



УТВЕРЖДЕН
решением Комитета по качеству,
стратегическому и международному
развитию Таразского университета
им. М.Х. Дулати (протокол № 1
от « 27 » 09 2024 г.)

СТАНДАРТ УНИВЕРСИТЕТА «КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ»

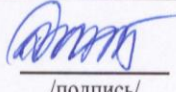
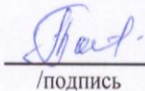

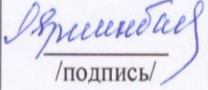

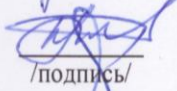

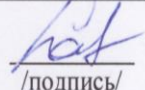
СТУ 05-2024

Регистрационный № 21

ТАРАЗ, 2024

©Является интеллектуальной собственностью НАО «Таразский университет имени М.Х.Дулати».
Перепечатка и дальнейшая передача третьим лицам запрещены.

ПРЕДИСЛОВИЕ

1. РАЗРАБОТЧИКИ:	Руководитель управления стратегического развития Дарибаев Ж.Е.	 /подпись/	<u>23.09.24</u> г.
	Руководитель отдела аккредитации, рейтинга и обеспечения качества Балкибаева Г.А.	 /подпись/	<u>23.09.24</u> г.
2. ВНЕСЕНО:	Отделом аккредитации, рейтинга и обеспечения качества		
3. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕРКИ	3 года		
4. ВВЕДЕН ВЗАМЕН	Стандарт университета «Корректирующие действия» СТУ 05-2020 от 19.11.2020г., ред. 11		
5. РАССЫЛКА:	Учтенный рабочий экземпляр настоящего УСТ раздается всем проректорам, руководителям всех структурных подразделений, деканатам, кафедрам. Выдача копий учтенных рабочих экземпляров осуществляется в соответствии с УСТ 01.		
6. УТВЕРЖДЕНО И ВВЕДЕНО В ДЕЙСТВИЕ:	Утвержден решением Комитета по качеству, стратегическому и международному развитию Таразского университета им. М.Х. Дулати, Протокол № <u>1</u> от « <u>27</u> » <u>09</u> 2024 г.		
7. СОГЛАСОВАНО:	Член Правления – Проректор по стратегическому развитию и интернационализации Есимова Ш.А.	 /подпись/	<u>26.09.24</u> г.
	Член Правления – Проректор по академической деятельности Еркинбаева Л.К.	 /подпись/	<u>26.09.24</u> г.
	Член Правления – Проректор по науке и цифровизации Орынбаев С.А.	 /подпись/	<u>25.09.24</u> г.
	Член Правления – Проректор по социально-культурному развитию Турлыбек А.Е.	 /подпись/	<u>25.09.24</u> г.
	И.о. Проректора по развитию инфраструктуры Есмаханов Б.М.	 /подпись/	<u>24.09.24</u> г.
	Руководитель юридической службы Самбетов С.Т.	 /подпись/	<u>24.09.24</u> г.

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без разрешения Председателя Правления-Ректора НАО «Таразский университет имени М.Х. Дулати».

СОДЕРЖАНИЕ

1 Область применения.....	4
2. Нормативные ссылки.....	4
2.1 Нормативные документы	4
3. Основные термины, сокращения и обозначения	5
3.1 Основные термины	5
3.2 Сокращения.....	6
3.3 Обозначения.....	6
4. Ответственность и полномочия.....	6
5. Входные данные	7
6. Общие положения.....	7
7. Описание корректирующих действий.....	8
7.1 Анализ внешних факторов	8
7.2 Анализ внутренних факторов.....	9
7.3 Разработка плана корректирующих действий	9
7.4 Оценка эффективности корректирующих действий	10
7.5 Записи о результатах корректирующих действий	10
7.6 Предупреждающие действия.....	10
8. Выходные данные	10
9. Проведение процедур корректирующих действий.....	11
10. Управление рисками	13
11. Приложения	14
Приложение А. Форма журнала регистрации фактов несоответствия.....	14
Приложение Б. Лист ознакомления	15
Приложение В. Лист регистрации изменений.....	16

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящий стандарт университета (далее – СТУ) устанавливает порядок проведения корректирующих и предупреждающих действий с целью устранения причин несоответствий и предупреждения их возникновения в дальнейшей деятельности. Положения настоящего СТУ обязательны для применения всеми подразделениями НАО «Таразский университет им. М.Х.Дулати» (далее – Университет Дулати), включенными в систему менеджмента качества (далее – СМК).


