или назначенными им сотрудниками с целью предотвращения повторного появления несоответствий после обнаружения и идентификации несоответствий.

Руководитель подразделения определяет состав участников анализа, устанавливает ответственность за проведение анализа, сроки проведения анализа и форму отчета (это могут быть предложения по КД и ПД или полный отчет о проведенных исследованиях и сделанных заключениях, включая предложения по КД и ПД).

Как правило, у каждого несоответствия есть несколько причин. Необходимо понимать и учитывать все возможные причины (планировать соответствующие корректирующие действия).

Иногда, в силу ограниченности ресурсов, нельзя сразу же воздействовать на все причины.

В этом случае важно установить, основную или коренную причину и сначала воздействовать на устранение именно этой причины.

Основную причину можно установить, применяя подход 5М.

Согласно методу 5М причинами всех несоответствий могут быть материалы (входы), человек (руководитель, исполнитель, участник процесса), метод (способ, процедура выполнения действий, внутренний нормативный документ, устанавливающий процедуру исполнения), оборудование (учебно-лабораторное оборудование, учебно-исследовательское оборудование, включая средства измерений), мониторинг (контроль, измерение, данные, анализ).

Для установления коренной причины применяется метод 5 почему? Применение метода 5 почему? заключается в том, что коренную причину несоответствий можно установить, последовательно задавая вопросы: «Почему это произошло?» после каждого полученного ответа.

Причинами несоответствий (невыполнение любых требований), возникающих в процессах деятельности, могут быть, например:

- некачественные закупки – оборудование, программные продукты, учебная литература, расходные материалы, услуги поставщиков и т.п.;
- некачественная входная информация (сведения, данные), поступающая в процессы СМК;
- недостаточная компетентность персонала;
- нечёткое распределение ответственности по процессу;
- неподходящая процедура / технология / метод исполнения; отсутствие или недостаточность требований, нормативных документов, включая требования к записям;
- отсутствие или несовершенство / непригодность средств и методов измерения; отсутствие, недостаток или неадекватность критериев для оценки;
- отсутствие или несовершенство контроля, измерений, мониторинга, анализа и т.п.

Причинами возникновения несоответствующей продукции (результаты образовательной деятельности на всех этапах жизненного цикла, в основных процессах) могут быть, например, следующие причины:

- низкий уровень общего (полного) среднего образования обучающихся;
- низкий уровень мотивации к обучению;
- слабая учебная дисциплина;
- недостаточная квалификация преподавателей;
- чрезмерная нагрузка преподавателей;
- слабая обеспеченность материальными ресурсами, учебно-методическими материалами, учебно-исследовательским оборудованием;
- технология (метод) преподавания;
- условия производственной среды;
- условия прохождения учебных и производственных практик;
- условия для самостоятельной работы обучающихся и др.

Для исследования причин несоответствий необходимо располагать достаточной информацией, чтобы установить все возможные причины несоответствия, оценить их степень влияния и разработать мероприятия по устранению наиболее существенных причин и уменьшению вредного воздействия всех остальных причин.

Сбор информации может включать изучение данных, отчётов, включая КД по устранению обнаруженных ранее аналогичных несоответствий (Что предпринималось ранее? Выполнены ли эти меры? Какие результаты были получены?).

В отдельных случаях может понадобиться углубленное изучение информации, включая, например, изучение информации из внешних источников, описание проблемы, проведение мозговых штурмов, испытаний, наблюдений, хронометражей и т. п., а также освоение различных методов анализа причин несоответствий.

Исследование причин вероятных несоответствий включает:

- описание вероятного несоответствия;

- оценку вероятности возникновения несоответствия (очень вероятно, вероятно, маловероятно);
- оценку тяжести последствий в случае возникновения несоответствия (особая, средняя, малозначительная);
- установление причины возникновения вероятного несоответствия с применением выше описанных подходов для установления причин несоответствий.

Результатом анализа причин несоответствий должно быть описание несоответствия, описание основной / коренной причины и состав предлагаемых действий / мер по устранению причин несоответствий.

Результатом анализа причин вероятных несоответствий должно быть описание информации об изменениях, чрезвычайных ситуациях, оценка вероятности их возникновения и / или оценка тяжести последствий, оценка возможности / осуществимости / целесообразности, описание причин вероятных несоответствий и предлагаемых действий / мер по устранению причин.

