



Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования
«Белорусский государственный технологический университет»



УТВЕРЖДАЮ
Ректор

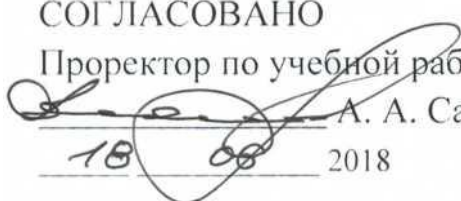
И. В. Войтов
18 06 2018

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Документированная процедура

**НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ
ДЕЙСТВИЯ**

ДП 4.4-2018

СОГЛАСОВАНО
Проректор по учебной работе

А. А. Сакович
18 06 2018



Минск

БГТУ	Документированная процедура НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.4-2018
-------------	--	--------------------

Предисловие

1 РАЗРАБОТАНА Учреждением образования «Белорусский государственный технологический университет»

ИСПОЛНИТЕЛИ:

Сакович А.А., проректор по учебной работе;

Куликовский С.А., заведующий сектором качества и мониторинга образования учебно-методического управления

ВНЕСЕНА Сектором менеджмента качества и мониторинга образования учебно-методического управления

2 УТВЕРЖДЕНА И ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ ректором БГТУ

3 ВВЕДЕНА ВПЕРВЫЕ

© **Белорусский государственный
технологический университет**

Настоящая документированная процедура не может быть тиражирована и распространена без разрешения Учреждения образования «Белорусский государственный технологический университет»

Издана на русском языке

Содержание

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	4
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ... ..	4
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ.....	8
5.1 Описание процедуры	8
5.1.1 Управление несоответствиями	8
5.1.2 Управление корректирующими действиями	10
5.2 Схема последовательности выполнения работ	13
5.3 Полномочия и ответственность	16
6 ЗАПИСИ.....	16
ПРИЛОЖЕНИЕ А Знания	17
Лист регистрации изменений.....	18

БГТУ	Документированная процедура НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.4-2018
------	--	-------------

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура устанавливает единые требования по управлению несоответствиями, корректирующими и предупреждающими действиями в Учреждении образования «Белорусский государственный технологический университет» (включая филиалы).

1.2 Настоящая документированная процедура направлена на выполнение требований пункта 10.2 СТБ ISO 9001-2015.

1.3 Требования настоящей документированной процедуры обязательны для всех структурных подразделений, включая филиалы университета, должностных лиц и сотрудников университета (филиалов).

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие стандарты:

СТБ ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь

СТБ ISO 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования

ДП 4.2-2018 Внутренний аудит

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 В настоящей документированной процедуре применяются термины, установленные в СТБ ISO 9000-2015, а также следующие термины с соответствующими определениями:

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

Аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и объективного их оценивания для определения степени выполнения критериев аудита.

Высшее руководство – лицо или группа персонала, которая направляет организацию и управляет ею на высшем уровне.

Дефект – несоответствие, связанное с предполагаемым или установленным использованием.

Запись – документ, в котором сформулированы достигнутые результаты или представлены свидетельства осуществленной деятельности.

Идентификация несоответствия – установление его принадлежности к определенному виду по признаку невыполнения конкретного требования.

Контроль – определение соответствия установленным требованиям.

БГТУ	Документированная процедура НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.4-2018
------	--	-------------

Корректирующее действие – действие, принятое для устранения причины несоответствия и предупреждения повторного его повторения.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Несоответствие – невыполнение требования.

Объективное свидетельство – данные, подтверждающие наличие или правдивость чего-либо.

Система менеджмента качества – часть системы менеджмента применительно к качеству.

Требование – потребность или ожидание, которое устанавливается, обычно предполагается или является обязательным.

Эффективность – связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

3.2 В настоящей документированной процедуре применяются следующие обозначения и сокращения:

НИР – научно-исследовательская работа;

КД – корректирующие действия;

ОСП – обособленное структурное подразделение;

ПД – предупреждающие действия;

ППС – профессорско-преподавательский состав;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;

АП – аудируемое подразделение;

ВА – внутренний аудит;

ДП – документированная процедура.

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Цель процедуры – устранение несоответствий, выявленных в процессе функционирования СМК и по результатам внутренних аудитов и выполнение действий, предупреждающих возможное появление несоответствий.

