



Государственное научное учреждение  
«Объединенный институт проблем информатики  
Национальной академии наук Беларуси»



[www.uiip.bas-net.by](http://www.uiip.bas-net.by)

## **СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

# **КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ**

**СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ**

**СТП ОД 06**

---

**Ключевые слова:** коррекция, корректирующие и предупреждающие действия, потенциальные несоответствия

---

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

1 РАЗРАБОТАН отделом организационной поддержки научных исследований и разработок

2 ИСПОЛНИТЕЛЬ Томашова Е.В., вед. инженер по качеству ООПНИР

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ приказом генерального директора от 04.04.2018 № 27

4 ДОКУМЕНТ СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕБОВАНИЯМ СТБ ISO 9001-2015

5 ВВЕДЕН взамен СТП ОД 06-2013

6 ДАТА ВВЕДЕНИЯ 23.04.2018

7 СРОК ДЕЙСТВИЯ до замены новым

**Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без разрешения представителя руководства, ответственного за систему менеджмента ОИПИ НАН Беларуси.**

---

Издан на русском языке

## Содержание

1	Назначение и область применения .....	4
2	Нормативные ссылки.....	4
2.1	Нормативные правовые акты, технические нормативные правовые акты .....	4
2.2	Локальные нормативные правовые акты.....	4
3	Термины, определения, сокращения и обозначения .....	5
3.1	Термины и определения.....	5
3.2	Обозначения.....	5
3.3	Сокращения.....	5
4	Описание деятельности.....	6
4.1	Общие положения.....	6
5	Корректирующие действия.....	6
5.1	Процедура проведения корректирующих действий.....	6
5.1.1	Выявление и регистрация несоответствий .....	6
5.1.2	Анализ несоответствий.....	7
5.1.3	Определение причин несоответствий .....	7
5.1.4	Выработка корректирующих действий.....	8
5.1.5	Анализ результативности корректирующих действий .....	9
6	Распределение ответственности.....	10
7	Документирование.....	11
8	Внесение изменений.....	12
	Приложение А (обязательное) Формы документов ОИПИ НАН Беларуси .....	13
	Лист регистрации изменений.....	15
	Лист согласования.....	16
	Лист рассылки.....	17

УТВЕРЖДЕНО

Приказ генерального директора  
ОИПИ НАН Беларуси  
04.04.2018 № 27

Стандарт организации

---

СТП ОД 06

---

## 1 Назначение и область применения

**1.1** Настоящий стандарт организации СТП ОД 06 «Корректирующие действия» (далее – стандарт) устанавливает единый порядок осуществления корректирующих действий по устранению причин возникших несоответствий, а также ответственность персонала при проведении вышеуказанных действий.

**1.2** Действие настоящего стандарта распространяется на всех владельцев (ответственных) процессов, сотрудников и все структурные подразделения, включенные в область действия СМК ОИПИ НАН Беларуси.

**1.3** Настоящий стандарт входит в состав СМК ОИПИ НАН Беларуси и разработан в соответствии с требованиями раздела 10 СТБ ISO 9001 [2.1; 2].

## 2 Нормативные ссылки

### 2.1 Нормативные правовые акты, технические нормативные правовые акты

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

2 СТБ ISO 9001-2015 Система менеджмента качества. Основные положения и словарь

### 2.2 Локальные нормативные правовые акты

1 СТП ОД 03 Управление документацией

2 СТП ОД 04 Управление записями

3 СТП ОД 16 Менеджмент рисков

## 3 Термины, определения, сокращения и обозначения

### 3.1 Термины и определения

В настоящем стандарте использованы термины и определения в соответствии с СТБ ISO 9000 [2.1;1].

**высшее руководство:** Лицо или группа работников, осуществляющих направление деятельности и управление организацией на высшем уровне

**коррекция:** Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия

**корректирующее действие:** Действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации

**мониторинг:** Определение статуса системы, продукции, услуги или деятельности, осуществляемое на различных стадиях или в различные моменты времени.

