

МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ТРАНСПОРТА»
РУТ (МИИТ)

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

СМК-ДП-05.04

Версия 4

Дата введения:

«30» декабря 2020 г.

Москва, 2020

Сертификат соответствия № РОСС RU.С.04ЕСС.СК.0180

Основание: Решение Органа по сертификации № 0180 от 21.12.2020 года

Содержание

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	4
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	4
4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
5. ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ И ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ	8
6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ.....	10

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящая документированная информация (далее – ДИ) устанавливает порядок разработки, проведения и оценки результативности корректирующих и предупреждающих действий (далее – КД, ПД)

Целью разработки настоящей ДИ является устранение причин несоответствий и предотвращения их повторного появления, а также определение и осуществление ПД, направленных на исключение причин потенциальных несоответствий для предупреждения их появления.

Требования данной ДИ обязательны для всех подразделений, должностных лиц и сотрудников академии.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей ДИ даны нормативные ссылки на следующие документы:

- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015) – Системы менеджмента качества. Требования.
- ГОСТ Р 52614.2-2006 – Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования.

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1. В настоящей ДИ применяются термины с соответствующими определениями, приведенными в ГОСТ Р ИСО 9000, а также следующие определения:

Документированная информация (ДИ): установленный и документированный способ осуществления деятельности или процесса.

Коррекция (Кор.): Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия. Коррекция может осуществляться совместно с корректирующим действием.

Корректирующее действие (КД): Действие, предпринимаемое для устранения причин обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Предупреждающее действие (ПД): Действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

Представитель руководства по качеству (ПРК): Должностное лицо, назначаемое приказом Ректора МИИТ, осуществляющее руководство разработкой, внедрением, поддержанием в рабочем состоянии и развитием системы менеджмента качества в МИИТ.

Структурное подразделение (СП): организационная единица, являющаяся частью организации с самостоятельными функциями, задачами и ответственностью (управление, кафедра, центр, отдел, лаборатория и др.).

3.2. В настоящей ДИ применяются следующие обозначения и сокращения:

- ВО – высшее образование;

- ДП – документированная процедура
- КД – корректирующие действия;
- ПД – предупреждающие действия;
- ППС – профессорско-преподавательский состав;
- ПРК – представитель руководства по качеству.
- СМК – система менеджмента качества;
- УМК – учебно-методический комплекс;

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Понятие корректирующих и предупреждающих действий

КД и ПД – составные части процесса постоянного улучшения качества. Потребность в КД возникает как следствие выявления несоответствия. Эти действия направлены на выявление причин возникновения несоответствия и их устранения с целью недопущения его повторного возникновения.

КД устраняют обнаруженные несоответствия и направляются на устранение причин обнаруженных несоответствий, чтобы избежать повторного возникновения проблем. При этом обязательным требованием является обучение или инструктирование сотрудников, занятых в процессе, в котором были выявлены несоответствия.

ПД связаны с анализом имеющейся информации с целью выявления причин потенциально возможных несоответствий и направлены на их устранение.

Процесс КД и ПД осуществляется во всех структурных подразделениях (далее – СП) университета, в деятельности которых обнаружено несоответствие.

Ресурсы, необходимые для проведения КД и ПД, выделяются руководством РУТ (МИИТ).

4.2. Корректирующие действия

КД являются мерами оперативного вмешательства в процессы и научно-образовательную деятельность, осуществляемые с целью своевременного и оперативного устранения причин выявленных несоответствий.

При обнаружении несоответствия необходимо предпринять незамедлительные действия (коррекции – далее кор.), направленные на устранение несоответствия. Предпринимаемые действия должны быть адекватны последствиям выявленных несоответствий.

Под несоответствиями следует понимать любое отклонение от установленных требований:

- в процессах;
- в образовательной деятельности;
- в деятельности персонала университета.

Все случаи выявления несоответствий в научно-образовательной деятельности и процессах СМК должны стать предметом анализа их вызвавших причин. После анализа и выяснения причин возникновения несоответствий, при необходимости, разрабатываются КД, направленные на устранение выявленных причин. При этом оценивается важность проблем, которое выражается через их потенциальное воздействие на такие аспекты, как характеристики процесса и услуги, а также удовлетворенность потребителей и других заинтересованных сторон. Обсуждение и анализ причин потенциальных несоответствий может выноситься на совещания, на рабочие встречи.