4.2 В соответствии с СТБ ISO 9001-2015 продукция, которая не соответствует установленным требованиям, должна быть идентифицирована и выработаны меры с целью предотвращения ее непреднамеренного использования.

4.3 Руководство университета (филиалов) должно предпринимать действия, направленные на устранение причин несоответствий с целью предупреждения их повторного возникновения, а также действия, направленные на устранение причин потенциальных несоответствий с целью предупреждения их возникновения.

4.4 Основные виды несоответствий приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Виды несоответствий

Наименование вида деятельности (процесса)	Основные виды несоответствий
Образовательные процессы	<p><i>Для студентов и учащихся</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - неудовлетворительные знания по 2 и более предметам (дисциплинам) при текущем (семестровом) контроле знаний; - академическая задолженность; - неудовлетворительная оценка на государственном экзамене (при защите дипломного проекта); - несоответствие компетенций уровню среднего специального образования; - несоответствие компетенций на 1 ступени высшего образования; - несоответствие компетенций на 2 ступени высшего образования (для магистрантов); - нарушение трудовой дисциплины; - нарушение графика образовательного процесса. <p><i>Для преподавателей:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - несоответствия в квалификации профессорско-преподавательского состава; - нарушение графика образовательного процесса преподавателем; - несвоевременное обновление устаревшей учебной и учебно-методической литературы; - невыполнение плана изданий учебной и учебно-методической литературы; - нарушение трудовой дисциплины; - нарушение правил внутреннего распорядка БГТУ; <p><i>Для кадров высшей квалификации –</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - невыполнение индивидуальных планов; - срыв графика защит; - недостаток профессиональной подготовки аспирантов и докторантов. <p><i>Для проектирования учебно-методической документации:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - несоответствия учебных планов образовательным стандартам, - несогласованность типовых, базовых и учебных программ; - отсутствие учебно-методических комплексов по читаемым учебным дисциплинам; - неполная обеспеченность (недостаток) учебно-методической литературой в связи с отсутствием закупок.
Научно-исследовательская и инновационная деятельность	<ul style="list-style-type: none"> - отчеты по НИР, получившие отрицательный отзыв заказчика; - несоответствия компетенций научных работников и ППС; - слабый научный уровень выполнения НИР и НИОКР; - несоответствие лабораторной базы современным требованиям; - низкий научный уровень НИР студентов.

4.4 Несоответствия могут быть выявлены при проведении внутренних и внешних аудитов, иных проверок, в результате мониторинга и анализа процессов на всех этапах осуществления образовательной, научно-исследовательской и инновационной, воспитательной и иной деятельности в университете.

4.5 Управление КД заключается в устранении несоответствий на основе

обработки данных о несоответствиях продукции, процессов и изучении причин несоответствий, связанных с продукцией, процессами или СМК в целом. КД должны соответствовать последствиям выявленных несоответствий.

4.6 Управление ПД заключается в проведении профилактических мероприятий по исключению предполагаемых несоответствий. ПД должны соответствовать последствиям потенциальных несоответствий.

4.7 В процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий принимают участие руководители и работники соответствующих СП (ОСП).

4.8 Дополнительные ресурсы, необходимые для проведения корректирующих и предупреждающих действий, выделяются руководством университета.

4.9 Способы установления причин несоответствий (в том числе потенциальных):

– анализ, проводимый высшим руководством, представителем руководства по качеству, владельцами процессов, руководителями СП (ОСП) либо ответственным лицом или группой, назначенной руководителем СП (ОСП) и (или) владельцем процесса для разработки корректирующих и предупреждающих действий;

– наблюдение;

– статистические методы;

– социологические методы.

4.10 Процедура по управлению несоответствиями состоит из следующих этапов:

– выявление несоответствия;

– регистрация и идентификация несоответствия;

– анализ причин возникновения несоответствия;

– определение необходимых КД по устранению несоответствия;

– выполнение КД и устранение несоответствия;

– проверка выполнения и оценка эффективности КД;

– разработка ПД.

4.11 Управление КД включает следующие этапы:

– анализ несоответствий и причин их возникновения;

– определение КД по устранению несоответствий;

– осуществление КД;

– проверка выполнения КД и оценка их эффективности.

