



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ**  
**ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

---

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

**УТВЕРЖДЕНА**  
приказом ректора  
от 03.03.2008 № 43

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА**

Корректирующие и предупреждающие действия

СМК ДП 05–2008  
(с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009)

## Предисловие

1 РАЗРАБОТАНА Отделом управления качеством образования Южно-Уральского государственного университета

2 УТВЕРЖДЕНА И ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ приказом от 03.03.2008 № 43

3 ВЗАМЕН СМК ДП 01-2005

## Содержание

1 Назначение и область применения .....	3
2 Нормативные ссылки (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009) .....	3
3 Определения и сокращения .....	3
4 Ответственность и полномочия .....	4
5 Общие положения (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009) .....	4
6. Корректирующие действия.....	4
6.1 Анализ несоответствий и установление причин .....	4
6.2 Определение и осуществление корректирующих действий (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009).....	5
6.3 Оценка результативности корректирующих действий.....	5
6.4 Документирование .....	5
6.5 Корректирующие действия по результатам аудита подразделений университета (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009).....	6
7 Предупреждающие действия (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009) .....	6
Приложение А .....	8

## 1 Назначение и область применения

1.1 Настоящая документированная процедура системы менеджмента качества разработана в соответствии с требованиями разделов 8.5.2 и 8.5.3 стандарта ГОСТ Р ИСО 9001–2001.

1.2 Назначение данной процедуры установить порядок разработки и проведения корректирующих и предупреждающих действий в университете и его подразделениях.

1.2 Положения настоящей процедуры обязательны для всех подразделений университета.

## 2 Нормативные ссылки (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009)

В настоящей процедуре использованы ссылки на следующие нормативные документы:

- ГОСТ Р 9001–2008 Системы менеджмента качества. Требования.
- СМК ДП 01–2009 Управление документацией системы менеджмента качества.
- СМК ДП 02–2008 Управление записями системы менеджмента качества.
- СМК ДП 03–2009 Внутренний аудит.
- СМК ДП 04–2009 Управление несоответствующей продукцией.

## 3 Определения и сокращения

В настоящем документе применяются термины с определениями в соответствии с СМК ДП 01, СМК ДП 03, СМК ДП 04, а также нижеследующие термины с соответствующими определениями:

**корректирующее действие** – действие, предпринятое для устранения **причины обнаруженного** несоответствия или другой нежелательной ситуации;

**коррекция** – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия;

**Примечание.** Коррекция может осуществляться в сочетании с корректирующими действиями.

**несоответствие** – невыполнение требования;

**несоответствующая продукция** – лица (обучающиеся) не завершившие освоение основной образовательной программы высшего профессионального образования и / или не прошедшие итоговую государственную аттестацию;

**потребители образовательного процесса** – работодатели, государство, общество, студенты, ППС;

**предупреждающие действия** – действие, предпринятое для устранения **причины потенциального** несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации;

**Примечание.** Предупреждающее действие предпринимается для предотвращения возникновения события, тогда как корректирующее – для предотвращения повторного возникновения события.

**продукция образовательного процесса** – выпускник (бакалавр, дипломированный специалист, магистр) со знаниями и умениями, полученными за весь период обучения по основной образовательной программе высшего профессионального образования и подтвердивший свою квалификацию.

Сокращения:

**ИГА** – итоговая государственная аттестация;

**ОУКО** – отдел управления качеством образования;

**СМК** – Система менеджмента качества;

**СП** – структурное подразделение (управление, факультет, кафедра, отдел, служба и т.п.);

**ЮУрГУ** – Южно-Уральский государственный университет.

#### **4 Ответственность и полномочия**

4.1 Начальник отдела управления качеством образования уполномочен и несет ответственность за разработку, внедрение и поддержание в рабочем состоянии данной процедуры.

4.2 Руководители подразделений университета ответственны за исполнение данной процедуры.

#### **5 Общие положения (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009)**

5.1 Объектом корректирующих и предупреждающих действий является образовательная деятельность университета (факультета, филиала).

5.2 Основанием для разработки корректирующих или предупреждающих действий является выявленное существующее или потенциальное несоответствие.