Руководитель подразделения, в деятельности которого выявлено несоответствие, несет ответственность за установление причины несоответствий и планирование КД / ПД, проводит анализ несоответствия.

5.6. Анализ несоответствий проводится руководителем и сотрудниками подразделения, в котором выявлено или возможно появление несоответствия. Исходя из характера возникших (потенциальных) несоответствий, руководитель подразделения может принять решение, согласованное с руководством, об участии в анализе сотрудников других структурных подразделений и представителей других заинтересованных сторон причин возникновения (возможного появления) несоответствий.

5.7. Основные типовые причины возникших (потенциальных) несоответствий и соответствующие типовые КД (ПД) следующие (таблица 1):

Таблица 1 - Типовые причины возникших (потенциальных) несоответствий и соответствующие типовые КД (ПД)

Типовая причина	Типовое КД (ПД)
Недостаточная компетентность персонала	Обучение персонала, повышение квалификации
Недостаток ресурсов, сотрудников	Выделение ресурсов, модернизация, замена оборудования, решение вопроса о приеме на работу и (или) о новых ставках
Отсутствие установленной процедуры (документа) управления (выполнения деятельности)	Разработка, утверждение и внедрение внутреннего документа по управлению (выполнению деятельности) и (или) приобретение и внедрение внешнего документа
Установленная процедура (документ) управления (выполнения деятельности): - не содержит исчерпывающей информации или достаточной степени детализации по управлению (выполнению деятельности); - не отражает произошедших изменений.	Разработка, внесение, внедрение изменений к внутреннему документу по управлению (выполнению деятельности) и (или) приобретение и внесение изменений к внешнему документу

5.8. На основе предложений по устранению причин возникновения (возможного появления) несоответствий разрабатывается план КД и (или) ПД (приложение 1), который документально оформляется и представляется на согласование руководителю процесса и, при необходимости, иным заинтересованным сторонам.

6. Разработка плана корректирующих действий

6.1. План корректирующих действий разрабатывается по факту выявления значительных несоответствий, а также незначительных несоответствий, которые не могут быть исправлены в момент проведения проверки.

6.2. К разработке плана корректирующих действий могут быть привлечены представители других структурных подразделений и другие заинтересованные стороны.

6.3. План корректирующих действий разрабатывается:

- владельцем процесса, если зафиксирована низкая или очень низкая степень результативности процесса;
- руководителем структурного подразделения после проведения внутреннего аудита подчиняющихся подразделений, процессов, владельцем которых он является;
- ПРК и руководителем ОКО по результатам аудита БКЧУ;
- руководителем учебно-методической части при выявлении несоответствий в процессе организации и реализации образовательного процесса;
- руководителем Отделения при неудовлетворительных результатах аккредитации соответствующей специальности;
- владельцем процесса и руководителем структурных подразделений при неудовлетворительных результатах оценки удовлетворённости потребителей;
- владельцем процесса при выявлении систематических несоответствий в ходе реализации процесса.

6.4. В плане корректирующих действий (Приложение 3) указывается следующая информация:

- пункт (раздел) и полное наименование нормативного документа (ДП, ПСП, ДИ, П и др.), требования которого были не выполнены/нарушены;
- выявленное несоответствие;
- причина, выявленного несоответствия;
- корректирующее действие;
- ответственный исполнитель;
- срок устранения причины несоответствия.

6.5. Анализ причины выявленного несоответствия проводится совместно с руководителем подразделения, в котором было зафиксировано несоответствие. В ходе анализа руководитель структурного подразделения выбирает оптимальное решение для устранения причины выявленного несоответствия, взвешивая при этом все риски и последствия.

6.6. Если по результатам проведенного анализа установлено несколько причин выявленного несоответствия, то они все фиксируются в плане корректирующих действий.

6.7. План корректирующих действий согласуется со всеми заинтересованными сторонами, ответственными исполнителями и ПРК. Факт согласования подтверждается подписью в плане корректирующих действий и утверждается у вышестоящего руководителя.

6.8. Оригинал утвержденного плана корректирующих действий хранится в подразделении, в котором было выявлено несоответствие, согласно номенклатуре дел, копия – в ОКО.