4.12 Управление ПД включает следующие этапы:

– установление потенциальных несоответствий и причин их возникновения;

– определение необходимых мероприятий по предупреждению возникновения несоответствий;

– осуществление ПД;

– проверка выполнения ПД и оценка их эффективности.

4.13 Все случаи несоответствия должны быть зарегистрированы и идентифицированы немедленно после обнаружения.

4.14 Владельцем данной процедуры является ректор.

5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

5.1 Описание процедуры

5.1.1 Управление несоответствиями

5.1.1.1 Выявление несоответствий в образовательной деятельности

5.1.1.1.1 В образовательном процессе проводится контроль качества подготовки студентов (учащихся) с целью предотвращения выпуска специалистов, не соответствующих установленным требованиям.

5.1.1.1.2 Методики проведения контроля знаний, умений и компетенций студентов, учащихся промежуточной и итоговой аттестации, контролируемые показатели и нормативы, периодичность мероприятий, лица, осуществляющие контроль (аттестацию), определяются соответствующими учебными планами специальностей, программами учебных дисциплин, документами СМК БГТУ.

5.1.1.1.3 Студент (учащийся) может быть признан неуспевающим в следующих случаях:

- по результатам текущих проверок;
- по результатам промежуточной аттестации (зачетов, экзаменов);
- по результатам сдачи курсовых проектов (работ);
- по результатам прохождения практик;
- по результатам контрольных срезов знаний в период государственной аттестации университета или аккредитации специальностей;
- по итогам государственного экзамена по специальности;
- по итогам защиты дипломного проекта (работы).

5.1.1.1.4 Кроме того, несоответствиями при осуществлении образовательного процесса являются несоответствия в квалификации ППС, нарушение графика образовательного процесса, несоответствие учебных планов образовательным стандартам Республики Беларусь, несогласованность типовых, базовых и учебных программ, отсутствие либо неполная обеспеченность учебно-методической литературой по читаемым учебным дисциплинам и др.

5.1.1.2 Выявление несоответствий в научно-исследовательской и инновационной деятельности

5.1.1.2.1 Несоответствия при осуществлении научных исследований и разработок могут возникать вследствие ошибок, допущенных при формировании программ НИР, выделении необходимых ресурсов, по вине исполнителей, участвующих в НИР.

5.1.1.2.2 Несоответствия в бюджетных и хоздоговорных НИР могут быть выявлены при проведении следующих видов контроля:

- научным руководителем работ;
- экспертными комиссиями;
- организациями-заказчиками научных исследований и разработок.

5.1.1.2.3 При осуществлении процесса научно-исследовательской и

инновационной деятельности несоответствиями являются получение отрицательных отзывов заказчика НИР, несоответствия компетентности научных работников и ППС, низкий научный уровень НИР, низкий уровень НИР студентов и др.

5.1.1.3 Выявление несоответствий в воспитательной работе

5.1.1.3.1 При осуществлении воспитательной работы несоответствия могут быть выявлены в следующем:

- в документальном и методическом обеспечении воспитательной работы;
- в планово-отчетной документации и др.

5.1.1.3.2 Несоответствиями являются случаи нарушения правил внутреннего распорядка, норм общественной морали и др.

5.1.1.4 Регистрация и идентификация несоответствий

5.1.1.4.1 При выявлении несоответствия в результате проведения внутренних и внешних аудитов должен быть составлен протокол несоответствия (ДП 4.2-2018, Приложение Г), в котором отражаются свидетельство аудита, вид и содержание несоответствия.

5.1.1.4.2 Идентификация несоответствий осуществляется аудиторами совместно с руководителями аудируемых подразделений.

5.1.1.4.3 При выявлении несоответствия в результате иных внутренних и внешних проверок, при мониторинге и анализе процессов должен быть составлен отчет, справка или иной документ (запись) о результатах проверки, мониторинге, анализе, в котором должны быть отражены содержание несоответствия и свидетельство, на основании которого было принято решение о наличии несоответствия.

5.1.1.4.4 Идентификация несоответствий осуществляется проверяющим, руководителем СП (ОСП), владельцем процесса.

5.1.1.5 Анализ причин возникновения несоответствий

5.1.1.5.1 Анализ причин несоответствий проводится руководителями СП (ОСП) и (или) представителем руководства по качеству.

