

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 1 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

ПРИНЯТО

Ученым советом
 ФГБОУ ВО «СГУВТ»

Протокол № 9 от 17.05.2021 г.

УТВЕРЖДАЮ

Ректор
 ФГБОУ ВО «СГУВТ»

_____ Т.И. Зайко
 «17» мая 2021 г.

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

Настоящий стандарт не подлежит воспроизведению, полному или частичному, без письменного разрешения Ректора Университета

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 2 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ	3
УЧЕТ ЭКЗЕМПЛЯРОВ	4
1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	4
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
3 ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
3.1 Определения	5
3.2 Обозначения и сокращения	5
4 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	6
5 ТРЕБОВАНИЯ	7
5.1 Входные данные	7
5.2 Описание процесса	8
5.3 Выходные данные процесса	14
5.4 Анализ, измерение и мониторинг процесса	15

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 3 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

	Должность	Ф.И.О.	Дата, подпись
Разработал	Директор ИМА	Мочалин К.С.	

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Должность	Ф.И.О.	Дата, подпись
Проректор по КП,ПРиЦТ	Глушец В.А.	

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 4 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

УЧЕТ ЭКЗЕМПЛЯРОВ

С актуальной версией данного документа можно ознакомиться на страничке официального сайта (<http://smk.ssuwt.ru>) с любого компьютера, подключенного к внутренней сети Университета. Допускается распечатка копий данного документа или его отдельных разделов с указанного сайта для справочного использования.

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящий стандарт устанавливает порядок планирования, выполнения и оценки результативности предпринятых корректирующих действий в ФГБОУ ВО «СГУВТ» (далее СГУВТ, либо университет) и проведении процессов, охватываемых СМК и ССК в университете (РК «Руководство по качеству»).

1.2 **Цель процесса** – обеспечить получение стабильного запланированного результата процесса или деятельности.

1.3 Корректирующие действия служат для повышения результативности СМК и её непрерывного улучшения. Информация о результативности КД является входными данными для анализа со стороны руководства.

1.4 КД предпринимаются для устранения причин обнаруженных несоответствий/НП в процессах и функциональной деятельности СГУВТ и предотвращения повторного их возникновения.

1.5 Стандарт определяет:

- источники данных для составления плана корректирующих действий;
- порядок выполнения корректирующих действий;
- критерии оценки результативности предпринятых корректирующих действий.

1.6 Положения настоящего стандарта обязательны для руководителей всех структурных подразделений СГУВТ.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем стандарте использованы следующие нормативные документы:

- ИСО 9000:2015 Система менеджмента качества. Основные положения и словарь.
- ИСО 9001:2015 Система менеджмента качества. Требования.
- ИСО 9004:2018 Менеджмент качества. Качество в организации. Руководство по достижению устойчивого успеха.
- ИСО 19011:2011 Система менеджмента качества. Рекомендации по проведению внутренних проверок системы менеджмента качества и/или системы экологического менеджмента.
- Федеральный закон от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Международная конвенция о подготовке и дипломировании моряков и несении вахты 1978 года (ПДНВ) с поправками (<http://smk.ssuwt.ru/pdnvtc>);
- Устав Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Сибирский государственный университет водного транспорта» (ред. от 03.04.2018), (<http://www.ssuwt.ru/sveden/document>);
- Локальными актами Университета, разработанными в соответствии с Уставом (http://smk.ssuwt.ru/normativnye_pologeniya).

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 6 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

ППС	–	профессорско-преподавательский состав;
ПРК	–	представитель руководства по качеству;
СМК	–	система менеджмента качества;
СТО	–	стандарт организации;
УМО	–	учебно-методический отдел;
УМС	–	учебно-методический совет;
УР	–	учебная работа;
ЦПО	–	центр дополнительного профессионального образования.

