

ALIKHAN BOKEIKHAN UNIVERSITY		
Документ СМК 2 уровня	Редакция № 6 от 02.11.2021	ДП.10.06/2021
Документированная процедура	взамен редакции № 5 от 01.10.2018	

**Документированная процедура
«Порядок выполнения корректирующих и
предупреждающих действий»**

ДП.10.06/2021

Семей
2021

СОДЕРЖАНИЕ

1	Назначение и область действия	3
2	Нормативные ссылки	3
3	Документы, относящиеся к процедуре	3
4	Определения терминов, обозначения и сокращения	3
4.1	Термины и определения	3
4.2	Сокращения	4
5	Описание процесса	4
6	Документирование и архивирование	5
7	Информация по процессу	6
7.1	Входящая информация	6
7.2	Исходящая информация	6
8	Лист регистрации изменений	7

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ДЕЙСТВИЯ

Настоящая документированная процедура системы менеджмента качества разработана в соответствии с требованиями СТ РК ИСО 9001:2016 и регламентирует порядок анализа несоответствий, оценки необходимости разработки, внедрения и проверки эффективности корректирующих и предупреждающих действий по результатам всех видов проверок, внутреннего аудита в структурных подразделениях университета. Оригиналом настоящей документированной процедуры является бумажный носитель.

Требования настоящей документированной процедуры распространяются на все подразделения университета.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

При разработке данной документированной процедуры использованы следующие нормативные документы:

ИСО 9000:2017 Системы менеджмента качества – Основные положения и словарь.

СТ РК ИСО 9001:2016 Системы менеджмента качества - Требования.

ДП.10.02/2021 Порядок управления документацией

ДП.10.03/2021 Порядок управления записями по качеству

ДП.10.04/2021 Порядок управления несоответствующей продукцией

ДП.10.05/2021 Порядок проведения внутреннего аудита

3 ДОКУМЕНТЫ ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПРОЦЕДУРЕ

План корректирующих и предупреждающих действий - Форма Ф 03 - ДП.10.05/2021

4 ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

4.1 Термины и определения

В данной документированной процедуре используются термины и их определения из ИСО 9000- 2017 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

Процедура - установленный способ осуществления деятельности или процесса.

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

Корректирующее действие - действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Корректирующее действие предпринимается для предотвращения повторного возникновения события, предупреждающее действие - для предотвращения возникновения события.

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

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

Выпуск - разрешение на переход к следующей стадии процесса.

Продукция - результат процесса.

4.2 Сокращения

РП - Руководитель подразделения в данной документированной процедуре, если не указано иное, руководитель подразделения ответственный за разработку и внедрение корректирующих действий;

НД - нормативная документация.

5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

5.1 Настоящее описание порядка разработки, проведения и проверки эффективности корректирующих действий регламентирует требования к содержанию документированной процедуры "Порядок выполнения корректирующих и предупреждающих действий" ДП.10.06/2021.

5.2 Порядок разработки и внедрения корректирующих и предупреждающих действий.

Началом для разработки корректирующих и предупреждающих действий является документально зафиксированное отклонение от установленных критериев.

Нормы и критерии, по которым принимается решение о разработке корректирующих действий, должны охватывать:

- результаты внутреннего аудита (проверки);
- показатели процесса;
- несоответствия продукции установленным нормам;
- информацию о наличии и частоте возникновения аналогичных отклонений.

Поводом для разработки корректирующих и предупреждающих действий также является систематическое отклонение одного и того же параметра качества продукции в одну и ту же сторону от номинала.

Типовые несоответствия по основным процессам приведены в Классификаторе типовых несоответствий Ф 01-ДП.10.04/2021 (Документированная процедура «Порядок управления несоответствующей продукцией»).

Порядок действий с продукцией, несоответствующей установленным требованиям, определен в документированной процедуре ДП.10.04/2021 «Порядок управления несоответствующей продукцией».

Ответственное лицо за проведение анализа заносит несоответствия в «План корректирующих действий» (Форма Ф 03 – ДП.10.05/2021), совместно с руководителем подразделения выявляет причину отклонения и разрабатывает предложения по действиям по процессу.

Результат анализа отклонений оформляется в «Контрольном листе проведения внутреннего аудита» Ф 02 – ДП.10.05/2021. Порядок заполнения Протокола подробно описан в документированной процедуре ДП.10.05/2021 «Порядок проведения внутреннего аудита».

При разработке корректирующих и предупреждающих действий ответственное лицо за разработку в первую очередь проверяет оценку необходимости и адекватность затрат на корректирующие и предупреждающие действия, тяжести отклонения, сделанную ответственным лицом за проведение внутренней проверки. Содержание корректирующих и предупреждающих действий заносится в Форму Ф 03 – ДП.10.05/2021.

План корректирующих и предупреждающих действий утверждает ректор университета.

Уполномоченный представитель руководства по качеству университета проверяют характер и степень влияния разработанных действий на качество конечного результата.

Результат внедрения корректирующих и предупреждающих действий отмечается в плане корректирующих и предупреждающих действий. Реализация корректирующих или предупреждающих действий производится ответственными лицами. Контроль своевременности и полноты выполнения корректирующих и предупреждающих действий возлагается на ответственное лицо за их разработку.

Проверку эффективности корректирующих и предупреждающих действий производит ответственное за проверку лицо при проведении внутренней проверки.

В случае если причина несоответствия, установленная во время внутренней проверки, не устранена, то ответственное лицо за проверку сообщает об этом руководству университета в виде докладной записки.

В случае если причина несоответствия устранена, ответственное лицо за проверку ставит отметку о выполнении плана корректирующих или предупреждающих действий.

6 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ И АРХИВИРОВАНИЕ

6.1 Подлинник документированной процедуры хранится в департаменте по академическим вопросам.

6.2 Записи по качеству ведутся в соответствии с требованиями документированной процедуры ДП.10.03/2021 «Порядок управления записями по качеству».

7 ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРОЦЕССУ

7.1 Входящая информация

№ пп	Наименование документа	Ответственное лицо для составления	Срок предоставления	Примечание
1	План корректирующих и предупреждающих действий	Ответственное лицо за проверку	По мере выявления несоответствия	
2	Документация СМК, необходимая для управления процессом или функционирования структурного подразделения	Владелец процесса Руководитель структурного подразделения	После выявления несоответствия	

7.2 Исходящая информация

№ пп	Наименование документа	Ответственное лицо для предоставления	Срок предоставления	Примечание
1	2	3	4	5
1	Докладная записка	РП Отв. лицо за анализ отклонения	После выявления несоответствий	

