

Федеральное агентство морского и речного транспорта
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Государственный университет морского и речного флота
имени адмирала С.О. Макарова»

Управление корректирующими действиями

Санкт-Петербург
2021

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 2 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	4

СТРАНИЦА СТАТУСА ДОКУМЕНТА

Приложение

к приказу ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»
от 29. 01. 2021 № 76

Система менеджмента качества Управление корректирующими действиями	Новая редакция
	Дата введения - с момента утверждения

Настоящая Процедура разработана согласно требованиям Международного Стандарта ИСО 9001-2015 и является документом системы менеджмента качества ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова».

Настоящий документ не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без разрешения ректора.

Контроль документа	Представитель руководства по качеству
Руководитель разработки	Начальник службы качества Тарануха С.Н.
Исполнитель	Богданова Н.В.

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 3 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	4

Оглавление

Лист ознакомления	4
Лист учета экземпляров.....	4
Лист учета корректуры.....	4
1. Назначение и область применения	5
2. Нормативные ссылки.....	5
3. Термины и определения.....	5
4. Обозначения и сокращения.....	5
5. Общие положения	5
6. Структура процесса управления корректирующими действиями	6
7. Выявление, регистрация и оформление несоответствий	7
8. Разработка плана корректирующих действий	8
9. Выполнение, контроль и оценка результативности корректирующих действий	9
10. Документированная информация.....	10
11. Ответственность и полномочия	10
Приложение №1	11
Приложение №2	12

Лист ознакомления

№	Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

Лист учета экземпляров

Место хранения корректируемого экземпляра	№ экз.
Служба качества	2

Место хранения некорректируемого экземпляра	№ экземпляра
Общий отдел	1
Корпоративный портал	

Лист учета корректуры

[illegible]

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 5 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	4

1. Назначение и область применения

1.1. Настоящая документированная процедура описывает порядок и ответственность проведения работ, основные требования по управлению корректирующими действиями в ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова, в том числе в филиалах, с целью устранения причин несоответствий и предотвращения их повторного возникновения.

1.2. Документ направлен на обеспечение выполнения требований ИСО 9001-2015 и развивает положения Руководства по качеству университета.

1.3. Настоящая процедура входит в состав документов, обеспечивающих функционирование процесса совершенствования системы менеджмента качества образовательных услуг университета.

1.4. Владелец настоящей документированной процедуры является ректор.

2. Нормативные ссылки

- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.
- ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- Устав университета;
- Руководство по качеству;
- Процедура «Внутренний аудит»;
- Процедура «Оперативный мониторинг повседневной деятельности»;
- Положение о мониторинге выполнения требований Конвенции ПДНВ.

3. Термины и определения

В настоящем документе используются следующие термины и определения:

несоответствие – невыполнение требования;

корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации и предупреждения его повторного возникновения;

коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия;

соответствие – выполнение требования;

срочные действия – действия, предпринятые для предотвращения влияния проблемы до тех пор, пока не будут реализованы окончательные корректирующие действия;

удовлетворенность потребителей – восприятие потребителями степени выполнения их ожиданий.

4. Обозначения и сокращения

В настоящей процедуре применяются следующие обозначения и сокращения

РК – руководство по качеству;

СМК – система менеджмента качества;

ГУМРФ – Государственный университет морского и речного флота имени адмирала С.О. Макарова.

5. Общие положения

5.1. Основанием для разработки и выполнения корректирующего действия является выявленное несоответствие, претензия, жалоба.

5.2. Требования настоящей процедуры применяются при выявлении несоответствий в следующих случаях:

- выявления несоответствий по результатам проведения внутренних аудитов СМК;
- выявления несоответствий по результатам проведения внешних аудитов СМК;

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 6 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	4

- выявления несоответствий по результатам мониторинга повседневной деятельности подразделений;

- выявления несоответствий по результатам мониторинга выполнения требований Конвенции ПДНВ;

- выявления несоответствий в результате мониторинга и измерения процессов СМК;

- выявления несоответствий по результатам оценки удовлетворенности потребителей;

- поступления претензий от заинтересованных сторон.

5.3. Корректирующие действия должны соответствовать последствиям выявленных несоответствий.

5.4. Корректирующие действия и коррекции могут быть оперативного характера, когда, например, в ходе аудита, коррекции и корректирующие действия могут привести к устранению обнаруженных несоответствий и их причин, или планового характера, которые принимаются и реализуются после анализа всех данных о несоответствиях.