4 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

При выполнении требований данного стандарта ответственность распределяется следующим образом:

Ректор	<ul style="list-style-type: none"> – обеспечивает предоставление ресурсов для своевременного проведения КД; – принятие решений о необходимости проведения КД, а также ответственность за конечные результаты предпринятых действий (если решение принимается на ученом совете университета); – процессом руководит, и отвечает за конечный результат ректор университета; – издание приказа или распоряжения о КД, в котором отражены подразделения и должностные лица, ответственные за организацию и выполнение процесса.
Совет*	<ul style="list-style-type: none"> – принятие решений о необходимости проведения КД, а также ответственность за конечные результаты предпринятых действий (если решение принимается на УМС, то процессом руководит проректор по учебной работе; если на совете факультета – декан); – своевременность и качество принимаемых решений о выполнении КД; – организация выполнения КД; – сохранение целостности системы при принимаемых решениях.
Представитель руководства по качеству	<ul style="list-style-type: none"> – определение требований к процедуре проведения КД; – организацию выполнения требований настоящего стандарта всеми подразделениями СГУВТ и должностными лицами; – качество определения КД по результатам анализа функционирования СМК и согласование действий, разработанных подразделениями; – своевременность и качество подготовки решений по установлению и устранению причин несоответствий/НП; – сохранение целостности системы при принимаемых решениях.
Директор института «Морская	<ul style="list-style-type: none"> – разработку и поддержание в актуальном состоянии настоящего

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 7 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

академия»	стандарта; – проведение предварительной оценки результативности мероприятий по качеству; – обобщение информации о несоответствиях, НП, предложений по проведению мероприятий по качеству от подразделений и представление их на рассмотрение ПРК; – контроль выполнения КД подразделениями.
Владельцы процессов/ответственные за деятельность/руководители подразделений (руководители)	– выполнение требований настоящего стандарта подчиненным персоналом; – проведение анализа несоответствий/НП и установление причин их возникновения; – разработку и реализацию мероприятий по устранению несоответствий/НП и выполнению КД; – своевременность и качество выполнения КД; – организацию делопроизводства в подразделении, ведение записей, отчетность о выполнении мероприятий; – своевременное представление достоверных сведений об устранении несоответствий/НП и выполнении КД; – в случае обнаружения локального несоответствия внутри подразделения, корректирующими действиями руководит, и распределяет ответственность.

Ответственность за выполнение процесса представлена в матрице ответственности (таблица 5.2).

5 ТРЕБОВАНИЯ

5.1 Входные данные

Основанием для выполнения КД являются выявленные несоответствия.

Несоответствия выявляются:

- в результате комплексной оценки вуза Министерством образования и науки РФ на предмет лицензирования, аттестации и аккредитации вуза;
- в результате проведения внутренних и внешних аудитов на предмет соответствия требованиям СМК;
- в результате самопроверок работы факультетов, кафедр и структурных подразделений университета;
- в результате инспекционных проверок и заслушиваний учебных занятий;
- в результате анализа и мониторинга процессов (критерии изложены в СТО);
- в результате обнаружения несоответствий услуг, со стороны потребителей (студентов и их родителей, работодателей и других заинтересованных сторон);
- после анализа рекламаций со стороны сотрудников и студентов университета;
- в результате анкетирования студентов.

Входные данные и содержащие их документы изложены в таблице 5.1.

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 8 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

Таблица 5.1 – Входные данные процесса

Предшествующий процесс или внешний источник	Наименование содержащих документов	Ответственный за хранение и обработку
Взаимодействие с потребителями образовательных услуг (СТО)	Отзывы, жалобы, анкеты, рекламации, письма потребителей услуг, отчет по маркетингу	УМО, ИМА, деканаты
Управление документированной информацией (СТО)	СТО «Корректирующие действия»	ИМА, все подразделения в СМК
Рособрнадзор, Минтранс, Орган по сертификации СМК	Предписания проверяющих организаций, акты несоответствий	УМО, ИМА, деканаты, все подразделения в СМК и ССК
Внутренний аудит (СТО)	Листы несоответствий	ИМА, все подразделения в СМК и ССК
Анализ и мониторинг процессов	Отчеты о деятельности процессов, подразделений	ИМА, владельцы процессов, все подразделения в СМК и ССК

5.2 Описание процесса

5.2.1 Процедура выполнения КД включает в себя выполнение следующих действий:

- установление причин несоответствия;
- оценивание необходимости действий, позволяющих избежать повторения несоответствия;
- определение и осуществление необходимых действий;
- записи результатов предпринятых действий;
- анализ результативности предпринятых корректирующих действий.

Процедура проведения корректирующих действий по результатам проверок со стороны внешних органов проводится в соответствии с установленными требованиями проверяющих органов, но включает те же самые этапы:

- установление причин несоответствия;
- оценивание необходимости действий, позволяющих избежать повторения несоответствия;
- определение и осуществление необходимых действий;
- записи результатов предпринятых действий;
- анализ результативности предпринятых корректирующих действий.

