

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Донецький національний університет економіки і торгівлі**  
**імені Михайла Туган-Барановського**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Вченою радою ДонНУЕТ

Протокол № 12 від “28” 02 2020 р.

В. о. ректора ДонНУЕТ



\_\_\_\_\_ О.Б. Чернега

набуває чинності згідно з наказом ректора

№ 1/19 від “28” 02 2020 р.

**Система менеджменту якості**  
**СТАНДАРТ УНІВЕРСИТЕТУ**  
**“Коригувальні та запобіжні дії”**  
**СТУ ДонНУЕТ 02.02 - 04 - 2020**



## ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА РОЗРОБКУ

Керівник відділу інноваційних освітніх технологій

УЗГОДЖЕНО

Посада	Прізвище, ім'я, по-батькові	Підпис	Дата
Уповноважений представник керівництва з якості	Некисорєров С. Я.		28.02.2020

РІВЕНЬ ДОКУМЕНТА – 2

ПЛАНОВИЙ ТЕРМІН МІЖ РЕВІЗІЯМИ – 1 рік

Контрольний примірник



### Зміст

1	Сфера застосування	4
2	Нормативні посилання	4
3	Терміни та визначення	4
4	Позначення та скорочення	4
5	Основні положення	5
6	Матриця відповідальності	5
7	Мета, входи та результати процесу	6
8	Послідовність виконання процесу	8
9	Ризики	10
10	Моніторинг та поліпшення	10
11	Інші процедури менеджменту якості	10
	F STU 02.02-04-01	11



## 1 Сфера застосування

1.1 Цей стандарт Донецького національного університету економіки і торгівлі імені Михайла Туган-Барановського (далі ДонНУЕТ, Університет) встановлює правила усунення причин фактичних і потенційних невідповідностей у ході надання освітніх та науково-дослідних послуг для запобігання повторного їх виникнення, а також відповідальних осіб за здійснення цих дій.

1.2 Вимоги стандарту обов'язкові для усіх структурних підрозділів та співробітників Університету.

## 2 Нормативні посилання

В стандарті використовуються посилання на такі документи:

ISO 9001:2015 – Системи управління якістю. Вимоги.

Закон України “Про вищу освіту” <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.

## 3 Терміни та визначення

В стандарті використовуються такі терміни та визначення:

система управління якістю - система управління, яка спрямовує та контролює діяльність організації щодо якості;

політика в сфері якості - загальні наміри та спрямованість організації, пов'язані з якістю, офіційно сформульовані найвищим керівництвом;

інформація – значущі дані;

документ – інформація та її носій;

документація – комплект документів;

протокол, запис – документ, в якому наведено одержані результати чи докази виконаних робіт;

невідповідність - невиконання вимоги;

коригувальна дія - дія, що робиться з метою усунення причини виявленої невідповідності або іншої небажаної ситуації;

запобіжна дія - дія, що робиться з метою усунення причини потенційної невідповідності або інших небажаних ситуацій;

результативність - ступінь реалізації запланованої діяльності та досягнення запланованих результатів.

## 4 Позначення та скорочення

СТУ/STU - стандарт Університету

СМЯ - система менеджменту якості

УЯ - уповноважений представник керівництва з якості

СП - структурний підрозділ



УЯСП - уповноважений представник керівництва з якості структурного підрозділу

ВКА - відділ канцелярії та архіву

ВІОТ - відділ інноваційних освітніх технологій

ПІ - посадова інструкція

РІ - робоча інструкція

ПКЗ - план коригувальних заходів

## 5 Основні положення

5.1 Вимоги стандарту застосовуються до усіх процесів, які пов'язані з проведенням корегувальних та запобіжних дій в Університеті.

5.2 Керівник процесу призначається наказом ректора Університету. Керівник процесу координує діяльність щодо проведення корегувальних та запобіжних дій.