СТУ входит в состав документации СМК.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

2.1 Нормативные документы

В настоящем СТУ использованы ссылки на следующие нормативные документы:

МС ИСО 9000:2015	«Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
МС ИСО 9001:2015	«Системы менеджмента качества. Требования»;
МС ИСО 9001:2015	«Руководящие указания по аудиту системы менеджмента качества и/или системы экологического менеджмента»;
СТ РК ISO 9001-2016	«Системы менеджмента качества. Требования»;
СТ РК 1157-2002	«Образование высшее профессиональное. Системы менеджмента качества организаций образования. Основные положения».
Закон РК	Закон Республики Казахстан № 319 от 27 июля 2007 года «Об образовании» (с дополнениями и изменениями);
Кодекс	Трудовой кодекс Республики Казахстан, ЗРК № 414-V ЗРК от 23 ноября 2015 года (с дополнениями и изменениями);
Правила	«Типовые правила деятельности организаций высшего и (или) послевузовского образования», Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан № 595 от 30.10.2018 (с изменениями и дополнениями);
Правила	«Правила организации учебного процесса по кредитной технологии обучения в организациях высшего и (или) послевузовского образования», Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан № 152 от 20.04.2011 (с изменениями и дополнениями);
Правила	«Типовые правила приема на обучение в организации образования, реализующие образовательные программы высшего и послевузовского образования», Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан № 600 от 31.10.2018 (с изменениями и дополнениями);
Стандарт	«Государственный общеобязательный стандарт высшего и послевузовского образования», Приказ Министра науки и высшего образования РК № 2 от 20.07.2022г. (с изменениями и дополнениями)
Устав	Устав Некоммерческого акционерного общества «Таразский университет имени М.Х.Дулати», утвержденный приказом председателя Комитета государственного имущества и приватизации Министерства финансов РК от 18.09.2024 г. №660;
Программа	Программа развития Таразского университета им. М.Х.Дулати на 2024-2029 годы;
Политика	Академическая политика Таразского университета имени

Стандарт университета «Корректирующие действия»	СТУ 05 - 2024	
---	---------------	--

	М.Х. Дулати;
РК 01	Руководство по качеству;
Концепция	Концепция системы обеспечения качества образования;
СТУ 01	Стандарт университета «Управление документированной информацией»;
СТУ 02	Стандарт университета «Требования к разработке, содержанию и оформлению документации системы менеджмента качества»;
СТУ 03	Стандарт университета «Внутренние аудиты»;
СТУ 04	Стандарт университета «Управление персоналом»;
СТУ 06	Стандарт университета «Анализ со стороны руководства».

3. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ, СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

3.1 Основные термины

В настоящем СТУ применяются термины и определения в соответствии с МС ИСО 9015, СТ РК 1157, а также следующие определения:

Стандарт университета	документ СМК. Документ, разработанный в университете и утвержденный должностным лицом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, руководящие принципы и характеристики различных видов деятельности, или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения деятельности в определенной области;
Система менеджмента качества	система менеджмента для руководства и управления университетом в отношении качества;
Процесс	совокупность находящихся во взаимосвязи и взаимодействии видов деятельности, преобразующие входящие элементы в выходящие;
Номенклатура дел	систематизированный перечень наименований дел, принятых в университете (подразделении), с указанием сроков их хранения, оформленный в установленном порядке;
Рабочая инструкция	документ СМК, регламентирующий порядок работы в определенной области деятельности;
Анализ	деятельность, осуществляемая в целях выявления пригодности, адекватности, результативности и эффективности объекта анализа исходя из условия достижения поставленных целей;
Высшее руководство	лицо или группа лиц, которые руководят и управляют университетом;
Соответствие	выполнение требования;
Несоответствие	невыполнение требования;
Требование	потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным;
Корректирующее действие	действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации;
Предупреждающее действие	действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации;
Потребитель	организация или лицо, потребляющее продукцию университета;
Удовлетворенность потребителей	восприятие потребителями степени выполнения их требований;

Ученый секретарь

сотрудник, ведущий протоколы заседания ректората (Ученого Совета).