5.2.1 Существующие несоответствия выявляются в ходе:

- внутренних и внешних аудитов;
- комплексной оценки деятельности университета;
- анализа жалоб и рекламаций потребителей;
- анализа результатов текущей контроля, промежуточной аттестации и ИГА;
- анализа результатов анкетирования студентов, преподавателей (сотрудников), предприятий-работодателей;
- анализа результатов самооценки деятельности университета и его подразделений;
- анализа процессов и самой СМК.

5.2.2 Потенциальные несоответствия прогнозируются в результате анализа и оценки предыдущих сведений и зарегистрированных данных о (об):

- состоянии рынка труда, потребностях и ожиданиях потребителей;
- удовлетворенности потребителей;
- подготовке выпускников на всех стадиях образовательного процесса, включая итоговую государственную аттестацию;
- состоянии системы менеджмента качества университета, факультета (филиала);
- анализе и мониторинге процессов СМК;
- самооценке деятельности университета, факультета (филиала), кафедр и др.

Эти данные дают информацию для определения приоритетов и направлений для улучшений, касающихся каждого процесса, СМК и качества подготовки выпускников.

5.3 Степень предпринимаемых корректирующих действий зависит от размера и характера проблем и их влияния на СМК, процессы, уровень подготовки выпускников и т.п.

Корректирующее действие предпринимаются для предотвращения повторного возникновения несоответствия, для устранения выявленного несоответствия осуществляется коррекция в сочетании с КД.

#### **6. Корректирующие действия**

##### **6.1 Анализ несоответствий и установление причин**

Анализ выявленных несоответствий и установление причин их возникновения проводится руководителями СП или на заседаниях и совещаниях различного уровня (Ученого совета университета, Совета факультета (филиала), заседаниях кафедр и т.п.).

При проведении анализа несоответствий изучаются и определяются причины несоответствий по следующим направлениям:

- несоответствие уровня подготовки студентов (выпускников);
- неадекватность управления процессами;
- неактуальность разработанной в университете (факультете, филиале) документации;

- неадекватность требований нормативной документации ЮУрГУ;
- невыполнение требований нормативной документации университета (документированных процедур, положений, стандартов, инструкций и т.п.);
- низкий уровень планирования работ;
- неисправность оборудования, технических средств обслуживания и т.п.;
- несоответствующие условия работы;
- несоответствующие ресурсы (информационные, материально-технические, кадровые).

**Примечание.** У несоответствия может быть несколько причин.

## **6.2 Определение и осуществление корректирующих действий (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009)**

После установления причин возникновения несоответствий определяются корректирующие действия, направленные на устранение этих причин, при этом анализируется сложность, трудоемкость и целесообразность предполагаемых КД.

Решения о проведении корректирующих действий принимаются руководством университета (факультета, филиала) или руководителями СП и на заседаниях Ученого совета, Совета факультета (филиала), структурных подразделений и т.п.

Устанавливаются конкретные мероприятия, сроки выполнения и ответственные исполнители.

Корректирующие действия, направленные на устранение причин несоответствий, документируются в:

- протоколах заседаний Ученого совета, Совета факультета, заседаний кафедр;
- распорядительных документах (приказах, распоряжениях) руководства университета (факультета, филиала);
- планах работ структурных подразделений и т.п.;
- планах КД по результатам аудитов (Приложение А).

Контроль над реализацией корректирующих действий осуществляется руководством университета (факультета, филиала) и/или аудиторами в ходе проведения внутренних аудитов.

После реализации корректирующих действий ответственный исполнитель отчитывается о проделанной работе (на заседании Ученого совета, Совета факультета, кафедры и т.п.), либо в плане Корректирующих действий делается соответствующая отметка.

## **6.3 Оценка результативности корректирующих действий**

Оценка результативности корректирующих действий осуществляется руководителями СП или в ходе внутренних (внешних) аудитов путем анализа количества и значимости повторно выявленных несоответствий.

Отрицательная оценка результативности корректирующего действия вызывает необходимость пересмотра принятого решения и выработки нового действия, при этом цикл работ по анализу причин несоответствий, разработке мероприятий и их внедрению повторяется.

