

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ,
МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ**

(ЛП №6 від 30.11.2011р. розпорядження №92/роз від 30.11.2011р.)

Наказ від 13.05.2013 №157/од

Національний авіаційний університет



**Система менеджменту якості
Документована процедура
КОРИГУВАЛЬНІ ДІЇ**

СМЯ НАУ ДП 8.5.2 – 01 – 2008

(ЛП №6 від 30.11.2011р. розпорядження №92/роз від 30.11.2011р.)

Київ 2008

	Система менеджменту якості Документована процедура КОРИГУВАЛЬНІ ДІЇ	Шифр документа	СМЯ НАУ ДП 8.5.2 – 01 – 2008
		стор. 2 з 11	

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА РОЗРОБКУ
Керівник СМЯПФ

УЗГОДЖЕНО
Представник вищого керівництва з якості

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом ректора
від 03 липня 2008 року № 147/01/од

РІВЕНЬ ДОКУМЕНТА – 1
ПЛАНОВИЙ ТЕРМІН МІЖ РЕВІЗІЯМИ – 1 рік

Врахований примірник

Україна
03058 Київ 58
пр. Космонавта Комарова, 1
Тел. +38 044 497 51 51
Факс +38 044 408 30 27
E-mail post@nau.edu.ua
[http: //www.nau.edu.ua](http://www.nau.edu.ua)

	Система менеджменту якості Документована процедура КОРИГУВАЛЬНІ ДІЇ	Шифр документа	СМЯ НАУ ДП 8.5.2 – 01 – 2008
		стор. 3 з 11	

ЗМІСТ

1 ПРИЗНАЧЕННЯ.....	4
2 СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ	4
3 ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	4
4 ОПИС	4
4.1 Загальні положення.....	4
4.2 Джерела інформації і реєстрації	4
4.3 Аналіз невідповідностей.....	5
4.4 Коригувальні дії.....	5
5 ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ	6
6 ПОСИЛАННЯ.....	Ошибка! Закладка не определена.

	Система менеджменту якості Документована процедура КОРИГУВАЛЬНІ ДІЇ	Шифр документа	СМЯ НАУ ДП 8.5.2 – 01 – 2008
		стор. 4 з 11	

1 ПРИЗНАЧЕННЯ

Ця документована процедура встановлює порядок і визначення заходів для проведення коригувальних дій щодо усунення причин виявлених невідповідностей.

2 СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ

Всі структурні підрозділи університету, що задіяні у процесах освітньої та наукової діяльності, процесах менеджменту та забезпечувальних процесах.

3 ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Терміни та визначення відповідно до стандарту ISO 9000:2005 та довідкової інформації, що наведена в Настанові з якості (СМЯ НАУ НЯ – 01 – 2008).

4 ОПИС

4.1 Загальні положення

4.1.1 Коригувальні дії розробляються та виконуються в підрозділах університету для усунення причин невідповідностей, які виникли, з метою запобігання їх повторного виникнення.

4.1.2 Підставою для розроблення коригувальних дій є протоколи виявлення невідповідностей (картки невідповідності, зауваження і пропозиції замовників, інша інформація тощо).

4.1.3 Розроблення і проведення коригувальних дій передбачає рішення таких питань:

- визначення основних джерел інформації і реєстрації, необхідних для аналізу і усунення причин невідповідностей;
- аналіз претензій споживачів (замовників), а також виявлених невідповідностей освітніх і наукових послуг, процесів системи менеджменту якості;
- дослідження і аналіз причин невідповідності освітньої та наукової послуги, процесів системи менеджменту якості;
- розробка коригувальних дій, необхідних для усунення причин невідповідностей;
- реалізація коригувальних дій і здійснення контролю з метою забезпечення ефективного їх виконання;
- реєстрація результатів виконаних коригувальних дій;
- оцінка ефективності проведених коригувальних дій.

4.1.4 Показником результативності процесу “Коригувальні дії” є відсоток виконання планових завдань, пов’язаних з повним та якісним виконанням вимог щодо дій згідно з п. 4.1.3. Критерієм результативності є умови, за яких числове значення показника не менше критичного рівня, що визначається за узгодженням з представником вищого керівництва з якості та з сектором СМЯПФ з урахуванням важливості процесів та ступеню їхнього впливу на освітню і наукову діяльність. Для процесу “Коригувальні дії” прийнято критичний рівень результативності 95 відсотків. Процес “Коригувальні дії” є результативним, якщо числові значення показника відповідають критерію.

4.2 Джерела інформації і реєстрації

4.2.1 Виявлені невідповідності містять інформацію про відхилення в СМЯ, недотримання встановлених документацією норм та інших відхилень. Основними джерелами інформації для реєстрації невідповідностей вважаються:

	Система менеджменту якості Документована процедура КОРИГУВАЛЬНІ ДІЇ	Шифр документа	СМЯ НАУ ДП 8.5.2 – 01 – 2008
		стор. 5 з 11	

– протоколи (згідно з СМЯ НАУ НЯ – 01 – 2008 та СМЯ НАУ ДП 4.2.4 - 01– 2008); **ЛП №5 від 27.08.09 розпорядження №53/роз 02.09.09**

– зауваження і пропозиції замовників (згідно з п. 8.2.1 СМЯ НАУ НЯ – 01 – 2008);
– звіти внутрішніх і зовнішніх аудитів (згідно з п. 8.2.2 СМЯ НАУ НЯ – 01 – 2008 та СМЯ НАУ ДП 8.2.2 – 01 - 2008) **ЛП №5 від 27.08.09 розпорядження №53/роз 02.09.09**;

– звіти про аналіз роботи з замовниками (згідно з п. 8.2.1 СМЯ НАУ НЯ – 01 – 2008 та СМЯ НАУ П ~~НВ~~ 03.01 - 01– 2008); **ЛП №5 від 27.08.09 розпорядження №53/роз 02.09.09**

– інші види і джерела інформації, які стосуються функціонування СМЯ.