5.1.1.5.2 Анализ причин возникновения несоответствий может быть осуществлен в виде отчета, справки, записки (докладной, служебной или объяснительной) или записи другого характера за подписью проанализировавшего лица. В случаях, если несоответствия и причины их возникновения ясны, не вызывают сомнения и двусмысленного толкования письменный анализ может не проводиться.

5.1.1.5.3 Несоответствия и причины их возникновения могут быть рассмотрены на совещании сотрудников СП (ОСП), в которых они были выявлены (например, на заседании кафедры, Совете факультета, Совете университета, Совете филиала, совещании в других СП и ОСП и др.).

5.1.1.6 Определение необходимых корректирующих действий по устранению несоответствий

5.1.1.6.1 Предпринимаемые действия (коррекция, КД) должны быть адекватны важности проблем и направлены на исключение повторения несоответствия.

БГТУ	Документированная процедура НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.4-2018
------	--	-------------

5.1.1.6.2 Посредством коррекции устраняются незначительные несоответствия, не требующие выявления причин несоответствия.

5.1.1.6.3 По результатам анализа причин возникновения несоответствий должны быть определены КД по устранению выявленных несоответствий.

5.1.1.6.4 Определение КД проводится в соответствии с п. 5.1.2 настоящей процедуры руководителями СП (ОСП) и (или) представителем руководства по качеству.

5.1.1.7 Устранение несоответствий

5.1.1.7.1 Выявленное несоответствие должно быть устранено в назначенный срок.

5.1.1.7.2 Ответственным за устранение несоответствий является руководитель СП (ОСП) или лицо, назначенное руководителем СП (ОСП), представителем руководства по качеству.

5.1.1.8 Проверка выполнения и оценка эффективности корректирующих действий

5.1.1.8.1 При выявлении несоответствия в результате проведения внутренних и внешних аудитов проверка выполнения КД производится руководителем группы по аудиту и (или) членами группы по аудиту при внутреннем аудите и организацией, осуществляющей аудит, – при внешнем.

5.1.1.8.2 При выявлении несоответствия в результате иных внутренних и внешних проверок, при мониторинге и анализе процессов проверка выполнения КД производится аудитором, владельцем процесса, представителем руководства по качеству.

5.1.1.8.3 Оперативная оценка эффективности КД осуществляется внутренними аудиторами, владельцами процессов, представителем руководства по качеству.

5.1.1.8.4 Эффективность КД, принимаемых по результатам внутренних и внешних аудитов, оценивается аудиторами при проведении последующего аудита.

5.1.1.8.5 Заключительная оценка эффективности КД приводится в отчете по анализу СМК руководством.

5.1.1.9 Разработка предупреждающих действий

5.1.1.9.1 Разработка ПД для устранения причин возникновения потенциальных несоответствий или другой потенциально нежелательной ситуации производится в соответствии п. 5.1.3 настоящей процедуры.

5.1.2 Управление корректирующими действиями

5.1.2.1 Анализ несоответствий и причин их возникновения

5.1.2.1.1 Все выявленные и зарегистрированные несоответствия должны быть рассмотрены и проанализированы. Кроме того, должны быть установлены причины возникновения дынных несоответствий. Причем причин возникновения одного несоответствия может быть несколько, в то время, как и одна причина может привести к нескольким несоответствиям.

5.1.2.1.2 Анализ несоответствий и причин их возникновения может быть

БГТУ	Документированная процедура НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.4-2018
------	--	-------------

осуществлен в виде отчета, справки, записки (докладной, служебной или объяснительной) или записи другого характера за подписью проанализировавшего лица. В случаях, если несоответствия и причины их возникновения ясны, не вызывают сомнения и двусмысленного толкования письменный анализ может не проводиться.

5.1.2.1.3 Анализ несоответствий и причин их возникновения проводится представителем руководства по качеству, владельцами процессов, руководителями СП и (или) лицами, ответственными за деятельность, в результате которой были выявлены несоответствия.

5.1.2.2 Определение корректирующих действий по устранению несоответствий

5.1.2.2.1 По результатам причин возникновения несоответствий определяются необходимые КД.

5.1.2.2.2 На одну причину несоответствия может быть разработано несколько КД, в тоже время как на несколько причин несоответствий – одно КД.