Несоответствия, выявленные в результате комплексной оценки университета при лицензировании или аккредитации, отражены в постановлении комиссии Рособрнадзора. Для устранения несоответствий аттестационной комиссии Федерального агентства по надзору в сфере образования и науки в университете разрабатывается план мероприятий по их устранению, который принимается Ученым советом университета, и утверждается приказом ректора.

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 9 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

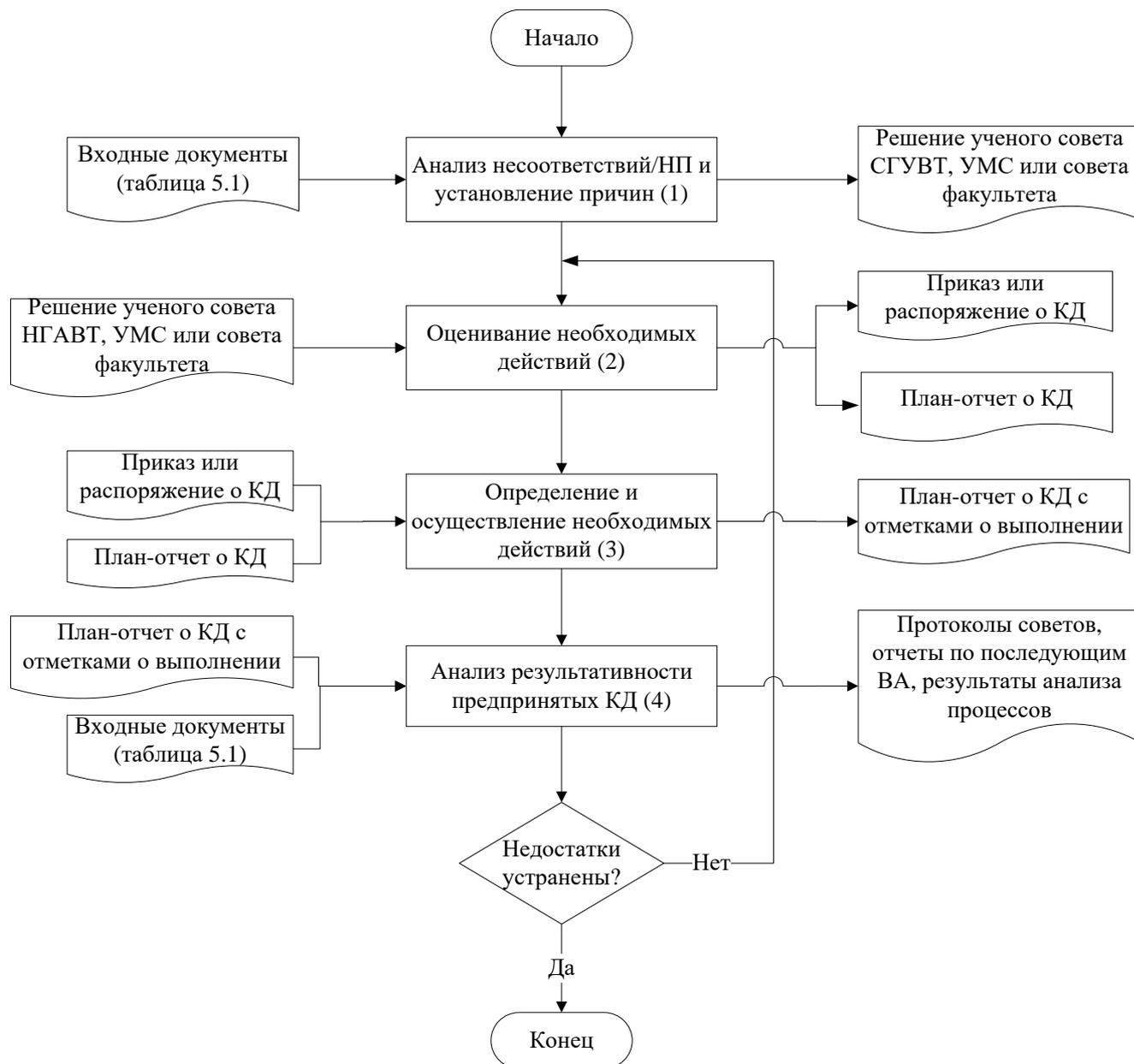


Рисунок 5.1 – Процедура выполнения КД

5.2.2 Описание этапов выполнения КД

Первый этап. Анализ несоответствий/НП и установление причин.