5.3 Керівник процесу уповноважений виставляти вимоги до входів процесу та їх показників, проводити аналіз, планувати заходи для поліпшення процесу, розробляти необхідні вимоги.

5.4 Керівник процесу несе відповідальність за менеджмент процесу (планування, управління, забезпечення, поліпшення, оцінку).

5.5 Права та обов'язки посадових осіб визначаються посадовими інструкціями та цим Положенням.

## 6 Матриця відповідальності

Процес та підпроцеси		Відповідальний (ВД) /виконавець (ВК)	Ректор ДонНУЕТ	УЯ ДонНУЕТ	УЯ СП	Співробітники СП	ВІОТ
			ВД				
Коригувальні та запобіжні дії / заходи	ДонНУЕТ	ВД					
	Структурний підрозділ			ВД			
Виявлення невідповідностей / можливих невідповідностей	ДонНУЕТ		ВД		ВК		ВК
	Структурний підрозділ			ВД ВК	ВК	ВК	ВК
Аналіз невідповідностей / можливих невідповідностей	ДонНУЕТ		ВД				ВК
	Структурний підрозділ			ВД	ВК		
Планування коригувальних та запобіжних дій / заходів	ДонНУЕТ			ВД			ВК



	Структурний підрозділ			ВД	ВК	
Узгодження коригувальних та запобіжних заходів	ДонНУЕТ					ВД
	Структурний підрозділ					ВД
Затвердження коригувальних та запобіжних заходів	ДонНУЕТ	ВД				
	Структурний підрозділ			ВД		
Здійснення коригувальних та запобіжних дій / заходів	ДонНУЕТ		ВД	ВК	ВК	
	Структурний підрозділ			ВД	ВК	
Аналіз коригувальних та запобіжних дій / заходів	ДонНУЕТ	ВД	ВК			
	Структурний підрозділ			ВД	ВК	
Оцінка результативності коригувальних та запобіжних дій / заходів	ДонНУЕТ	ВД	ВК			
	Структурний підрозділ			ВД		ВК

## 7 Мета, входи та результати процесу

Управління процесом здійснюється керівником процесу постійно, без втручання Уповноваженого представника з якості Університету.

### Інформаційна карта процесу “Коригувальні та запобіжні дії”

<b>Загальні відомості</b>		
<b>Керівник процесу</b>	Перший проректор	
<b>Призначення (мета) процесу</b>	Усунення причин фактичних і потенційних невідповідностей у ході надання освітніх та науково-дослідних послуг для запобігання повторного їх виникнення	
<b>Результати процесу та його споживачі</b>		
<b>Результат (вихід) процесу</b> (інформація або матеріальний об'єкт)	<b>Споживач результатів процесу</b> (інші процеси або структурні підрозділи)	<b>Вимоги споживачів до результатів процесу</b>



Дані про результативність коригувальних та запобіжних дій; внесені зміни у процеси ДонНУЕТ і документацію	Усі процеси та структурні підрозділи Університету	Відповідність вимогам СТУ “Управління документацією”
---	---	--

### Зовнішні постачальники та виходи процесу

<b>Вхід процесу</b> (інформація або матеріальний об'єкт)	<b>Постачальник процесу</b> (процес, структурний підрозділ)	<b>Вимоги до виходів процесу</b>
Інформація: Звіт про проведення внутрішнього та / або зовнішнього аудиту в структурному підрозділі ДонНУЕТ; Заяви і скарги громадян; Невідповідності, виявлені співробітниками в процесі роботи; Дані з моніторингу та вимірюванню процесів і результатів освітнього та науково-дослідного процесу (звіти за програмами розвитку, звіти по роботі підрозділу за певний період); Дані аналізу за видами діяльності (аналіз задоволеності споживачів освітніми послугами, тестування студентів, протоколи засідання Вченої ради ДонНУЕТ, вчених рад ННІ, результати самооцінки Університету та структурних підрозділів, пропозиції та зауваження співробітників і осіб, що навчаються, тощо).	Процес: процеси аналізу та моніторингу СМЯ  Структурні підрозділи: усі структурні підрозділи	Актуальність,  достовірність,  вимірюваність параметрів

### Ресурси процесу:

нормативна документація  
документація



## 8 Послідовність виконання процесу

8.1 Особою, відповідальною за проведення процесу «Коригувальні та запобіжні дії» в Університеті, є перший проректор ДонНУЕТ, в структурних підрозділах Університету - керівники СП/ уповноважені представники керівництва з якості структурного підрозділу.