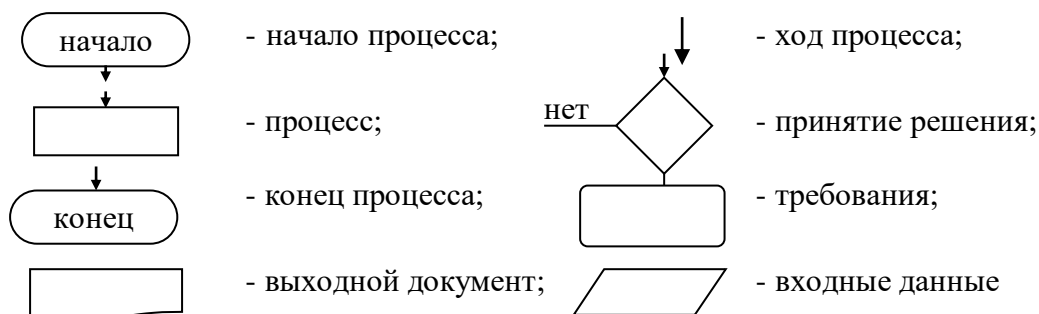
3.2 Сокращения

В настоящем СТУ используются следующие сокращения:

Университет Дулати	НАО «Таразский университет им. М.Х.Дулати»;
СМК	система менеджмента качества;
ДСМК	документ системы менеджмента качества;
ИСО	Международная организация по стандартизации;
МС	Международный стандарт;
СТ РК	Стандарт Республики Казахстан;
СТУ	стандарт университета;
МК	менеджер по качеству;
ОАРИОК	Отдел аккредитации, рейтинга и обеспечение качества
РИ	рабочая инструкция;
ДИ	должностная инструкция;
АН	Акт о несоответствии;
РГ	рабочая группа;
РГА	руководитель группы по аудиту;
СП	структурное подразделение;
НСП	начальник (руководитель) структурного подразделения;
ГОСО	Государственный образовательный стандарт
ВР	высшее руководство;
ПРК	представитель руководства по качеству.

3.3 Обозначения

В настоящем СТУ используются следующие обозначения:



4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ

4.1 Настоящий стандарт Университета Дулати обсуждается на заседаниях коллегиальных органов управления университета, оформляется протоколом (Комитет по качеству, стратегическому и международному развитию), утверждается решением коллегиального органа, публикуется на сайте университета и становится доступным для широкой общественности.

4.2 Ответственность за соответствие настоящего стандарта требованиям стандарта СТУ 01 «Управление документированной информацией» несет разработчик документа.

4.3 Ответственность за внедрение данного стандарта университета, организацию процедур, работы по мониторингу и контролю возлагается на отдел Аккредитации и обеспечения качества.

4.4 Разработка, оформление, согласование и утверждение данного документа, а также внесение в него изменений должно производиться в соответствии с СТУ 01.

4.5. Внесенные в документ СМК изменения должны быть зарегистрированы в «Листе регистрации изменений».

4.6 За организацию и координацию деятельности по выполнению конкретных этапов процесса руководства корректирующими действиями отвечают руководители СП.

4.7 Руководитель отдела АРиОК несет ответственность:

- за анализ коорректирующих действий (совместно с РГА);
- за принятие решений по корректирующим действиям (совместно с РГА).

4.8 Сотрудники отдела АРиОК несут ответственность:

- за подготовку выходных данных по выполнению корректирующих действий;
- за регистрацию несоответствий;
- за текущий контроль по выполнению корректирующих действий.

4.9 Ответственность за хранение, тиражирование, размещение на сайте и рассылку пользователям рабочего экземпляра данного стандарта университета возлагается на разработчиков.

4.10 Новые рабочие экземпляры данного стандарта университета рассылаются по факультетам и кафедрам, структурным подразделениям университета. За тиражирование стандарта отвечает директор издательства «Dulaty university».

4.11 Ответственность за хранение контрольного экземпляра настоящего стандарта университета в отделе аккредитации, рейтинга и обеспечения качества возлагается на руководителя отдела.