5.1.2.2.3 Определение КД по устранению несоответствий осуществляют лица, ответственные за деятельность, в результате которой были выявлены несоответствия и (или) руководитель СП или ОСП при участии владельцев процесса и (или) представителя руководства по качеству.

5.1.2.2.4 Определение и принятие КД может осуществляться на Совете университета, ректорате, Советах факультетов, заседаниях кафедр и других совещаниях в СП, ОСП.

5.1.2.2.5 КД могут быть отражены в постановлении совета (Совета университета, Совета факультета и др., Совета колледжа, педагогического совета), в протоколе заседания кафедры (заседания цикловой комиссии), в распоряжении, приказе, в протоколе несоответствия при проведении ВА и в другом документе (записи), в котором отражены срок и ответственный за осуществление КД.

5.1.2.2.6 Предпринимаемые КД должны быть адекватны важности проблемы и направлены на исключение повторного возникновения данных несоответствий.

5.1.2.2.7 Устанавливая порядок осуществления при нескольких КД, следует исходить из принципа их незамедлительного принятия в отношении несоответствий, возникающих вследствие причин, угрожающих здоровью и безопасности, влекущих за собой большие издержки для университета, несущих систематический характер.

5.1.2.3 Осуществление корректирующих действий

5.1.2.3.1 КД должно быть осуществлено в назначенный срок и (или) согласно утвержденному плану КД.

5.1.2.3.2 Ответственным за осуществления КД является руководитель СП (ОСП) или лицо, назначенное руководителем СП (ОСП), представителем руководства по качеству.

5.1.2.4 Проверка выполнения корректирующих действий и оценка их эффективности

5.1.2.4.1 Проверка выполнения КД осуществляется аудитором, проверяющим, представителем руководства по качеству и (или) владельцем процесса с соответствующей отметкой об устранении несоответствий (выполнении КД) в установленных записях.

5.1.2.4.2 Оперативная оценка эффективности КД осуществляется внутренними аудиторами, владельцами процессов, представителем руководства по качеству.

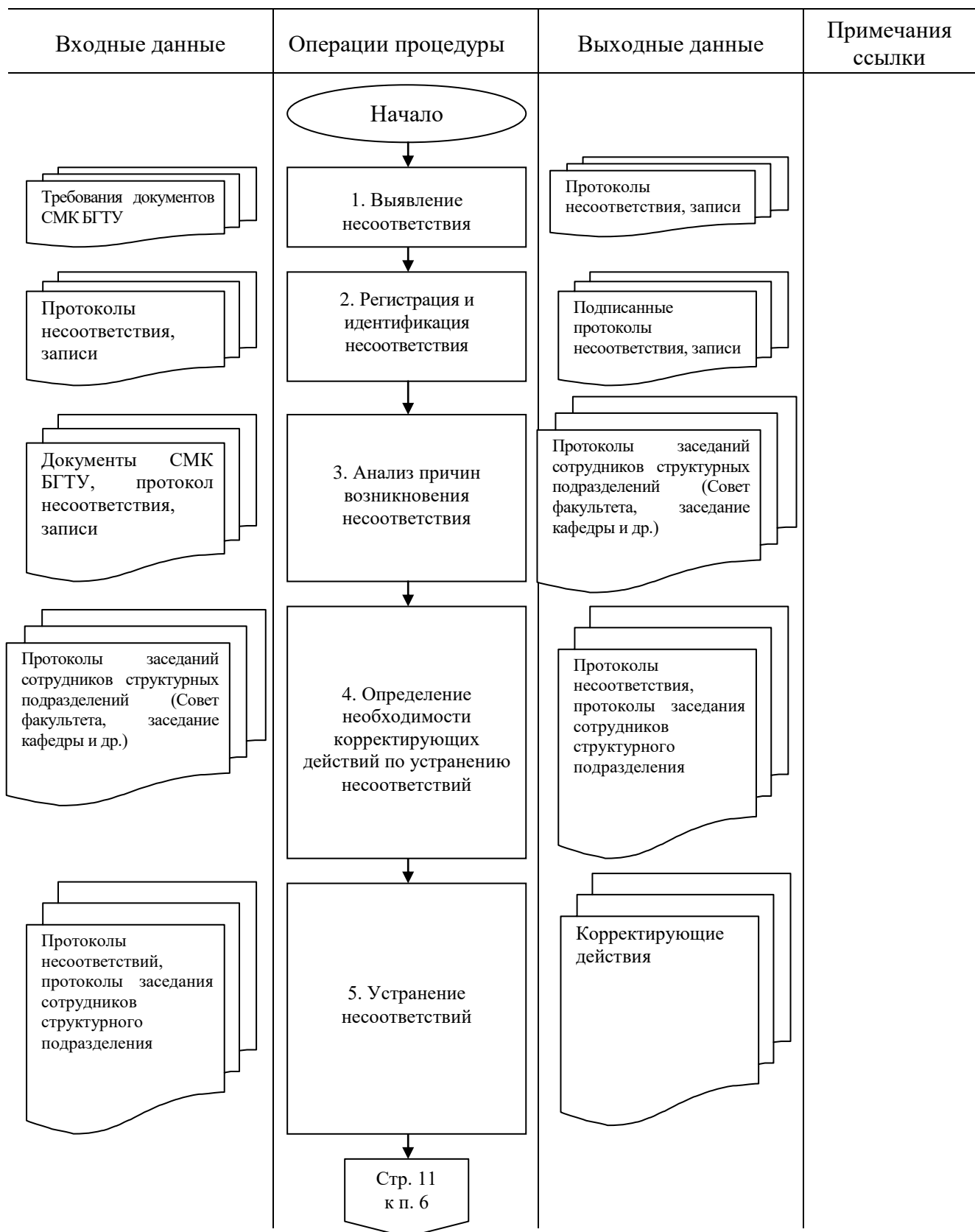
5.1.2.4.3 Контроль выполнения и оценка эффективности КД могут быть осуществлены на советах (Совете университета, Советах факультетов и др.), заседаниях кафедр, совещаниях СП (ОСП).