8.2 Планування запобіжних дій при виявленні потенційних невідповідностей відбувається паралельно з плануванням коригувальних дій за результатами внутрішнього / зовнішнього аудиту та включається в план коригувальних та запобіжних заходів у підрозділі ДонНУЕТ.

8.3 Процедура коригувальних дій включає в себе такі етапи: виявлення невідповідностей, аналіз, встановлення причин невідповідностей, оцінка необхідності коригувальних та запобіжних дій, планування та здійснення необхідних дій, документування даних за результатами виконаних дій, аналіз результативності коригувальних/запобіжних дій

Процедура виконується за результатами аналізу та моніторингу діяльності СП і Університету в рамках проведення внутрішнього аудиту. УЯ СП аналізує причини появи невідповідностей, включаючи скарги та рекламації споживачів, результати оцінки задоволеності споживачів, дані з моніторингу та вимірювань процесів згідно з критеріями результативності, пропозиції щодо проведення попереджувальних заходів (рекомендації аудиторів).

При необхідності до аналізу виявлених невідповідностей залучаються співробітники, які виявили невідповідність. Результати аналізу причин виявлених невідповідностей служать основою для розробки коригувальних та запобіжних дій.

8.4 При можливості швидкого і успішного усунення виявлених невідповідностей безпосередньо на місці їх виявлення (наприклад, невідповідність робочої програми навчальними планам, відсутність відомостей, не повністю заповнені екзаменаційні і залікові відомості, неполадки, несправності засобів вимірювання та обладнання, застосування реактивів з вичерпаним терміном зберігання тощо) негайно вживаються оперативні заходи щодо їх усунення.

8.5 У разі відсутності можливості швидкого і ефективного усунення невідповідностей вони вносяться до ПКЗ, який розробляється УЯСП (F STU 02.02 - 04-01) у строк не пізніше одного тижня після затвердження звіту за результатами внутрішнього аудиту.

8.6 ПКЗ СП поширюється на всі області діяльності СП, які стали причиною появи невідповідності або взаємопов'язані з ними. ПКЗ будується згідно з виявленим відхиленням по результатами внутрішнього аудиту.

По завершенню внутрішніх аудитів в ДонНУЕТ, УЯ ДонНУЕТ спільно з керівником ВІОТ готують Зведений звіт по внутрішньому аудиту СМЯ в ДонНУЕТ (вільна форма) з проектом зведеного ПКЗ в ДонНУЕТ, який представляється ректору для затвердження і прийняття відповідних рішень щодо поліпшення СМЯ ДонНУЕТ.





8.7 Керівники СП і співробітники Університету на основі ПКЗ здійснюють проведення призначених дій. За результатами виконаних заходів УЯСП повинен проставити відповідні відмітки в ПКЗ про їх виконання (графу “Відмітка про виконання”) і вказати підтверджуючі документи / записи. Якщо захід не виконано, УЯСП повинен вказати причину невиконання і поставити новий термін.

8.8 Коригувальні дії виконуються шляхом:

зміни діючих в СП або ДонНУЕТ документів;

внесення змін до процесу СМЯ;

коригування взаємозв'язків між підрозділами й співробітниками, їх обов'язків і повноважень;

інструктажу співробітників або вдосконалення методів їх роботи тощо.