Управление несоответствиями начинается с анализа причины и места возникновения несоответствия (вид несоответствия, место и время возникновения, причина и т.д.). Анализ причин несоответствий проводится на всех уровнях и стадиях по мере выявления несоответствий. Проведение анализа несоответствий и причин их возникновения осуществляется, в зависимости от входных данных, руководителем отдела структурного подразделения, советом факультета, учебно-методическим советом или ученым советом университета.

Руководители:

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 10 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

- организуют сбор и проведение анализа информации по несоответствиям/НП в подчиненном подразделении;
 - проводят предварительное рассмотрение несоответствий/НП и их причин;
- Перед началом отработки несоответствия/НП руководитель анализирует выявленное несоответствие по следующим признакам:
- частота повторения (единичное, повторяющееся);
 - область распространения несоответствия (локальное – в пределах одной процедуры анализируемого процесса, местное – в пределах одного процесса, глобальное – распространяется на всю СМК);
 - влияние на конечное качество продукции (значительное, незначительное).

Несоответствие выполнения этапов процессов на уровне подразделений, выявленные в результате анализа и мониторинга процесса, относятся к локальным и решаются руководителем подразделения в рабочем порядке.

Несоответствия в работе подразделения (кафедры) или отдела, влияющие на работу факультета, рассматриваются на совете факультета. В случае затруднения в принятии решений – вопросы выносятся на УМС или на ученый совет СГУВТ.

При проведении анализа руководитель имеет право обратиться в любое подразделение СГУВТ и получить необходимую помощь.

При неоднократном возникновении несоответствия/НП и при оценке результативности процесса руководитель совместно с владельцем процесса проводят анализ несоответствия.

Установление первопричин возникновения несоответствий/НП производится на основании записей, а так же на основании статистических данных.

Для определения первопричины несоответствия/НП руководитель подразделения может произвести самостоятельный анализ ситуации, опросив мнения участников процесса, применить метод «мозгового штурма» с причастными коллегами, обсудить вопрос методом творческих дискуссий.

В сложных случаях, связанных со значительными рисками и затратами, изучение и установление первопричин возникновения несоответствий/НП, относящихся к продукции, процессам СГУВТ и/или СМК в целом, проводится на совещаниях под руководством ректора.

Второй этап. Оценивание необходимости действий.

После анализа и определения причины несоответствия/НП рассматривается необходимость привлечения вышестоящих руководителей и распределение ответственности за устранение несоответствий и причин возникновения несоответствий, определение необходимых ресурсов.

Далее рассматриваются варианты устранения несоответствия/НП по различным сценариям с применением коррекции, КД.

После проведенного анализа издается приказ ректора или распоряжение (руководство СГУВТ) о мерах по возможному устранению (коррекции) и мероприятиях по устранению причин несоответствий, с указанием ответственных за их выполнение и сроки. Если указания о КД содержатся непосредственно в постановляющей части решения ученого совета, разработка приказа не обязательна, решение ученого совета имеет силу приказа по университету.

Третий этап. Определение и осуществление необходимых действий.

Основным критерием выбора наилучшего варианта КД является способность предотвратить или свести к минимуму случаи повторного возникновения причин несоответствия/НП с оптимальным привлечением ресурсов, соответствующих степени возможных последствий

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 11 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

несоответствий/НП.

В случае выявления нескольких причин у выявленного несоответствия/НП они анализируются на предмет степени влияния и возможности устранения несоответствий/НП.

КД могут быть следующими:

- корректировка документации СМК;
- корректировка полномочий и ответственности;
- повышение квалификации персонала, замена кадрового состава, дополнительная подготовка кадров в области качества;
- изменение процессов, изменение методов работы;
- изменение методик измерения и контроля параметров продукции и процессов;
- изменения в распределении ресурсов;
- выделение дополнительных средств на обновление оборудования, технологической оснастки, измерительной базы и др.;
- санкции в отношении работников, допустивших нарушение правил выполнения работ, процесса, дисциплины и др.

Корректирующие действия подразделяются по срокам их выполнения на два вида:

- текущие КД – меры оперативного характера, разрабатываемые на срок не более одного года;
- перспективные КД – меры, планируемые на срок более года, которые заносят в соответствующий план.

Если требуется (указано в приказе, распоряжении или решении совета) ответственное подразделение или отдел разрабатывает план корректирующих действий.