6.9. Вышестоящий руководитель должен ознакомиться с планом корректирующих действий, провести анализ установленных причин выявленных несоответствий на предмет наличия подобных несоответствий в других структурных подразделениях, которые находятся у него в подчинении, и предпринять меры по их устранению.

7. Выполнение корректирующих действий

7.1. Выполнение корректирующих действий может происходить согласно утверждённому плану.

7.2. Контроль по исполнению запланированных действий осуществляет вышестоящий руководитель.

7.3. Если запланированные мероприятия не могут быть выполнены в сроки, установленные планом, и причина выявленных несоответствий не устранена, то руководитель структурного подразделения должен за 7 рабочих дней до окончания установленного планом срока направить ПРК служебную записку с просьбой продления сроков и объяснением причин.

7.4. После того как в ходе корректирующих действий были устранены причины выявленных несоответствий в установленные планом сроки, руководитель структурного подразделения составляет отчет о выполнении плана корректирующих действий, где отмечает выполнение всех запланированных мероприятий и утверждает его у вышестоящего руководителя.

7.5. Оригинал утверждённого отчёта о выполнении плана корректирующих действий хранится у руководителя структурного подразделения, согласно номенклатуре дел.

8. Оценка результативности и эффективности выполненных действий

8.1. Оценка результативности и эффективности выполнения корректирующих действий осуществляется после выполнения плана корректирующих мероприятий и (или) при повторной внутренней проверке в установленные сроки.

8.2. Если в результате повторной внутренней проверки выявлено, что корректирующее действие не выполнено, то в отчете или акте внутреннего аудита делаются пометки о выполнении/невыполнении плана корректирующих мероприятий, и данные передаются зам. директору по УВР, курирующему деятельность структурного подразделения в котором было зафиксировано несоответствие.

9. Анализ потенциальных несоответствий и определение потребности в разработке предупреждающих действий

9.1. Потенциальные несоответствия и их причины определяются в ходе анализа:

- прогнозируемых требований потребителей;
- маркетинговых исследований;
- прогнозов экономической, юридической, педагогической и социальной ситуации;
- стратегических планов колледжа;
- годового анализа СМК со стороны руководства БКЧУ;
- результатов внутренних и внешних аудитов.

9.2. На основе результатов анализа разрабатываются предложения по устранению потенциальных несоответствий, которые могут касаться разработки новых документов, внесения изменений в действующие документы СМК, а также внесения изменений в процессы.

9.3. Все предложения передаются ПРК или руководителю ОКО, которые организуют заседание рабочей группы по установлению необходимых затрачиваемых ресурсов.

9.4. Результаты заседаний рабочей группы выносятся на рассмотрение Педагогического совета, где определяется потребность в разработке предупреждающих действий, с учетом всех рисков и последствий.

10. Разработка плана предупреждающих действий

10.1. План предупреждающих действий разрабатывает руководитель структурного подразделения, в котором было выявлено потенциальное несоответствие, после решения Педсовета о необходимости разработки предупреждающих действий.

10.2. План предупреждающих действий (Приложение 4) содержит следующую обязательную информацию:

- потенциальное несоответствие;
- предупреждающее действие;
- ответственный исполнитель;
- срок исполнения.

10.3. Если для выполнения предупреждающего действия необходимо привлечение представителей других структурных подразделений, то организуется заседание рабочей группы с привлечением заинтересованных сторон, на котором разрабатываются предупреждающие действия и устанавливаются сроки их исполнения. Копия протокола заседания рабочей группы прикалывается к плану предупреждающих действий. Оригинал хранится в ОКО, согласно номенклатуре дел.

10.4. Разработанный план предупреждающих действий руководитель структурного подразделения согласовывает с ответственными исполнителями и вышестоящим руководителем и утверждает у ПРК. Оригинал плана хранится у руководителя структурного подразделения, согласно номенклатуре дел, а копия передается в ОКО.

11. Выполнение предупреждающих действий

11.1. Выполнение предупреждающих действий происходит в соответствии с утвержденным планом.

11.2. Контроль исполнения предупреждающих действий в установленные сроки осуществляет ПРК.