Необходимость разработки и проведения КД может быть выявлена:

- при проведении внутренних и/или внешних аудитов СМК РУТ (МИИТ) (основной метод);
- при проведении проверки действующих нормативных и других видов документации;
- по результатам мониторинга удовлетворенности потребителей образовательной деятельностью РУТ (МИИТ).

Основанием для проведения КД являются решения представителя руководства по качеству (далее ПРК), представителя руководства в области качества (далее ПРКФ), владельца процесса (далее ВП) или руководителей структурных подразделений (далее СП) на основании анализа причин несоответствий.

КД должны проводиться без излишней задержки. Срок проведения корректирующих действий с момента определения причин несоответствий для несущественных несоответствий не должен превышать две недели.

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

- отрицательные отзывы потребителей;
- выходные данные анализа со стороны руководства;
- выходные данные анализа информации о несоответствиях услуг установленным требованиям;
- выходные данные измерений удовлетворенности потребителей;
- результаты измерения процессов;
- результаты самооценки;
- результаты внешних и внутренних аудитов;
- информация о наличии, повторяемости и частоте возникновения аналогичных отклонений.

В результате проведения КД может возникнуть необходимость внесения изменений в действующую документацию системы качества РУТ (МИИТ). Все изменения в

документацию вносятся в установленном порядке в соответствии с СМК-ДП-01.00. Ответственность за правильность и своевременность внесения изменений возлагается на разработчика документа, в который необходимо внести изменения.

Контроль за реализацией КД осуществляет ПРК в целом по РУТ (МИИТ)

Предупреждающие действия

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

Принятию решения о ПД предшествует обсуждение в СП потенциальных несоответствий и причин их появления, оценка необходимости действий с целью предупреждения появления несоответствий, разработка ПД, установление ответственных исполнителей и сроков выполнения. Обсуждение и анализ причин потенциальных несоответствий может выноситься на совещания, на рабочие встречи.

Основанием для проведения ПД являются решения ПРК и руководителей СП на основании анализа причин потенциальных несоответствий.

Для установления причин потенциальных несоответствий анализируются потенциальные ситуации появления несоответствий, производится оценка необходимости разработки ПД и их адекватности возможным последствиям потенциальных проблем.

При анализе причин потенциальных несоответствий используются все имеющиеся документы о качестве услуг.

Источниками информации для рассмотрения ПД являются:

- претензии и жалобы потребителей;
- отчеты руководителей СП и ВП;
- отчеты о внешних и внутренних аудитах;
- отчеты о функционировании СМК и протоколы совещаний по анализу СМК;
- результаты оценки удовлетворенности потребителей;
- записи по процессам и процедурам СМК.

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

Потенциальное несоответствие может иметь вероятностный характер или быть связано с развитием академии. Потенциальные несоответствия, имеющие высокий уровень риска, должны быть устранены в кратчайшие сроки. Если уровень риска признан низким, то допускается не проводить соответствующее предупреждающее действие.

Контроль за реализацией ПД осуществляет ПРК в целом по РУТ (МИИТ).

5. ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ И ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

5.1 Выявление несоответствий

Выявление несоответствий (потенциальных несоответствий) производится в процессе внешних и внутренних аудитов, измерений удовлетворенности потребителей, измерения процессов, поведения самооценки и др.

5.2 Регистрация и идентификация несоответствий

Регистрация и идентификация несоответствий проводится в Журнале регистрации корректирующих/предупреждающих действий (Приложение 2) в графе «Краткое описание несоответствия» (указывается описание несоответствия; должность лица, записавшего несоответствие; дата внесения данных о несоответствии).

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

5.3 Анализ и установление причин несоответствий

По результатам анализа причин несоответствия определяется необходимость КД и/или ПД, или достаточность осуществления корректировок.

5.4 Разработка корректирующих/предупреждающих действий

Выработка и принятие КД и ПД по обнаруженному несоответствию осуществляется ПРК (ПРКФ), руководителями СПи/или ВП в ходе непосредственной деятельности, а также на заседаниях совета по качеству, научно-методического совета, учёного совета, ежегодном итоговом собрании

К разработке КД и ПД привлекаются сотрудники соответствующих СП, а также могут привлекаться аудитор или лицо, выявившее несоответствие. Определяющим критерием КД и ПД является их способность предотвратить или свести к минимуму возможность повторного возникновения несоответствия.