План должен в полной мере реализовывать требование приказа или распоряжения относительно результативности и установленных сроков (**Приложение А**). Проект плана корректирующих действий предварительно согласуется с руководителем, который несет общую ответственность за исполнение приказа или решения совета, а также с руководителями подразделений, вовлеченных в процесс и с другими заинтересованными лицами. Сроки выполнения КД должны соответствовать фактическим возможностям их выполнения (с учетом трудоемкости и требуемых ресурсов). Не допускается устанавливать необоснованно завышенные сроки КД.

Если составление плана не требуется, корректирующие действия выполняются согласно иным документам, в которых изложены достаточные мероприятия (в содержании листов несоответствий, приказов, распоряжений, решений советов).

Ответственные подразделения реализуют корректирующие действия в соответствии с утвержденным планом или содержанием листов несоответствий, приказов, решений советов.

Контроль выполнения КД проводят руководители ответственных подразделений и соответствующих процессов. Ответственность указана в приказе или решении совета. Контроль КД, направленных на устранение несоответствий, выявленных в результате ВА, осуществляет УКПиДПО. При этом в зависимости от важности несоответствия, может проводиться дополнительный контроль со стороны руководства СГУВТ. После завершения КД руководитель ответственного подразделения заполняет план-отчет о КД (**Приложение А**). В любом случае план-отчет по КД должен быть представлен в УКПиДПО в сроки, указанные в нем.

В случае невозможности выполнения КД в установленные сроки, руководитель подразделения указывает в плане-отчете причины невыполнения, и предлагает новые сроки выполнения.

Четвертый этап. Анализ результативности предпринятых корректирующих действий.

Анализ проводится на основании тех же входных данных и документов, которые показа-

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 12 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

ли наличие несоответствия в процессе. Сроки и порядок анализа результативности устанавливаются решением совета, приказом или распоряжением о корректирующих действиях, программой и планом внутренних аудитов или внеплановых аудитов иногда совместно с руководителем процесса и/или с привлечением компетентных внутренних или внешних специалистов, в зависимости от назначения процесса или этапа процесса. Оценить корректирующее действие возможно в результате:

- планового или внепланового внутреннего или внешнего аудита;
- последующего анализа оценки процессов;
- по ходу очередных плановых и внеплановых заслушиваний, отчетов о работе кафедр и подразделений;
- анализа разработанных документов и т.п.

После завершения оценки КД ответственный представитель руководство СГУВТ или факультета докладывает о выполнении КД на соответствующем совете (совете факультета, УМС или на Ученом совете университета) и/или непосредственному руководителю. Совет выносит решение, в котором отмечается степень достижения целей КД, и при необходимости указываются необходимые корректировки. Корректировки могут затрагивать:

- принимаемые меры по выполнению плана;
- изменение плана;
- выделение дополнительных ресурсов;
- перенос срока выполнения мероприятий.

Централизованный контроль выполнения планов КД в части несоответствия процессов, оговоренных в стандартах СМК, во всех подразделениях и службах университета осуществляет ИМА. В случае невыполнения какого-либо мероприятия в указанные сроки, выясняются причины, и докладываются ответственному за СМК представителю от руководства. Руководство СГУВТ совместно с директором ИМА и руководителем подразделения принимают соответствующее решение. За невыполнение КД и/или срыв сроков их выполнения по вине ответственного подразделения, возможно применение мер административного наказания.

КД считается результативным и достаточным, если причина несоответствия/НП устранена и несоответствие, на устранение причины которого было направлено действие, повторно не возникло. В противном случае, необходимо вернуться к шагу определения первопричины несоответствия/НП.

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 13 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

Таблица 5.2 – Корректирующие действия. Этапы процесса, делегирование полномочий, сроки выполнения

Наименование процесса	Сроки исполнения процессов	Ответственное подразделение	Ответственность за выполнение					
			Ректор	Деканы, начальники подразделений	Зав. кафедрой, ЦДПО	Начальник УМО	ППС, сотрудники подразделений	Директор ИМА
1 Анализ несоответствий/НП и установление причин	Устанавливаются по входным документам	Ректорат, деканаты, ИМА, руководитель СП	Р	Р,О,В	В	О	-	О
2 Оценивание необходимых действий	В соответствии с приказом или распоряжением	Отделы, подразделения	-	Р, О	О	О	В	О
3 Определение и осуществление необходимых действий	В соответствии с планом КД	Отделы, подразделения	-	Р, О	О	О	В	О
4 Анализ результативности предпринятых корректирующих действий	В соответствии со сроками поступления входных документов	Ректорат, деканаты, ИМА	Р	Р,О,В	В	О	-	О
Условные обозначения: Р – Руководит, принимает решения, несет ответственность за конечные результаты; О – Организует исполнение работ, готовит решения, несет ответственность за правильное и своевременное исполнение работ, подготовку решений; У – Принимает непосредственное участие в принятии решений; В – Осуществляет внедрение принятых решений в подчиненных подразделениях, несет ответственность за правильное и своевременное внедрение решений.								