5.5. Корректирующие действия и коррекции планового характера оформляются в виде документа СМК – плана корректирующих действий. Срок выполнения плановых корректирующих действий устанавливается в плане корректирующих действий и, как правило, не должен превышать 3 месяца с момента выявления соответствующего несоответствия.

5.6. Ответственным за выполнение плана корректирующих действий является руководитель подразделения или соответствующего процесса. После выполнения корректирующего действия или коррекции по данному несоответствию, ответственное лицо ставит в соответствующей графе плана корректирующих действий отметку о выполнении с указанием даты или указываются реквизиты документа (протокол, приказ, распоряжение, акт и т.д.), являющегося объективным подтверждением выполненного корректирующего действия. Если несоответствия были выявлены в ходе внутреннего аудита, то, помимо ответственного лица, в данной графе плана корректирующих действий расписывается и аудитор, предварительно проверив результативность предпринятых корректирующих действий.

5.7. Централизованный контроль разработки и выполнения планов корректирующих действий по выявленным несоответствиям, связанным с основными процессами СМК во всех структурных подразделениях университета, осуществляет начальник службы качества. В случае невыполнения какого-либо мероприятия в указанные сроки, выясняются причины невыполнения и докладываются руководству университета для принятия соответствующих решений.

6. Структура процесса управления корректирующими действиями

6.1. Началом процесса является информация о выявленных несоответствиях.

6.2. Окончанием процесса являются решения, направленные на устранение причин выявленных несоответствий, и анализ результатов предпринятых корректирующих действий и коррекций и решение об их достаточности для устранения несоответствия.

6.3. Порядок проведения корректирующих действий и коррекций включает следующие шаги:

- выявление несоответствия, его регистрация и оформление;
- анализ несоответствия (включая жалобы потребителей), определение его причин;
- оценивание необходимости проведения корректирующих действий, коррекций;
- разработка плана корректирующих действий, коррекций;
- проведение корректирующих действий, коррекций;
- анализ результативности предпринятых действий;
- оформление записей (документированной информации) в отношении предпринятых действий.

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 7 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	4

7. Выявление, регистрация и оформление несоответствий

7.1. Источники информации, по которым может быть принято решение о разработке корректирующих действий, представлены в Таблице 1.

Таблица 1

№ п/п	Источник информации	Форма регистрации информации о несоответствии
1	Результаты внутреннего аудита	Отчет о результатах внутреннего аудита СМК
2	Результаты внешнего аудита (сертифицирующих органов, Рособнадзора, Федерального агентства морского и речного транспорта, Министерства транспорта и пр.)	Отчёты о результатах внешнего аудита, акты о несоответствиях, уведомления и т.д.
3	Результаты оперативного мониторинга повседневной деятельности	Отчеты, протоколы совещаний, рапорты, служебные записки, акты проверок, табель учета использования рабочего времени
4	Отрицательные отзывы, жалобы потребителей	Претензии, рекламации, акты, письма
5	Результаты анализа данных по процессам СМК	Отчет об анализе СМК со стороны руководства, решения Ученого совета
6	Выходные данные анализа со стороны руководства	Отчет об анализе СМК со стороны руководства.
7	Выходные данные измерений удовлетворенности потребителей	Отчет об анализе СМК со стороны руководства
8	Результаты самообследования	Отчет о самообследовании
9	Результаты мониторинга ОПОП на предмет выполнения требований ФГОС	Отчеты по мониторингу
10	Предложения сотрудников университета	Претензии, предложения по улучшению СМК
11	Результаты измерения процессов	Отчет об анализе СМК со стороны руководства, результаты мониторинга ВУЗа, результаты мониторинга эффективности деятельности вузов, отчеты, представляемые в Федеральное агентство морского и речного флота, зачетные и экзаменационные ведомости, отчеты председателей ГАК.
12	Проверки организации и проведения учебных занятий в соответствии с расписанием и учебным планом	Журнал регистрации несоответствий, докладные записки
13	Источники информации о	Инновационное предложение

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 8 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	4

	несоответствиях №№ 1...10	
--	---------------------------	--

7.2. Результаты внутреннего аудита оформляются в виде отчета по форме, приведенной в процедуре Внутренний аудит.