5.1.2.4.4 Эффективность КД, принимаемых по результатам внутренних и внешних аудитов, оценивается внутренними аудиторами при проведении последующего аудита.

5.1.2.4.5 Заключительная оценка эффективности КД приводится в отчете по анализу СМК руководством.

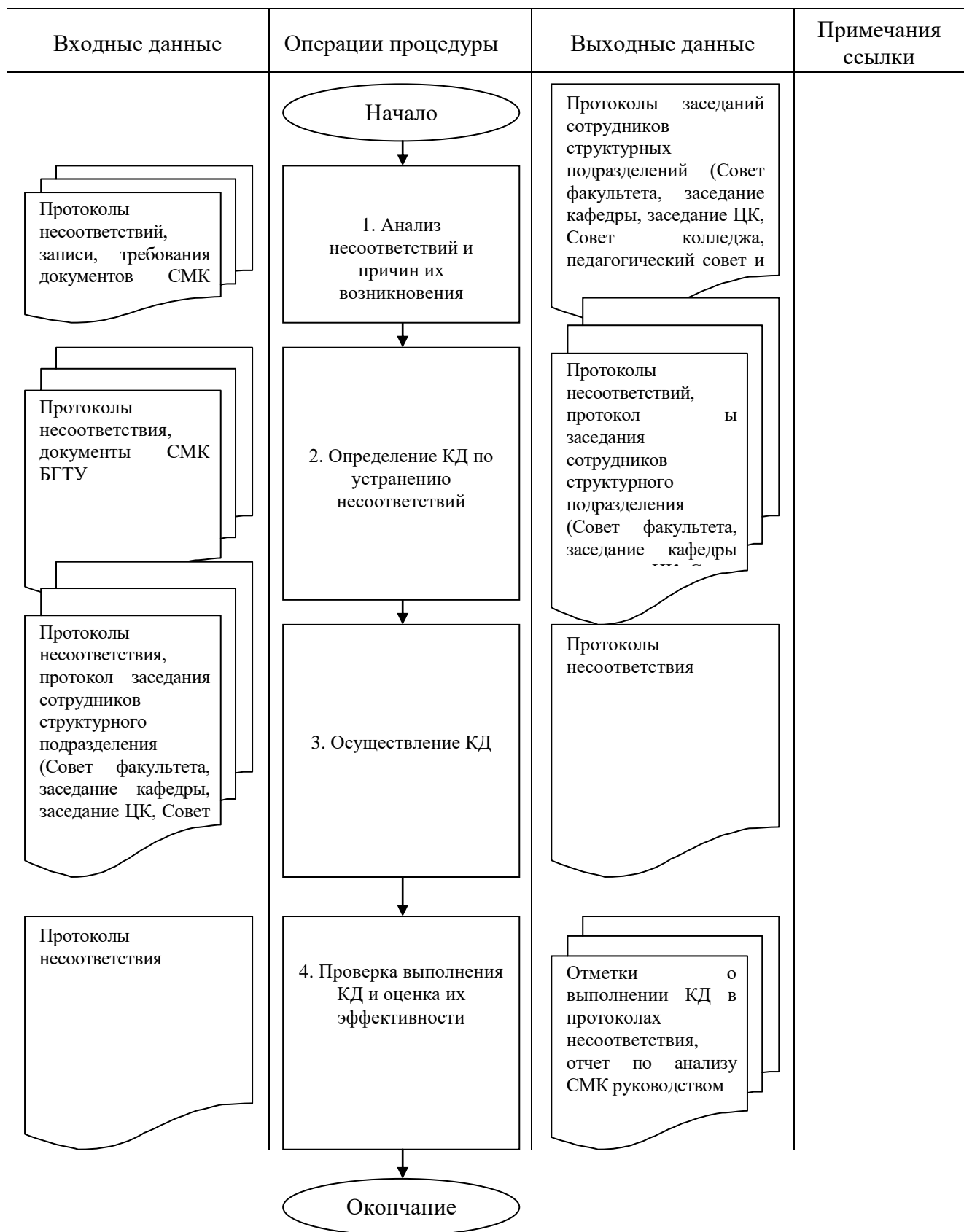
5.2 Схема последовательности выполнения работ