5. ВХОДНЫЕ ДАННЫЕ

5.1 Входными данными настоящего СТУ являются:

- претензии внешних потребителей;
- претензии (жалобы) обучающихся и преподавателей;
- результаты внутреннего аудита;
- результаты внешнего аудита;
- результаты оценивания и регистрации качества образовательной услуги и процессов в документации СМК;
- показатели результативности и эффективности СМК;
- результаты бенчмаркинга и самооценки;
- результаты измерения удовлетворенности потребителя (протоколы переговоров, отчеты, результаты опроса), результаты проверки на соответствие ГОСО;
- информация о перспективах повышения эффективности СМК;
- результаты исследований;
- выходные данные документации СМК.

6. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1 Настоящий стандарт в соответствии с МС ИСО 9001:2015 устанавливает требования к:

- анализу несоответствий, включая претензии потребителей, в том числе и обучающихся;
- установлению причин несоответствий;
- оцениванию необходимости действий, чтобы избежать повторения несоответствий;
- определению корректирующих действий;

- осуществлению корректирующих действий;
- анализу и определению эффективности корректирующих действий;
- записям результатов корректирующих действий;
- выявлению потенциальных несоответствий и их причин;
- оцениванию необходимых действий с целью предупреждения появления несоответствий;
- записям результатов предпринятых предупреждающих (улучшающих, совершенствующих) действий;
- анализу предпринятых предупреждающих (улучшающих, совершенствующих) действий.

6.2 Корректирующие действия должны соответствовать последствиям выявленных несоответствий.

6.3 Руководители СП должны предпринимать необходимые корректирующие и предупреждающие (улучшающие, совершенствующие) действия, независимо от причин, обуславливающих потребность в их проведении.

6.4 Корректирующие действия считаются эффективными, если не наблюдается повторное возникновение проблем, ради решения которых они были предприняты.

6.5 Предупреждающие (улучшающие, совершенствующие) действия должны соответствовать характеру потенциальных проблем.

6.6 Предпринятые предупреждающие (улучшающие, совершенствующие) действия должны быть отражены в документации, управление которой должно осуществляться в соответствии с СТУ 01.

6.7 Предупреждающее (улучшающее, совершенствующее) действие можно считать эффективным, если оно успешно предотвращает возникновение определенной потенциально возможной проблемы.

6.8 Предупреждающими (улучшающими, совершенствующими) действиями можно считать внесение изменений в политику и цели в области качества, в действующие СТУ, положения, инструкции и в другие документы, относящиеся к рассматриваемой проблеме.

6.9 Примерами ситуаций, при которых могут быть использованы предупреждающие (улучшающие, совершенствующие) действия, служат:

- выявление обучающихся, у которых могут возникнуть затруднения с обучением, и, как следствие, нуждающихся в дополнительных занятиях;
- выявление обучающихся, у которых могут возникнуть проблемы с внесением оплаты за обучение, и внедрение для них особых, приемлемых условий оплаты;
- выявление потенциально опасных ситуаций для здоровья и безопасности людей и, как следствие, внедрение мер по охране труда;
- обеспечение подготовки к экзаменам и создание условий для их результативного проведения;
- обеспечение полноценной и своевременной замены преподавателя при его внезапной болезни или при других причинах его отсутствия.

7. ОПИСАНИЕ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

7.1 Анализ внешних факторов

7.1.1 Претензии и жалобы от внешних потребителей регистрируются отделом, курирующим делопроизводство и корреспонденцию, и передаются Председателю Правления – Ректору и членам Правления – проректорам.

7.1.2 Проректора или должностные лица, назначенные ректором университета ответственными за рассмотрение претензий и жалоб, в течение 3 дней рассматривает полученную информацию и в зависимости от ее содержания могут:

- создать РГ для выявления и анализа причин проблемы; либо

- передать в подразделение (на кафедру, в деканат, отдел, центр, службу) информацию для выявления и анализа причин проблемы.

7.1.3 РГ или руководитель подразделения должны использовать эффективные методы инжиниринга качества для выявления и анализа причин несоответствий.

7.1.4 К внешним факторам, которые могут вызвать несоответствие процессов СМК, относятся природные и техногенные факторы, а также форс-мажорные обстоятельства. В результате воздействия этих факторов могут произойти срывы (отмена) учебных занятий, перенос поставки необходимого учебного оборудования и т. д.