**несоответствие:** Невыполнение требования

**постоянное улучшение:** Повторяющаяся деятельность по повышению пригодности

**пригодность:** Измеримый результат

**результативность:** Степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов

**эффективность:** Связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами

### 3.2 Обозначения

**ВП** – владелец процесса

**Институт** – Государственное научное учреждение «Объединенный институт проблем информатики» (ОИПИ НАН Беларуси)

**КД** – корректирующее действие

**НИР** – научно-исследовательская работа

**НПА** – нормативно-правовой акт

**ОКР** – опытно-конструкторская работа

**СП** – структурное подразделение

**СМК** – система менеджмента качества

**ТНПА** – технический нормативно-правовой акт

### 3.3 Сокращения

**вед.** – ведущий

**ген.** – генеральный

**др.** – другие

**отв. исп.** – ответственный исполнитель

**п.** – пункт

**т.д.** – так далее

## **4 Описание деятельности**

### **4.1 Общие положения**

**4.1.1** КД в ОИПИ НАН Беларуси проводятся с целью повышения качества НИР и ОКР, а также результативности процессов и СМК в целом.

**4.1.2** Проведение КД включает в себя:

- выявление и регистрацию несоответствий;
- анализ выявленных несоответствий;
- установление причин несоответствий;
- анализ причин несоответствий;
- выработку КД;
- выполнение корректирующих мероприятий и регистрацию их результатов;
- анализ результативности КД;
- повторное проведение КД (при необходимости).

**4.1.3** В проведении КД принимают участие руководители и работники соответствующих СП. Ресурсы необходимые для проведения КД выделяются руководством ОИПИ НАН Беларуси.

**4.1.4** Соответствующие КД устраняют выявленные несоответствия и направляются на устранение причин обнаруженных несоответствий, чтобы избежать повторного возникновения проблем. При этом проводится обучение сотрудников, занятых в процессе/деятельности, где были выявлены несоответствия.

**4.1.5** Основанием для проведения КД являются решения представителя руководства, ответственного за СМК ОИПИ НАН Беларуси, и руководителей СП на основании анализа причин несоответствий (рисков).

**4.1.6** КД должны проводиться без излишней задержки. Срок проведения КД с момента определения причин несоответствий устанавливается совместно с руководителем проверяемого СП, основываясь на целесообразности выполнения КД, исходя из размера текущих и потенциальных потерь, связанных с данным несоответствием, и ресурсов, необходимых для его устранения.


**4.1.7** Ресурсы на выполнение корректирующих мероприятий должны быть адекватными характеру выявленных несоответствий или их рисков.

## **5 Корректирующие действия**

### **5.1 Процедура проведения корректирующих действий**

#### **5.1.1 Выявление и регистрация несоответствий**

**5.1.1.1** Несоответствия могут быть выявлены и зафиксированы на различных этапах НИР и ОКР, выполнения процессов и функционирования СМК, в частности:

СТП ОД 06-2018 	Редакция 3	Корректирующие действия	с. 6 из 17
---	------------	-------------------------	------------

- при поступлении жалоб (претензий), рекламаций от потребителей;
- при верификации закупленной институтом продукции (услуги);
- при мониторинге и измерениях процессов и научно-технической продукции;
- при управлении оборудованием для мониторинга и измерений;
- при мониторинге информации об удовлетворенности потребителей;
- при внутренних и внешних аудитах;
- при анализе данных со стороны руководства;
- на основании изменений в нормативных правовых актах, технических нормативных правовых актах;
- по данным о компетентности, осведомленности и подготовке сотрудников института.

**5.1.1.2** Записи по выявленным несоответствиям должны поддерживаться в рабочем состоянии в соответствии с СТП ОД 04 [2.2; 1].

**5.1.1.3** Способы установления причин несоответствий:

- анализ, проводимый внутренним аудитором / группой, назначенной для разработки КД;
- статистические методы;
- социологические методы.

## **5.1.2 Анализ несоответствий**

**5.1.2.1** Анализ несоответствий представляет собой тщательное изучение событий и обстоятельств, непосредственно обуславливающих возникновение несоответствия.