5.2.1 Схема последовательности выполнения работ по управлению несоответствиями



Входные данные	Операции процедуры	Выходные данные	Примечания ссылки
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Протоколы несоответствий, требования документов СМК БГТУ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Отчеты по внутреннему аудиту, протоколы несоответствий, протоколы заседания сотрудников структурного подразделения </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Стр. 10 от п. 5 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> 6. Проверка выполнения и оценка эффективности корректирующих действий </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> 9. Анализ корректирующих действий </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Окончание </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Отметки о выполнении КД в протоколах несоответствия </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> Анализ СМК высшим руководством </div>	

5.2.2 Схема последовательности выполнения работ по управлению корректирующими действиями



БГТУ	Документированная процедура НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.4-2018
-------------	--	--------------------

5.3 Полномочия и ответственность

5.3.1 Ответственность в рамках данной процедуры и распределение полномочий представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Матрица распределения ответственности и полномочий

Вид деятельности	Должностное лицо				
	Ректор	Представитель руководства по качеству	Владелец процесса	Аудитор, проверяющий	Руководитель СП, ОСП
Выявление несоответствий		Р	О	И	
Регистрация и идентификация несоответствий		Р	О	И	
Анализ причин возникновения несоответствий		Р	О		И
Определение необходимых КД по устранению несоответствий		Р	О		И
Устранение несоответствий			Р		И
Проверка выполнения и оценка эффективности КД	Р	О	И	И	
Управление КД					
Анализ несоответствий и причин их возникновения		Р	О		И
Определение КД по устранению несоответствий		Р	О		И
Осуществление КД			Р		И
Проверка выполнения КД и оценка их эффективности	Р	О	И	И	

Примечание: Р – руководитель; О – ответственный исполнитель; И – исполнитель

6 ЗАПИСИ

Наименование записи	Форма записи	Ответственный за ведение	Место и срок хранения
Протокол несоответствия	ДП 4.2-2018, Приложение Г	Руководитель группы по аудиту	Сектор менеджмента качества и мониторинга образования, АП, 3 года

БГТУ	Документированная процедура НЕСООТВЕТСТВИЯ И КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	ДП 4.4-2018
-------------	--	--------------------

Приложение А

Знания

Наименования знания	Место хранения	Ответственный за пополнение и хранение	Кому предоставляется доступ к знанию	Порядок актуализации
Протокол несоответствия	СМКиМО (оригинал), СП (дубликат)	Внутренний аудитор, СМКиМО	Всем сотрудникам	По мере необходимости
Аспект для улучшения	СМКиМО (оригинал), СП (дубликат)	Внутренний аудитор, СМКиМО	Всем сотрудникам	По мере необходимости