7.1.5 Анализ влияния природных, техногенных и форс-мажорных факторов на качество образовательного процесса должно осуществляться специальной комиссией университета с учетом всех обстоятельств и последствий. Комиссия формируется из числа руководителей подразделений и возглавляется Членами Правления – проректорами либо руководителями СП.

7.2 Анализ внутренних факторов

7.2.1 Информацией для анализа причин несоответствий от внутренних факторов являются:

- выходные данные документации СМК и их соответствие критериям;
- отчеты по внутреннему и внешнему аудитам СМК;
- данные по ранжированию деятельности вуза;
- результаты бенчмаркинга;
- результаты самооценки и социологического опроса мнения студентов о качестве преподавания;
- результаты периодических проверок документации СМК (политики и целей в области качества, руководства по качеству, СТУ, методических инструкций, положений о подразделениях, должностных инструкций и другой документации);
- результаты анализа процессов и их взаимодействия в университете.

7.2.2 Информация о несоответствиях должна передаваться руководителями СП в отдел АРиОК в течение 3-х дней со дня их установления. Отдел АРиОК регистрирует несоответствия в журнале регистрации (Приложение А). Ответственным за регистрацию источника информации о несоответствии является сотрудник отдела АРиОК.

7.2.3 Член Правления – проректор по стратегическому развитию и интернационализации в течение 3-х дней должен принять решение о создании РГ для анализа причин несоответствий с указанием сроков выполнения поручения. Сроки выявления и анализа причин несоответствий не должен превышать 4-х недель в зависимости от сложности проблемы.

7.2.4 В случае существенного несоответствия, требующего перераспределения ресурсов, Член Правления – проректор по стратегическому развитию и интернационализации выносит данную проблему на заседание ректората или Ученого совета университета.

7.3 Разработка плана корректирующих действий

7.3.1 Результаты анализа внешних и внутренних факторов, вызвавших несоответствия, предоставляются руководителями рабочих групп (руководителями подразделений) и доводятся до сведения Члена Правления – проректора по стратегическому развитию и интернационализации, курирующих проректоров, Председателя Правления – Ректора и передаются в отдел АРиОК в срок, указанный в распоряжении Члена Правления – Проректора по стратегическому развитию и интернационализации.

7.3.2 Руководитель отдела АРиОК намечает сроки разработки плана по корректирующим действиям или плана мероприятий по улучшению деятельности.

7.3.3 Руководитель РГ (руководитель подразделения) намечает корректирующие мероприятия в течение 5 дней после выявленных несоответствий и определении причин несоответствий. Разработку плана корректирующих действий или плана мероприятий по улучшению деятельности осуществляет руководитель СП.

7.3.4 План корректирующих действий или план мероприятий по улучшению деятельности оформляется в соответствии с формой, представленной в СТУ 03.

7.3.5 Реализация плана корректирующих действий или плана мероприятий по улучшению деятельности осуществляется СП, участвующим в корректирующих действиях. Ответственность за выполнение плана несет руководитель СП.

7.4 Оценка эффективности корректирующих действий

7.4.1 Критерии оценки эффективности корректирующих действий должны быть выработаны руководителем СП или РГ. Оценка эффективности производится в течение 30 дней после выполнения корректирующих действий.

7.4.2 При необходимости руководитель СП либо РГ могут вносить предложения по изменению критериев оценки в ходе выполнения корректирующих действий, но не позднее, чем за половину установленного периода по осуществлению коррекции. Предложения по изменению критериев оценки согласовываются с ПРК или руководителем отдела АРиОК.

7.4.3 Результаты оценки эффективности корректирующих действий должны быть оформлены в виде отчета или анализа. Результаты оценки являются выходными данными настоящего СТУ.

7.4.4 При неэффективности корректирующих действий должны быть назначены новые мероприятия, и повторно должны быть проведены работы, указанные в п.п. 7.3 - 7.4.

7.5 Записи о результатах корректирующих действий

7.5.1 Документация, регламентируемая настоящим СТУ, должна управляться в соответствии с требованиями СТУ 01.

7.5.2 Ответственным за оформление записей о результатах корректирующих действий является менеджер по качеству СП.

7.5.3 Контроль оформления записей о результатах корректирующих действий выполняется руководителем СП.