**5.1.2.2** Все несоответствия должны быть подвергнуты анализу. Анализ несоответствий проводят с целью определения уровня (области распространения) возникших проблем, вызвавших их причины и принятия адекватных КД.

**5.1.2.3** Анализ несоответствий осуществляют ВП (должностные лица, руководители СП), ответственные за область деятельности, владельцами (руководителями) которой являются. При необходимости, для технической проверки, привлекаются специалисты института, сторонних организаций, технические эксперты.

**5.1.2.4** Результаты анализа должны быть основой для принятия решения об объекте несоответствия (несоответствие процесса, несоответствие СМК и т.д.), его степени значимости, области распространения и уровне принятия решения об устранении.

## **5.1.3 Определение причин несоответствий**

**5.1.3.1** Определение причин несоответствий осуществляют руководители, ответственные за область деятельности, в которой выявлены несоответствия, с привлечением, при необходимости, всех заинтересованных лиц и работников

подразделений, осуществляющих деятельность, в которой выявлены несоответствия.

**5.1.3.2** Для анализа и определения причин возникновения несоответствия проводится сбор и изучение необходимой информации (риски, данные аудита, записи СМК, протоколы, данные от потребителя, персонала института, имеющего отношение к рассматриваемой проблеме и т.д.).

**5.1.3.3** Для определения причин возникновения несоответствий могут быть исследованы:

- риски;
- соответствующая документация;
- распределение ответственности и полномочий;
- достаточность ресурсов и условий для выполнения деятельности;
- результаты мониторинга и измерения процессов и продукции;
- результаты деятельности и их соответствие запланированным показателям;
- результаты внешних и внутренних аудитов;
- записи;
- взаимодействие с потребителями и др.

**5.1.3.4** Результаты определения и анализа причин выявленных несоответствий должны стать основой для выработки КД.

#### **5.1.4 Выработка корректирующих действий**

**5.1.4.1** КД, как организационно-технические мероприятия, разрабатываются с целью устранения вызывающих их причин и предотвращения их повторного возникновения.

**5.1.4.2** КД могут распространяться на:

- деятельность института в целом;
- одно из направлений деятельности института;
- функционирование процесса или СП;
- деятельность конкретного сотрудника СП.

**5.1.4.3** Если КД охватывают деятельность всего института и/или одного из направлений решения принимаются на Дирекции/Ученом совете и фиксируются в протоколе.

**5.1.4.4** По итогам мониторинга функционирования процесса (если имеет место не достижение результативности процесса) КД разрабатываются ВП.

**5.1.4.5** При выявленных несоответствиях по итогам внутренних аудитов КД разрабатываются ВП (руководителем проверяемого СП) и фиксируются в протоколе аудита.

**5.1.4.6** На основании установленных причин и предложений по устранению выявленных рисков КД разрабатываются руководителями СП, ВП или отв. исп. процессов.



**5.1.4.7** Текущие проблемы, возникающие в работе, и пути их решения обсуждаются на заседании Дирекции, которые проводятся еженедельно.

**5.1.4.8** На совещании должны присутствовать не менее 70 % членов Дирекции, руководители СП, вызванные для участия в совещании.

**5.1.4.9** В общем случае, КД представляются в виде корректирующих мероприятий и могут быть включены:

- в протокол заседания Дирекции – при необходимости выделения дополнительных ресурсов и / или распространения КД на одно или несколько СП, или же в целом на институт;

- в план КД [Ф 06-001](#);

- в протокол аудита конкретного СП;

- план-отчет мероприятий по менеджменту выявленных рисков (СТП ОД 16 [2.2;3]).

**5.1.4.10** Реализацию КД осуществляют должностные лица и сотрудники, ответственные за выполнение мероприятий в соответствии с установленными сроками.

**5.1.4.11** На уровне института КД контролируются генеральным директором, на уровне СП и выполняемых функций, при функционировании процессов – ВП и ответственными должностными лицами (руководителями СП, вед. инженером по качеству).