8.9 Порядок роботи зі скаргами та рекламаціями споживачів регулюється Положенням про порядок роботи зі зверненнями громадян у ДонНУЕТ (П ДонНУЕТ 05.01 - 05 - 2016).

8.10 Внутрішні аудитори повинні перевірити реалізацію коригувальних заходів при наступному внутрішньому аудиті СП і поставити відповідні відмітки про виконання у примірнику ПКЗ, що знаходиться в ВІОТ. У разі невиконання ПКЗ, головний аудитор повинен поставити до відома керівника ВІОТ і відобразити даний факт у звіті про аудит (розділ 4 «Відхилення»).

При повторному виявленні невідповідності знову проводиться аналіз з погляду правильності визначення причин невідповідності. Процес може повторюватися до тих пір, поки не буде встановлена та усунена дійсна причина невідповідності і, як наслідок, сама невідповідність буде усунута, а коригувальні та запобіжні дії визнано результативними.

8.11 Попередження причин можливих невідповідностей досягається за рахунок:

ознайомлення співробітників при прийомі на роботу з Політикою ДонНУЕТ у сфері якості;

навчання, підвищення кваліфікації співробітників, участь у семінарах та конференціях;


зворотного зв'язку з організаціями та підприємствами, які беруть на роботу випускників ДонНУЕТ;

аналізу результатів внутрішніх аудитів;

аналізу причин появи невідповідностей;

аналізу СМЯ з боку керівництва Університету.

8.12 Якщо невідповідності (можливі невідповідності) мають загальноуніверситетський характер, то керівництвом Університету проводиться їх аналіз, визначаються заходи, необхідні для усунення невідповідностей (можливих невідповідностей), і видається наказ ректора по Університету, де затверджуються попереджувальні та коригувальні дії із зазначенням відповідальних за їх реалізацію, термінів виконання та порядку звітності.

	Система менеджменту якості Стандарт Університету “Коригувальні та запобіжні дії”	Шифр документа	СТУ ДонНУЕТ 02.02-04-2020
		Сторінка 10 з 11	

## **9 Ризики**

Головним методом управління ризиками в сфері проведення коригувальних та запобіжних дій є уникнення ризику, яке досягається ретельним плануванням підготовки документів, проміжним контролем виконання окремих етапів підготовки, залученням до підготовки груп осіб, які мають необхідний досвід.

### **10. Моніторинг, аналіз і поліпшення**

10.1 В процесі моніторингу використовуються такі критерії результативності: термін реагування на виявлені невідповідності / можливі невідповідності; відсутність повторних невідповідностей; своєчасність виконання коригувальних та запобіжних дій.

#### 10.2 Моніторинг процесу

Моніторинг виконання та результативності коригувальних та запобіжних дій на рівні структурного підрозділу проводить УЯ СП, на рівні Університету - керівництво ДонНУЕТ (проректори за напрямками) спільно з УЯ ДонНУЕТ.

Результати моніторингу в СП відображаються у звіті, складеному в довільній формі, та надаються для аналізу ВІОТ ДонНУЕТ та керівництву Університету.

#### 10.3 Аналіз та поліпшення

Аналіз проводить керівництво Університету, УЯ ДонНУЕТ і керівники СП на основі критеріїв результативності.

### **11 Інші процедури менеджменту якості**

Інші процедури здійснюються у відповідності до таких Стандартів Університету: Управління записами з якості (STU 02.02-03-2020), Управління документацією (STU 02.02-02-2020), Управління невідповідними послугами та продукцією (STU 02.02-05-2020).



F STU 02.02-04-01

ЗАТВЕРДЖУЮ

ректор ДонНУЕТ

\_\_\_\_\_ ПІБ

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_

### План коригувальних заходів

Зміст відхилення (потенційної невідповідності)	Коригувальний / запобіжний захід	Термін реалізації	Відповідальний	Відмітка про виконання

Розробив:

УЯ ДонНУЕТ

ПІБ