7.3. Регистрацию и идентификацию несоответствий проводит внутренний аудитор совместно с руководителями структурных подразделений, в которых были выявлены несоответствия.

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

7.5. Результаты оперативного мониторинга повседневной деятельности, мониторинга выполнения требований Конвенции ПДНВ, отрицательные отзывы, жалобы потребителей регистрируются в журнале регистрации несоответствий (Приложение 1), в решениях советов, приказах и распоряжениях.

7.6. Отчеты, протоколы совещаний, рапорты, служебные записки, акты проверок, отчеты о самообследовании, табель учета использования рабочего времени оформляются согласно инструкции по делопроизводству, локальным актам университета, размещенным на корпоративном портале университета.

8. Разработка плана корректирующих действий

8.1. После получения отчета по результатам внутреннего/внешнего аудита, результатам оперативного мониторинга повседневной деятельности или выполнения требований Конвенции ПДНВ, жалоб потребителей или другой информации с указанием несоответствий руководитель подразделения организует анализ причин возникших несоответствий и проблем в области качества.

8.2. Руководитель подразделения разрабатывает план корректирующих действий/коррекций по всем выявленным несоответствиям согласно установленному сроку, но не превышающем двух недель с момента получения отчета по результатам внутреннего/внешнего аудита, жалоб потребителей или другой информации с указанием несоответствий.

8.3. Разработка корректирующих действий включает:

- разработку действий, предпринятых для устранения обнаруженного несоответствия (коррекции);

- разработку действий, предпринятых для устранения причин обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации (корректирующие действия);

8.3. Анализ и установление причин несоответствий проводится руководителями структурных подразделений, в которых несоответствие было выявлено.

8.4. Если обнаружено несколько причин одного несоответствия, то они распределяются в соответствии с важностью.

8.5. Корректирующие действия и коррекции по несоответствиям, выявленным в процессе внутреннего/внешнего аудита, оформляются (фиксируются) аналогично форме, приведенной в процедуре Внутренний аудит.

8.6. Регистрация корректирующих действий и действий по устранению несоответствий (коррекций) производится по примеру Приложения 2 к настоящей Процедуре в следующем порядке:

- в столбце № 2 фиксируется выявленное несоответствие;

- в столбце № 3 приводятся одна или несколько причин выявленного несоответствия (№№ 1...n);

- корректирующие действия №№ 1...n, направленные на устранение причин несоответствий №№ 1...n, приводятся столбце № 4 в одной строке с соответствующей причиной несоответствия;

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 9 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	4

– коррекции, то есть действия, направленные на устранение непосредственно выявленного несоответствия приводятся также в столбце № 4 в строке без указанной причины несоответствия.

8.7. Предлагаемая форма регистрации позволяет регистрировать корректирующие действия отдельно от действий по устранению несоответствий (коррекций).

8.8. Корректирующие действия и коррекции, выявленные по результатам оперативного мониторинга повседневной деятельности, по результатам анализа жалоб потребителей и других источников несоответствий (Таблица 1) оформляются по форме (Приложение № 1), при этом регистрация корректирующих действий и коррекций производится раздельно (Приложение № 2).

8.9. Корректирующие действия и коррекции, разработанные по результатам выявленных несоответствий, могут быть оформлены и реализованы в виде инновационных предложений/проектов согласно Положению об инновационной образовательной деятельности.

8.10. Корректирующие действия и коррекции должны быть достаточно эффективными для обеспечения устранения несоответствий.

8.11. При необходимости руководство университета производит планирование ресурсов для реализации корректирующих действий, включающие разработку нормативных документов; закупку (модернизацию) оборудования, необходимого для исполнения работ и для проведения проверок; обеспечения процессов квалифицированным персоналом и необходимым финансированием.

9. Выполнение, контроль и оценка результативности корректирующих действий

9.1. В процессе выполнения корректирующих действий принимают участие руководители и работники структурных подразделений, в которых были выявлены несоответствия.

9.2. Контроль выполнения корректирующих действий и коррекций осуществляют руководители процессов СМК, руководители структурных подразделений и служба качества.

9.3. Устранение несоответствий удостоверяется аудиторами или специалистами службы качества отметкой в соответствующих графах планов корректирующих действий. Если несоответствие выявлено по результатам мониторинга повседневной деятельности, мониторинга выполнения требований Конвенции ПДНВ или отзывов, жалоб потребителей, то выполнение корректирующего действия принимается вышестоящим руководителем. Выполнение корректирующих действий фиксируется в графе 7 плана корректирующих действий и коррекций (Приложение № 2).