4.2.2 Вся інформація, яка надходить, документується, реєструється і доводиться до відома керівників підрозділів, знаходиться на контролі у представника вищого керівництва з якості.

4.3 Аналіз невідповідностей

4.3.1 У залежності від виду невідповідності та можливих наслідків, вона може розглядатися:

– індивідуально керівниками структурних підрозділів сумісно з аудиторами та відділом менеджменту якості;

– на нарадах, засіданнях Ради з якості університету (Комісії з якості інституту).

4.3.2 Обов'язковий аналіз визначено для таких видів невідповідностей:

– невідповідність в організації та проведенні навчального процесу на рівнях кафедри та факультету (розглядає кафедра та Комісія з якості інституту);

– невідповідність навчального процесу очікуванням споживачів (замовників) в цілому (розглядає Рада з якості університету);

– невідповідність в організації та проведенні наукових досліджень;

– недосягнення Цілей університету в сфері якості розглядає та аналізує вище керівництво університету.

4.3.3 У рамках аналізу причин невідповідностей можуть розглядатися об'єкти, що визначені у документованій процедурі “Управління невідповідною продукцією” (п.4.5.1 СМЯ НАУ ДП 8.3 - 01 – 2008). **ЛП №5 від 27.08.09 розпорядження №53/роз 02.09.09**

4.4 Коригувальні дії

4.4.1 Якщо невідповідність була виявлена під час внутрішнього аудиту, порядок визначення, розробки, реєстрації коригувальних дій визначається згідно з СМЯ НАУ ДП 8.2.2 - 01– 2008. **ЛП №5 від 27.08.09 розпорядження №53/роз 02.09.09**

В інших випадках прийняті коригувальні дії оформляють в журналі (~~Ф 8.5.2 – 01 згідно з Реєстром форм СМЯ НАУ РФ 4.2.3 – 2008~~) (Ф 03.02 – 10 згідно з Реєстром форм СМЯ НАУ РФ 03.02 – 01 – 2008 02 – 2010) (**ЛП №5 від 27.08.09 розпорядження №53/роз 02.09.09**), (**ЛП №6 від 30.11.2011р. розпорядження №92/роз від 30.11.2011р.**).

У встановлений термін (після закінчення планового або позачергового внутрішнього аудиту СМЯ) представник вищого керівництва з якості (керівник сектору менеджменту якості підготовки фахівців) перевіряє виконання коригувальних дій та їхню ефективність та робить позначку про їх виконання.

4.4.2 У разі невиконання коригувальних дій керівник сектору менеджменту якості підготовки фахівців повідомляє про це представника вищого керівництва з якості, який проводить аналіз причин невиконання. Причинами невиконання коригувальних дій можуть бути:

	Система менеджменту якості Документована процедура КОРИГУВАЛЬНІ ДІЇ	Шифр документа	СМЯ НАУ ДП 8.5.2 – 01 – 2008
		стор. 6 з 11	

- неправильні дії або бездіяльність персоналу;
- неможливість виконання визначених коригувальних дій;
- неможливість виконання визначених коригувальних дій в заданий термін.

В залежності від причини невиконання коригувальних дій представником вищого керівництва з якості приймається рішення стосовно:

- роботи з персоналом;
- додаткового аналізу та заміни коригувальних і запобіжних дій;
- визначення нових термінів виконання коригувальних дій.

4.4.3 У разі виконання коригувальних дій представником вищого керівництва з якості проводиться аналіз ефективності дій, які були реалізовані.

4.4.4 При невиконанні, неналежному виконанні або неефективності встановлених дій, останні переглядаються відповідальним за процес, і розробляються нові дії або продовжується термін виконання дій.

Якщо в разі перегляду дій, визначається неможливість виконання робіт на рівні відповідного керівника, інформація передається на розгляд вищому керівництву для прийняття рішень.

4.4.5 Інформація про виконання коригувальних дій надається вищому керівництву для використання в аналізі СМЯ керівництвом.

5 ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

Відповідальним за процес “Коригувальні дії” та актуалізацію процедури є представник вищого керівництва з якості (проректор з навчальної роботи).

	Система менеджменту якості Документована процедура КОРИГУВАЛЬНІ ДІЇ	Шифр документа	СМЯ НАУ ДП 8.5.2 – 01 – 2008
		стор. 7 з 11	

6 ПОСИЛАННЯ

ISO 9000:2005	Системи менеджменту якості.
	Основні положення та словник
СМЯ НАУ НЯ – 01 – 2008	Системи менеджменту якості.
	Настанова з якості
СМЯ НАУ ДП 8.2.2 – 01– 2008	Система менеджменту якості. Документована процедура.
	Порядок проведення внутрішніх аудитів
СМЯ НАУ П 03.01 – 01 – 2008	Системи менеджменту якості.
	Положення про навчальний відділ
СМЯ НАУ РФ 03.02– 01–2008 <u>02-2010</u>	Системи менеджменту якості.
(ЛП №6 від 30.11.2011р. розпорядження №92/роз від 30.11.2011р.)	Реєстр форм
Ф <u>03.02 – 10</u>	Журнал обліку невідповідностей, коригувальних і запобіжних дій
ЛП №5 від 27.08.09 розпорядження №53/роз 02.09.09 (замінено ПОСИЛАННЯ)	