11.3. Если запланированные мероприятия не могут быть выполнены в сроки, установленные планом, то руководитель структурного подразделения должен за 7 рабочих дней до окончания установленного планом срока направить ПРК служебную записку с просьбой продления сроков и объяснением причин.

11.4. По окончании исполнения всех запланированных предупреждающих действий руководитель структурного подразделения составляет отчет о выполнении плана предупреждающих действий, где отмечает выполнение всех запланированных мероприятий и утверждает его у вышестоящего руководителя.

11.5. Оригинал утверждённого отчёта о выполнении плана корректирующих действий хранится у руководителя структурного подразделения, согласно номенклатуре дел.

12. Оценка результативности и эффективности выполненных действий

12.1. Оценка результативности и эффективности может быть проверена по истечению некоторого промежутка времени, достаточного для прохождения полного цикла процесса.

12.2. Если по истечению времени устраненное потенциальное несоответствие не стало фактическим и не вызвало ряд других несоответствий, то предупреждающее действие считается результативным и эффективным.

13. Ответственность

13.1. В выполнении требований настоящей документированной процедуры задействованы все структурные подразделения БКЧУ, на которые распространяется область применения СМК. Ответственность за реализацию требований процедуры несут должностные лица, перечисленные в таблице 2.

Таблица 2 – Ответственность за исполнение КД и ПД

Должностные лица	Вид деятельности	
Руководство БКЧУ руководители структурных подразделений и владельцы процессов СМК	При проведении анализа и оценке деятельности	<ul style="list-style-type: none"> - выявление фактических или потенциальных несоответствий; - установление причин несоответствий, нежелательных тенденций или потенциальных несоответствий; - оценивание необходимости проведения корректирующих и предупреждающих действий; - организация разработки и выполнения корректирующих и предупреждающих действий; - контроль за выполнением корректирующих и предупреждающих действий; - оценка результативности принятых мер.
Руководитель ОКО	При проведении внутреннего аудита	<ul style="list-style-type: none"> - регистрация реальных или потенциальных несоответствий; - проверка выполнения корректирующих и предупреждающих действий; - оценка результативности принятых мер.

14. Управление рисками в процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий

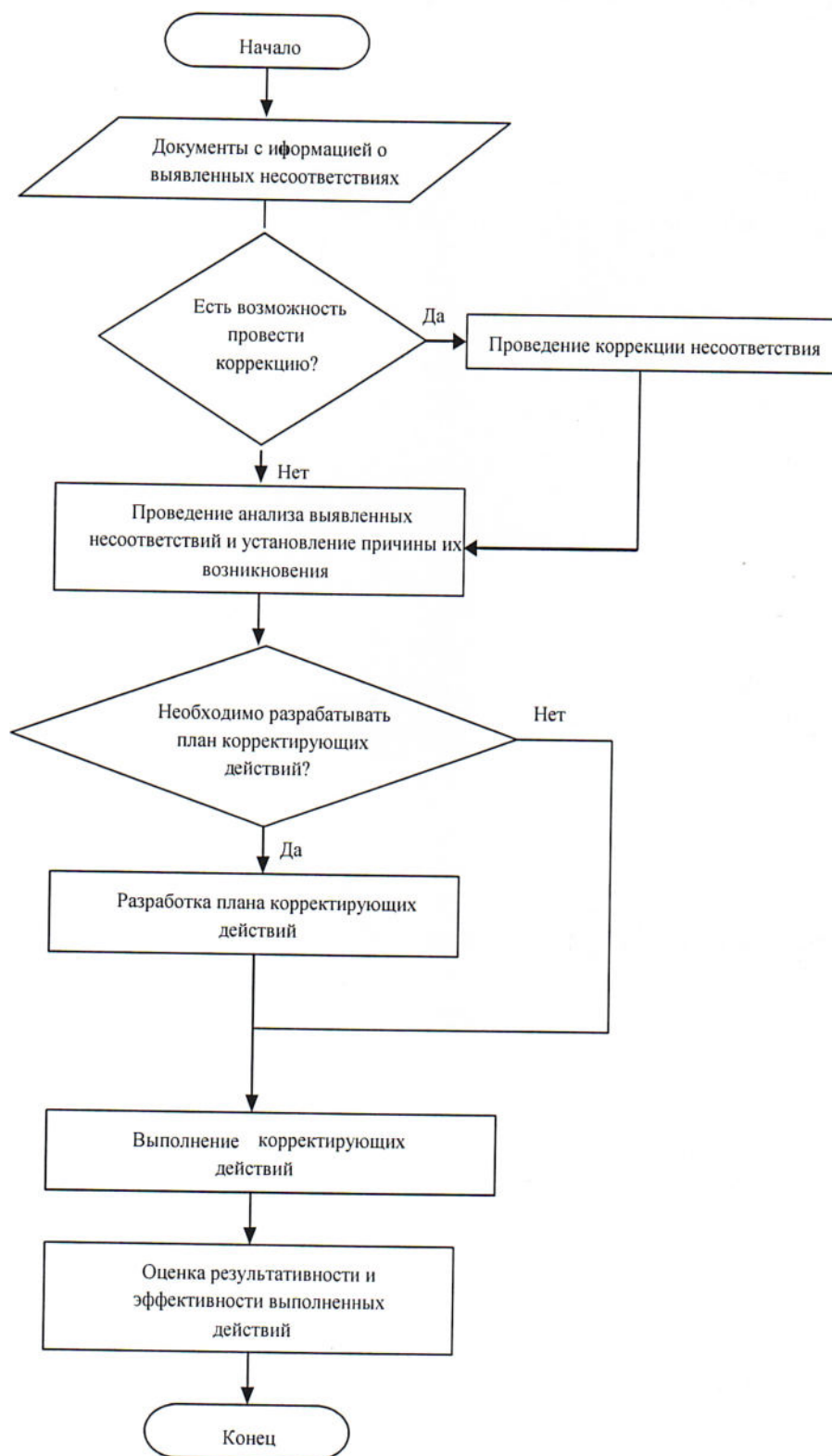
14.1. В процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий могут возникнуть риски, в зависимости от вида которых необходимо предпринять меры по их разрешению и предотвращению (Таблица 3).