При необходимости, для реализации КД и ПД разрабатывается План КД и ПД с указанием сроков выполнения и ответственных должностных лиц. План утверждается ПРК (ПРКФ), в зависимости от места составления плана.

Если КД или ПД нельзя выполнить силами СП или ВП, то такие мероприятия включаются в планы, разработанные на вышестоящем уровне, или в план включаются другие СП и ВП университета.

5.6 Выполнение КД и ПД

В процессе выполнения КД и ПД принимают участие руководители и сотрудники СП, занятых в процессе, в котором были выявлены несоответствия, а также руководители и сотрудники СП, прямо или косвенно связанные с выявленным несоответствием.

В период реализации КД и ПД со стороны руководителя СП, ВП или лица, назначенного ответственным за контроль реализации КД и ПД, проводится мониторинг хода выполнения КД и ПД.

Если реализация КД и ПД невозможна в установленный срок, то руководитель СП или ВП, в подразделении которого выявлено несоответствие, должен письменно в произвольной форме известить об этом ПРК (ПРКФ).

Если в ходе реализации КД и ПД требуется внести изменения в ранее согласованные решения, затрагивающие интересы СП, то необходимо проведение согласования с руководителем этого СП.

Порядок осуществления КД и ПД по результатам ВА и оценки их результативности, а также записи результатов предпринятых КД и ПД определены в СМК-ДП-03.00.

5.7 Контроль выполнения КД и ПД

После завершения выполнения КД и ПД осуществляется контроль своевременности их выполнения, а также анализ результативности КД и ПД, т.е. подтверждение исключения возможности повторения несоответствий.

Контроль за выполнением КД и ПД осуществляется путем сравнения фактически выполненных мероприятий и сроков выполнения с запланированными.

Контроль выполнения КД/ПД проводит ВП или руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, определяя полноту выполнения КД/ПД.

Контроль КД и ПД может осуществляться на совещаниях совета по качеству, научно-методического совета, учёного совета, ежегодном итоговом собрании, ежемесячных совещаниях на уровне проректора по направлениям, ректорате, в ходе внутренних аудитов СМК.

5.8 Регистрация выполнения корректирующих/предупреждающих действий

Регистрация выполнения КД/ПД проводится в Журнале регистрации корректирующих/предупреждающих действий, ведущихся в филиалах (институтах) и РУТ (МИИТ) в целом..

5.9 Определение результативности КД и ПД

Определение результативности КД/ПД производится после их выполнения.

Результаты контроля КД и ПД с оценкой их результативности рассматриваются на совещаниях совета по качеству, научно-методического совета, учёного совета, ежегодном итоговом собрании, ежемесячных совещаниях на уровне проректора по направлениям, ректората и используются в качестве входных данных для анализа СМК со стороны руководства.

В случае признания КД и ПД как нерезультативными, возобновляется работа по разработке новых (дополнительных) КД и ПД. Порядок разработки новых (дополнительных) КД и ПД такой же, как и при первоначальной разработке КД и ПД. Таким

образом, процесс может повторяться циклически, пока несоответствие не будет устранено и КД/ПД признаны результативными.

Если КД/ПД признаются результативными, то несоответствие считается закрытым.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

Распределение полномочий подразделений и должностных лиц процедуре КД и ПД приведено в таблице 3.

Таблица 1

Матрица распределения ответственности по процедуре
«Корректирующие и предупреждающие действия»

Этапы процесса	Ответственный за принятие решений	Исполнитель
Выявление несоответствий	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП	Высшее руководство, ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП
Регистрация и идентификация несоответствий	Лицо, выявившее несоответствие	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП
Анализ и установление причин несоответствий	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП. Сотрудники СП, в котором возникло несоответствие, участники совещания
Разработка КД/ПД	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП. Сотрудники СП, в котором возникло несоответствие. участники совещания
Выполнение КД/ПД	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП	Лица, назначенные исполнителями.
Контроль выполнения КД/ПД	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, ВП
Оценка результативности КД/ПД	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП	ПРК (ПРКФ), руководитель СП, ВП