**5.1.4.12** Содержание мероприятий доводят до конкретных исполнителей под роспись на исходном экземпляре документа.

**5.1.4.13** При возможном невыполнении КД в установленный срок, ВП или руководители СП (исполнители мероприятий) должны своевременно информировать вышестоящего руководителя, утвердившего исходные документы / вед. инженера по качеству.

**5.1.4.14** После выполнения всех корректирующих мероприятий руководители СП докладывают об их выполнении контролирующему лицу.

**5.1.4.15** Результаты выполнения КД фиксируются на последующих заседаниях Дирекции (в протоколе), в отчете «Анализ СМК», в планах КД или на исходном экземпляре документа в виде резолюции, в протоколах аудита конкретных СП:

- «Решения выполнены. Несоответствия устранены»;


- «Решения выполнены. Несоответствия (перечисление) устранены частично.

Разработать дополнительные мероприятия по устранению несоответствий»;

## **5.1.5 Анализ результативности корректирующих действий**

**5.1.5.1** Анализ результативности КД осуществляет представитель руководства, ответственный за СМК ОИПИ НАН Беларуси, один раз в год при составлении Отчета «Анализ СМК». Также результативность КД может быть отражена и в протоколах заседания Дирекции, протоколах внутренних аудитов.

**5.1.5.2** КД являются:

	Редакция 3	Корректирующие действия	с. 9 из 17
---	------------	-------------------------	------------

- результативными, если после их проведения несоответствия больше не повторяются;

- нерезультативными, если несоответствия не устранены.

**5.1.5.3** В случае если КД оказались нерезультативными, аудиторы должны потребовать, чтобы ВП/руководитель СП предложил новые мероприятия. Если же и они, снова не достигнут требуемого результата, вопрос переносится на вышестоящий уровень.

**5.1.5.4** Выработка и проведение повторных КД должна осуществляться согласно п. 5.1.4 настоящего стандарта.

## 6 Распределение ответственности

Матрица ответственности процедуры КД приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Матрица ответственности процедуры КД

Ход процесса	Ответственный за принятие решения	Исполнитель
Выявление несоответствий	ПРК, внутренний аудитор	Руководитель СП, отв. исп. процессов
Регистрация и идентификация несоответствий	Внутренний аудитор	Руководитель СП, отв. исп. процессов
Анализ и установление причин несоответствий	ПРК, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие	Руководитель СП, отв. исп. процессов
Выявление, регистрация и идентификация рисков (их анализ)	ПРК, ВП, руководитель СП, в котором обозначен риск	Руководитель СП, отв. исп. процессов
Разработка плана КД по устранению несоответствий, рисков	ПРК, ВП, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, риск	Руководитель СП, отв. исп. процессов
Выполнение КД	ВП, руководитель СП, в котором выявлено несоответствие, риск	Руководитель СП, отв. исп. процессов
Контроль выполнения КД	ПРК	ВП, руководитель СП, отв. исп. процессов
Регистрация выполнения КД, оценка результативности КД	ПРК, аудитор	ВП, руководитель СП, отв. исп. процессов
Анализ результативности проведенных КД	ПРК, ВП, руководитель СП	ВП, руководитель СП, отв. исп. процессов

**6.1.1** Ген. директор ОИПИ НАН Беларуси несет ответственность за:

- принятие решений о проведении корректирующих действий, направленных на устранение обнаруженных несоответствий, выявленных рисков процессов, продукции и СМК на уровне организации;
- принятие окончательных решений по вопросам, обсуждаемым на заседаниях Дирекции.

**6.1.2** ВП, руководители СП и отв. исп. процессов несут ответственность за:

- организацию и проведение корректирующих действий, направленных на устранение обнаруженных несоответствий, выявленных рисков процессов и продукции;
- организацию и проведение анализа выявленных несоответствий, рисков;
- своевременное выполнение КД;
- своевременное информирование ген. директора института о возможном невыполнении КД в установленные сроки для принятия адекватных решений;
- проведение анализа результативности КД и разработку повторных мероприятий (при необходимости).