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 14 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

5.2.3 Внесение изменений, учет и хранение документации

Изменение плана корректирующих действий должно быть оформлено документально по форме основного документа до истечения срока выполнения мероприятия, к которому принято изменение.

Изменение вводится в действие после согласования с руководителем, утвердившим основной документ.

Расылка изменений, учет, регистрация и хранение изменений в подразделениях СГУВТ, осуществляется в том же порядке, что и основной документ.

В подразделении, где разрабатываются планы КД, должны вестись учет хранения и регистрация этих документов в специальных журналах и папках по определенной форме (**СТО «Управление документированной информацией»**).

ИМА ведет централизованный учет, хранение и регистрацию отчетов по аудитам (**СТО «Внутренний аудит»**), планов-отчетов корректирующих действий, относящихся к несоответствиям в процессах СМК и ССК.

Места хранения документов по КД должны обеспечивать их сохранность и быстроту доступа.

Устанавливается следующий срок хранения документов по мерам корректирующих действий:

- Решение совета, приказы и распоряжения о КД в соответствии с установленными сроками хранения этих документов, но не менее срока реализации КД.
- План-отчет КД – 5 лет после окончания КД.

5.3 Выходные данные процесса

Таблица 5.3 – Выходные данные процесса

Последующий процесс или внешний потребитель	Наименование содержащих документов	Ответственный за хранение и обработку
Внутренний аудит (СТО)	Планы-отчеты о КД	ИМА
Анализ и мониторинг процессов	Отчеты о деятельности процессов, подразделений, Отчет о функционировании СМК	ИМА, владельцы процессов, подразделения в СМК и ССК
Внешние надзорные органы	Отчеты, планы-отчеты, письма	УМО, руководители подразделений
Потребитель	Отчеты, планы-отчеты, письма	УМО, деканаты, ИМА

Все перечисленные документы ведутся, и хранятся в подразделениях университета в соответствии с **СТО «Управление документированной информацией»**.

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 15 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

5.4 Анализ, измерение и мониторинг процесса

Таблица 5.4 – Критерии оценки процесса

Цель критерия	Единицы измерения	Методы контроля	Ответственный за анализ
Повторное выявление несоответствий	Ед.	Оценивается суммарным числом несоответствий в подразделениях (внутренние аудиты, внешние проверки, самопроверки, жалобы и рекламации и т.д)	Руководители подразделений, УМО, ИМА

Разработкой и оценкой критериев занимаются руководители ответственных подразделений с привлечением как внутренних, так и внешних специалистов.

ИМА регулярно проводит аудиторские проверки согласно «Плану аудитов» и анализирует процесс на соответствие настоящему стандарту. Проверяет, и анализирует обязательные записи по процессам в соответствии с **СТО «Управление документированной информацией»**.

ПРК проводит оценку выполнения процедуры 1 раз в год, обобщает результаты отчетов о результативности процессов в Отчете о функционировании СМК, и передает для анализа со стороны руководства.

	Система Менеджмента Качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	Шифр документа: СМК.СТО.ОП9-012-2021	Стр. 16 из 17
	Подразделение Институт «Морская академия»	Адрес: http://smk.ssuwt.ru/op_9	

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(рекомендуемое)

УТВЕРЖДАЮ

 (вышестоящий руководитель)
 « ____ » _____ 20__ г.

ПЛАН-ОТЧЕТ О ВЫПОЛНЕНИИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Подразделение: _____ № аудита _____ Дата: _____

Описание несоответствия	Номер пункта стандарта	Причина несоответствия	Корректирующие действия	Исполнитель	Срок исполнения. Отметка о выполнении (дата)	Оценка результативности мероприятия

Руководитель подразделения _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

СОГЛАСОВАНО:

Директор ИМА _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

 (наименование должности)

(подпись)

(Ф.И.О.)