Таблица 3 - Виды рисков и пути их предотвращения

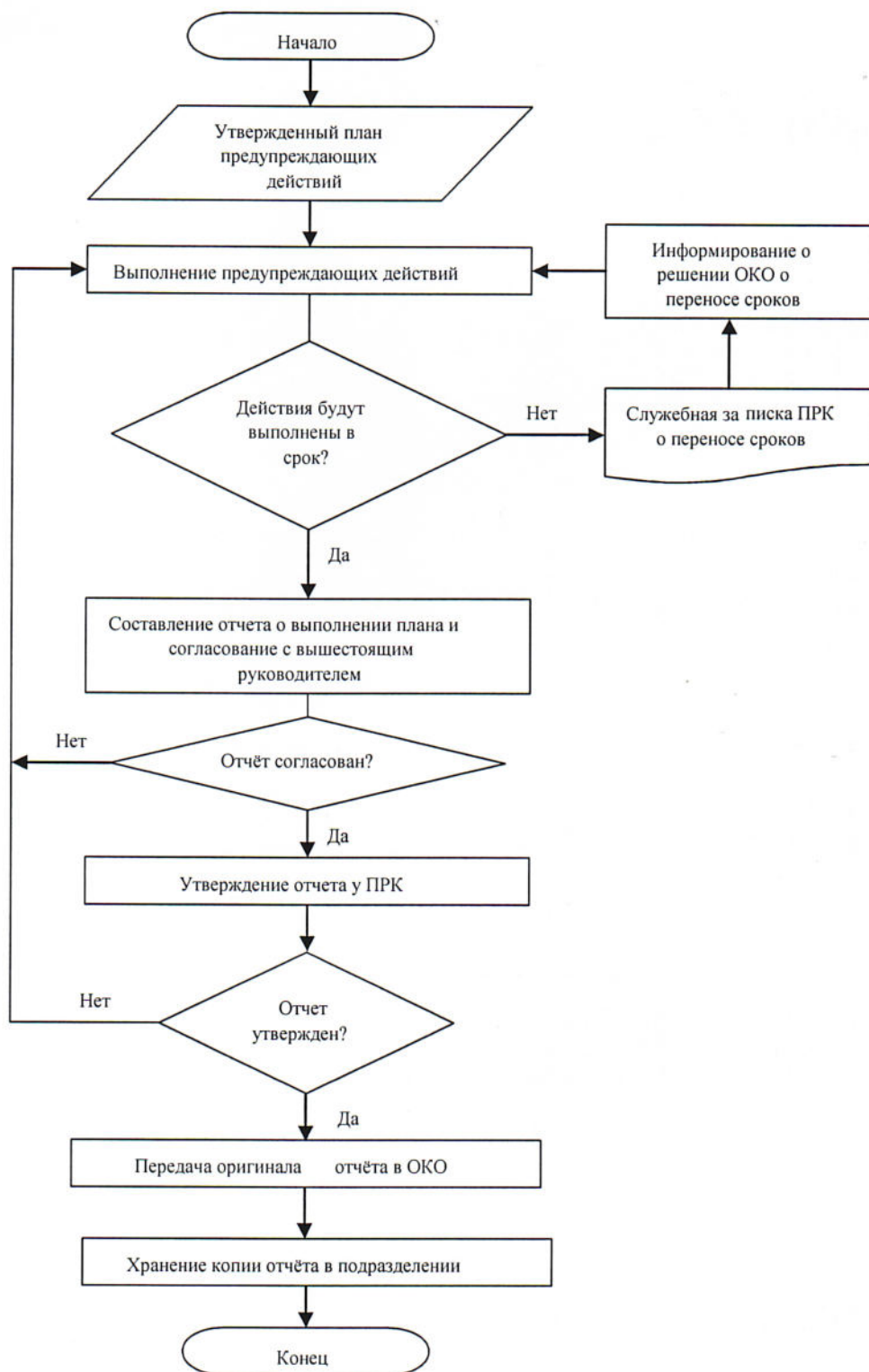
Риски	Условия появления	Корректирующие действия (способы разрешения)	Предупреждающие действия (предотвращение)
Не все выявленные несоответствия устранены	Установленные сроки недостаточны для устранения выявленных несоответствий	Продление сроков	Предварительный анализ продолжительности цикла процесса и отдельных видов работ
	Отсутствуют необходимые условия для устранения выявленных несоответствий	Создание необходимых условий для проведения корректирующих мероприятий	Анализ условий производства продукции (услуг) на соответствие требованиям
	Не установлены причины возникновения несоответствий	Возвращение к стадии анализа и установление причин	При выполнении анализа обеспечить выполнение критериев результативности
	Низкая исполнительная дисциплина	Повторное выполнение запланированных мероприятий	Разъяснительная работа с исполнителем и своевременный контроль

Присутствуют повторяющиеся несоответствия	Не выполнены корректирующие мероприятия	Выполнение корректирующих мероприятий	Установление достаточных сроков корректирующих мероприятий и создание соответствующих условий
	Выявлена неверная причина (не полный список причин) возникновения несоответствий	Повторный анализ причин возникновения выявленных несоответствий	обучение работников, проверка выбранного метода установления причин на адекватность