## **6.4 Документирование**

Документы, относящиеся к записям по качеству, возникающие в ходе осуществления корректирующих действий:

- а) на уровне университета:
  - протоколы заседаний Ученого совета;
  - приказы и распоряжения ректора и проректоров;
  - планы Корректирующих действий.

б) на уровне структурного подразделения:

- протоколы заседаний структурного подразделения;
- распоряжения руководителя структурного подразделения;
- планы работ структурного подразделения;
- планы Корректирующих действий и др.

Управление записями ведется в соответствии с СМК ДП 02.

### **6.5 Корректирующие действия по результатам аудита подразделений университета (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009)**

В соответствии с п. 6.4 СМК ДП 03 по окончании аудита на факультет / в структурное подразделение направляется отчет о внутреннем аудите с информацией о выявленных несоответствиях (листы несоответствий).

Руководством факультета (филиала) / руководителем СП выявленные несоответствия анализируются, выявляются причины их возникновения и определяются необходимые корректирующие действия, при необходимости, обсуждаются на заседании Совета факультета (филиала), совещании с зав. кафедрами и т.п.

Руководителем подразделения составляется общий план КД по результатам внутреннего или внешнего аудитов.

**Примечание.** План КД по результатам внешнего (сертификационного, инспекционного) аудита согласовывается с начальником ОУКО.

План КД доводится до исполнителей, при сертификационном или инспекционном аудитах копия плана направляется внешним аудиторам.

Проверка результативности выполнения корректирующих действий по результатам внутреннего аудита осуществляется в соответствии с п. 7.2 СМК ДП 03, по результатам внешнего – при последующем инспекционном аудите.

### **7 Предупреждающие действия (с изменениями, приказ № 246 от 12.10.2009)**

Потенциальное несоответствие или тенденция к его возникновению устанавливаются в результате анализа:

- потребностей рынка труда;
- удовлетворенности потребителей;
- состояния системы менеджмента качества и ее процессов;
- данных о качестве подготовке выпускников на всех стадиях образовательного процесса, включая итоговую государственную аттестацию;
- проблем выявленных персоналом и т.д.

**Примечание.** *Корректирующие действия* для несоответствий, выявленных в одном подразделении, могут быть *предупреждающими действиями* для других подразделений, направленными на устранение причин потенциально возможных несоответствий.

Анализ потенциальных несоответствий и разработка предупреждающих действий проводится на заседаниях различного уровня (Ученый совет, Совет факультета, заседание кафедры и т.п.).

Необходимость разработки предупреждающих действий определяется размером и характером потенциальных проблем, а также их предполагаемым влиянием на качество подготовки выпускников.

Решения о проведении предупреждающих действий документируются в протоколах заседаний, приказах и распоряжениях руководства университета (факультета, филиала и т.п.). При необходимости, предупреждающие действия включаются в планы работ структурных

подразделений.

Рассмотрение результатов предпринятых предупреждающих действий и их результативность осуществляется на последующих совещаниях (заседаниях) и регистрируются в соответствующих протоколах (планах, графиках) и т.п.

**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

Форма плана корректирующих действий по результатам внутреннего аудита  
подразделений университета

**План корректирующих действий по результатам аудита № \_\_\_\_\_**

№ НС <sup>1</sup>	Структурное подразделение <sup>2</sup>	Корректирующее действие	Срок выполнения (дд.мм.гг)	Ответственный (Ф.И.О.)	Отметка о выполнении

Начальник структурного  
подразделения

*подпись*

*Расшифровка подписи*

<sup>1</sup> В графе указывается № несоответствия

<sup>2</sup> При необходимости столбец может быть исключен

**Регистрация изменений**

<b>№ изменения</b>	<b>Распорядительный документ</b>	<b>Дата внесения</b>	<b>Ответственный (ФИО)</b>	<b>Подпись</b>
1	Приказ № 246 от 12.10.2009	13.10.2009	Гичкина Е.В.	
2				
3				

Соответствует оригиналу

**СОГЛАСОВАНО:**

Проректор по учебной работе

А.И.Сидоров

Начальник ОУКО

Л.А. Шефер