7.5.4 Контроль сохранения записей о корректирующих действиях осуществляется менеджером по качеству СП.

7.5.5 Записи о корректирующих действиях, выполненные в печатной форме, хранятся от даты их создания в соответствии с установленным порядком делопроизводства в университете (но не менее 3-х лет).

7.6 Предупреждающие действия

7.6.1 Для установления необходимости предупреждающих (улучшающих, совершенствующих) действий необходимо проводить анализ требований и удовлетворенности потребителей, анализ информации о перспективах улучшения СМК, надежности и безопасности условий обучения, анализ документации, анализ структуры университета (подразделений), квалификации персонала и др.

7.6.2 Для определения необходимости проведения предупреждающих (улучшающих, совершенствующих) действий руководители СП должны проводить самооценку.

7.6.3 Процедура предупреждающих (улучшающих, совершенствующих) действий реализуется аналогично процедуре корректирующих действий.

7.6.4 Оценка эффективности предупреждающих (улучшающих, совершенствующих) действий производится в конце семестра и в конце учебного года.

8. ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ

8.1 Выходные данные настоящего СТУ следующие:

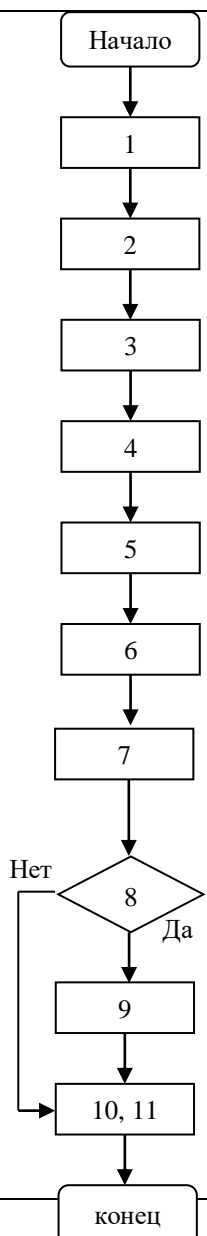
- план корректирующих действий;
- результаты изменения документации СМК;

- результаты изменения полномочий в СМК;
- план распределения ресурсов;
- улучшенные показатели процессов в результате корректирующих действий;
- результаты оценивания эффективности корректирующих действий;
- результаты измерений и анализа требований потребителя;
- результаты проверки СТУ, ДИ, РИ и другой документации;
- перечень измененной документации;
- измененная структура управления.

9. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУР КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

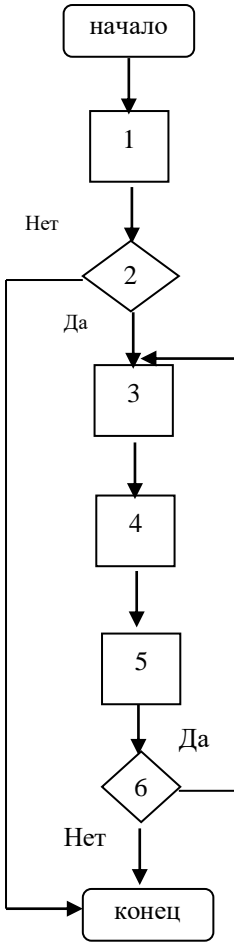
9.1 Алгоритмы реализации процессов настоящего СТУ представлены в таблицах 9.1, 9.2.

Таблица 9.1 – Алгоритм проведения корректирующей процедуры

Алгоритм	Этапы процесса	Ответственный	Участник	Получатель информации	Выходные документы
 <pre> graph TD Start([Начало]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 3 --> 4[4] 4 --> 5[5] 5 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> 8{8} 8 -- Да --> 9[9] 8 -- Нет --> 10_11[10, 11] 9 --> 10_11 10_11 --> End([конец]) </pre>	1. Регистрация несоответствий	Сотрудник отдела АРиОК	СП	Руководитель ОАРиОК	Журнал по форме приложения А
	2. Анализ причин несоответствия	Руководитель РГ, руководитель СП	Руководитель ОАРиОК	ПРК	
	3. Определение причин несоответствия	Руководитель РГ, руководитель СП	СП, ОАРиОК	ПРК	
	4. Определение корректирующих действий (разработка плана мероприятий по улучшению)	Руководитель РГ, руководитель СП, Руководитель ОАРиОК	СП	ПРК	План по форме СТУ 03
	5. Осуществление корректирующих действий	Руководитель СП	СП	ПРК, ОАРиОК,	Отметка о выполнении
	6. Анализ эффективности корректирующих действий	Руководитель СП, Руководитель ОАРиОК	СП	ПРК	
	7. Оценка эффективности корректирующих действий	Руководитель СП, Руководитель ОАРиОК	СП	ПРК	Регламентированные записи
	8. Нужны предупреждающие (улучшающие, совершенствующие) действия?	Руководитель СП, Руководитель ОАРиОК	СП	ПРК	
	9. Переход к процедуре предупреждающих (улучшающих, совершенствующих) действий	Руководитель СП	СП	Отдел АРиОК, ПРК	
	10, 11				
	конец				