## 7 Документирование

**7.1** Перечень документов, оформляемых в результате осуществления процедуры КД, приведен в таблице 3.

Таблица 3 – Перечень документов

Наименование / описание документа (группы документов)	Форма документа	Кто оформляет документ	Кому представляют документ	Место хранения документа	Срок хранения документа
Протокол заседания Дирекции	И 03.1	Секретарь совещания	Исполнителю	Приемная	В соответствии с НД
План КД*	<a href="#">Ф 06-001</a>	Руководитель СП	ПРК, ген. директору	Вед. инженер по качеству	В соответствии с НД
План-отчет мероприятий по менеджменту выявленных рисков*	<a href="#">СТП ОД 16 [2.2; 3]</a>	Руководитель СП, ВП, отв. исп. процесса	ПРК, ген. директору	Вед. инженер по качеству	В соответствии с НД
* Записи в соответствии с СТБ ISO 9001, Управление записями – в соответствии с СТП ОД 04 [2.2; 1]					

**7.2** План КД ([Ф 06-001](#)) составляется с учетом характера выявленного несоответствия, определения его содержания и причины, перечня КД, сроков выполнения, назначения ответственного за реализацию КД и определения ресурсов на его реализацию.

## 8 Внесение изменений

**8.1** Внесение изменений в настоящий стандарт осуществляется согласно СТП ОД 03 «Управление документацией» Раздел «Управление документацией по СМК» [2.2; 5].

**8.2** Ответственность за внесение изменений в настоящий стандарт несут соответствующие должностные лица, закрепленные за разделами стандарта.

**8.3** При возникновении необходимости внести изменения ответственные за разделы стандарта обязаны в течение 1-2 рабочих дней сообщить вед. инженеру по качеству и совместно выработать дальнейший план работы.

**8.4** Вед. инженер по качеству по мере необходимости, но не реже одного раза в три года пересматривает данный стандарт на соответствие требованиям СМК. По итогам рассмотрения вед. инженер по качеству может принять решение о продлении действия стандарта без изменений. В этом случае действие документа продлевается на следующие три года, для чего вед. инженер по качеству делает запись в «Листе регистрации изменений» контрольного экземпляра: Срок действия продлен до 20\_\_ г., расписывается и ставит дату. В противном случае делает запись: Требуется пересмотра. Срок действия продлен до 20\_\_ г. (срок продления в этом случае не должен превышать 1 месяц), расписывается и ставит дату. Такая запись инициирует начало пересмотра данного стандарта.

**8.5** Решение об изменении стандарта принимается также на основании изменений НПА, ТНПА, предложений других СП, результатов анализа установленных и предвидимых несоответствий, а также рекомендаций внутренних или внешних аудитов. Рассмотрение предложений осуществляется в рабочем порядке.

**8.6** Вед. инженер по качеству совместно с компетентными должностными лицами ежегодно обязан анализировать порядок работы, отраженный в настоящем стандарте, с целью улучшения организованной работы, а также контролировать актуальность законодательных и др. требований.

**8.7** Сотрудники ОИПИ НАН Беларуси вправе внести предложения по совершенствованию данного стандарта и обратиться к вед. инженеру по качеству через электронную почту, докладную записку, устно.

**8.8** Рассмотрение предложений осуществляется в рабочем порядке.

**8.9** По мере необходимости (при одобрении ген. директором ОИПИ НАН Беларуси) вносятся письменные изменения в настоящий стандарт в соответствии с СТП ОД 03 «Управление документацией» [2.2; 1].

# Приложение А (обязательное)

## Формы документов ОИПИ НАН Беларуси

**План корректирующих действий**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор  
ОИПИ НАН Беларуси  
А.В.Тузиков

«\_\_» 20... г.

Мероприятия по устранению несущественных несоответствий и реализации аспектов для улучшений, выявленных при проведении инспекционного аудита СМК

Содержание несоответствия	Корректирующие действия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель	Отметка о выполнении

РАЗРАБОТАНО:

Вед. инженер по качеству                      Ф.И.О.

СОГЛАСОВАНО:

ПРК    Ф.И.О.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.