9.4. Если корректирующие действия нельзя выполнить силами подразделения, то они включаются в планы мероприятий других подразделений по их организации и назначаются ответственные лица.

9.5. Результаты о выполнении корректирующих действий используются в качестве входных данных для оформления отчета об анализе СМК со стороны руководства (процедура Анализ СМК со стороны руководства).

9.6. Оценка результативности корректирующих действий базируется на сведениях о том, удалось ли устранить нежелательную ситуацию и избежать повторного появления несоответствий.

9.7. Результаты о выполнении корректирующих действий в филиалах университета направляются в службу качества университета для оценки результативности процессов СМК.

9.8. С целью улучшения деятельности университета и повышения результативности управления периодически проводятся совещания, на котором приглашенные руководители подразделений докладывают, в том числе о ходе выполнения планов корректирующих действий, о полноте и результативности выполнения корректирующих действий. Протоколы

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 10 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	4

совещаний используются также в качестве входных данных для анализа СМК со стороны руководства.

9.9. В случае несвоевременного выполнения или невыполнения корректирующих действий рассматриваются причины задержки или невыполнения и принимаются соответствующие меры.

9.10. При положительной оценке, свидетельствующей о том, что результат корректирующего действия имеет постоянный характер, в действующую документацию (при необходимости) вносятся изменения или разрабатывается новая документация, устанавливающая измененный порядок действий.

9.11. Внесение изменений по результатам корректирующих действий в документы СМК осуществляется в соответствии с требованиями процедуры Управление документами.

10. Документированная информация

Документированной информацией к настоящей процедуре являются акты о несоответствиях по результатам внешнего аудита СМК, отчеты по результатам внутреннего аудита СМК, отчет о результатах анализа СМК со стороны руководства, журналы регистрации несоответствий, планы корректирующих действий, приказы, распоряжения, решения Ученого совета университета по анализу СМК, протоколы совещаний и др.

11. Ответственность и полномочия

11.1. Решения по применению корректирующих действий в отношении политики и целей в области качества принимаются руководством университета.

11.2. Решения по применению корректирующих действий в отношении процедур, положений, процессов принимаются руководителями подразделений университета (руководители процессов СМК), они же несут ответственность за их выполнение.

11.3. Общую ответственность за управление корректирующими действиями несет руководство университета.

Приложения:

Приложение № 1: Форма журнала регистрации несоответствий

Приложение № 2: Образец заполнения плана корректирующих действий и коррекций



Приложение № 1

Журнал регистрации несоответствий
Институт/Факультет: _____

№ п/п	Дата проверки	Содержание несоответствия	Проверил	Подпись	Отметка о принятых мерах

	ФГБОУ ВО «ГУМРФ имени адмирала С.О. Макарова»		Стр. 12 из 12
	Управление корректирующими действиями	Версия:	2

Приложение № 2

Образец заполнения плана корректирующих действий и корректиций

Раздел НД	Характеристика несоответствия	Причина несоответствия	Корректирующее действие / коррекция	Исполнитель	Срок исполнения	Подтверждение устранения несоответствия
1	2	3	4	5	6	7
Раздел 4.2.4. ИСО 9001- 2015	Не представлен журнал по технике безопасности (несоответствие)	В подразделении отсутствуют чистые (незаполненные) журналы (причина № 1)	Заказать в типографии журналы (корректирующее действие № 1)	Иванов И.П.	Январь	Выполнено (подпись аудитора)
		Исполнитель не знал о том, что именно он должен оформить журнал (причина № 2)	Усовершенствовать метод доведения заданий до исполнителей (корректирующее действие № 2)	Петров С.А.	Февраль	Выполнено (подпись аудитора)
		Исполнитель не понял, как следует оформить журнал (причина № 3)	Проинструктировать исполнителя о том, как следует заполнять журнал (корректирующее действие № 3)	Петров С.А.	Март	Выполнено (подпись аудитора)
			Оформить и представить аудитору журнал по технике безопасности (коррекция)	Сидоров С.П.	Апрель	Выполнено (подпись аудитора)

Примечание: форма плана корректирующих действий приведена в Приложении Д процедуры Внутренний аудит