	10. Оформление записей о результатах корректирующих действий	Менеджер по качеству СП	СП	ОАРиОК	Регламентированные записи
	11. Хранение записей о корректирующих действиях	Менеджер по качеству СП	СП	ОАРиОК	

Таблица 9.2 – Алгоритм проведения предупреждающих действий

Алгоритм	Этапы процесса	Ответственный	Участник	Получатель информации	Выходящий документ
1	2	3	4	5	6
 <pre> graph TD Start([начало]) --> 1[1] 1 --> 2{2} 2 -- Нет --> 5[5] 2 -- Да --> 3[3] 3 --> 4[4] 4 --> 5 5 --> 6{6} 6 -- Да --> 3 6 -- Нет --> End([конец]) </pre>	1. Анализ причин потенциальных несоответствий	Руководители СП	СП, ОАРиОК	ПРК	Отчеты, справки, служебные записки и др.
	2. Нужны предупреждающие (улучшающие, совершенствующие) действия?	Руководитель СП, Руководитель ОАРиОК	СП, ОАРиОК	ПРК	Приказ ректора, решения ректората, Ученого совета, Научно-методического Совета, совещаний
	3. Разработка плана предупреждающих действий/ плана мероприятий по улучшению деятельности	Руководитель СП, Руководитель ОАРиОК	СП, ОАРиОК	ПРК	План по форме СТУ 03
	4. Реализация плана предупреждающих действий/ плана мероприятий по улучшению деятельности	Руководитель СП, Руководитель ОАРиОК	СП, ОАРиОК	ПРК	Отметка о выполнении
	5. Оценка эффективности предупреждающих действий	Руководитель СП, Руководитель ОАРиОК	СП, ОАРиОК	ПРК	Отчеты, анализы, служебные записки, информация
	6. Нужна ли коррекция плана?	Руководитель ОАРиОК	СП	ПРК	Решение о повторном проведении предупреждающих (улучшающих, совершенствующих) действий

10. УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ

Таблица 10.1 – Анализ нежелательного события. Оценка «Вероятность»

Балл	Описание
1	Маловероятно (практически невозможно)
2	Достаточно вероятно
3	Вероятно
4	Очень вероятно

Таблица 10.2 - Анализ нежелательного события. Оценка «Серьезность»

Балл	Описание
1	Очень низкая (последствия нежелательного события незаметны для внешних сторон)
2	Средняя (единичные случаи недовольства потребителей; незначительные затраты на устранение последствий; отсутствие ущерба репутации университета)
3	Высокая (штрафные санкции, значительные затраты для устранения последствий. Недовольство заинтересованных сторон)
4	Катастрофичная (приостановка деятельности, потеря репутации)

Таблица 10.3 - Шкала приемлемости риска

Вероятность \ Серьезность	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

Таблица 10.4 - Управление рисками

№	Процесс	Риск/нежелательное событие	Описание влияния риска на деятельность/процесс	Оценка риска			Мероприятия по снижению риска (обработка риска)	Ответственный	Сроки исполнения
				Вероятность/частота наступления нежелательного события (В)	Серьезность/потенциальные или реальные последствия нежелательного события (С)	Оценка (В*С)			
1									
2									
3									

11. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

(справочное)

Форма журнала регистрации несоответствий

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ НЕСООТВЕТСТВИЙ И ИХ УСТРАНЕНИЙ

[illegible]

Приложение Б

(обязательное)
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

[illegible]

Приложение В

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

[illegible]