Не устранены причины основных потенциальных несоответствий	Отсутствуют необходимые условия для устранения выявленных несоответствий	Создание необходимых условий для проведения корректирующих мероприятий	Анализ условий производства продукции (услуг) на соответствие требованиям
	Низкая исполнительная дисциплина	Повторное выполнение запланированных мероприятий	Разъяснительная работа с исполнителем

Блок-схема подпроцесса «Управление несоответствиями и корректирующими действиями»



Блок-схема этапа «Выполнение предупреждающих действий»



«Утверждаю»

Представитель руководств по качеству

Ф.И.О. _____

« _____ » 20 _____ г.

План корректирующих действий

№ п/п	Пункт (раздел) и полное наименование нормативного документа (ДИ, ПСП, ДИ, П, МУ, МР, И, НД, Д)	Выявленное несоответствие	Причина выявленного несоответствия	Корректирующее действие	Ответственный исполнитель	Сроки устранения

Руководитель структурного подразделения

СОГЛАСОВАНО:

Ответственные исполнители

«Утверждаю»

Представитель руководств по качеству
Ф.И.О. _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

План предупреждающих действий

№ п/п	Потенциальное несоответствие	Предупреждающее действие	Ответственный исполнитель	Срок устранения

Руководитель структурного подразделения

СОГЛАСОВАНО:

Вышестоящий руководитель (должность)

Ответственные исполнители

