

**Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
Государственное автономное учреждение дополнительного профессионального
образования Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации»
(ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»)**

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

СТО СМК 05 - 8.3/01 - 2020

УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ

Официальное издание

Стандарт организации не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без письменного разрешения директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации».

Предисловие

РАЗРАБОТАН Комиссией по качеству ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»

УТВЕРЖДЕН приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» № 272 от 30. декабря 2020 г.

ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ

с 01. января 2021 г. приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» от 30. декабря 2020 г. № _____ 

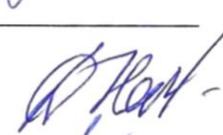
СОГЛАСОВАН

Заместитель директора по экономическим вопросам



Залимова Т.И.

Помощник директора по безопасности образовательного процесса



Халемин Д.В.

Заведующий учебной части



Давыдова Ю.Р.

Заведующий сектором правовой и кадровой работы



Бариева Д.Р.

СОДЕРЖАНИЕ

1 Область применения	4
2 Нормативные ссылки	4
3 Термины, определения и сокращения	4
4 Общие положения	6
5 Порядок управления несоответствиями	7
6 Порядок выявления потенциальных несоответствий	11
7 Анализ несоответствий	11
8 Ответственность	11
ПРИЛОЖЕНИЕ А (обязательное) Форма журнала регистрации несоответствий	
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (обязательное) Форма акта анализа несоответствия	

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

Система менеджмента качества УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ

Утвержден Решением Совета ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» 28.12.2020, протокол № ____.
Введен в действие приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» от 30.12.2020 № ____.

Дата введения **2020.01.01**

1 Область применения

1.1 Настоящий стандарт организации (далее СТО) устанавливает единые для государственного автономного учреждения дополнительного профессионального образования Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации» (далее – Центр) методы выявления несоответствий, их документальное оформление (регистрацию), устранение и анализ причин возникновения несоответствий.

1.2 Положения настоящего СТО являются обязательными для применения всеми структурными подразделениями Центра в части их деятельности, связанной с управлением несоответствиями с момента (даты) введения в действие.

2 Нормативные ссылки

В настоящем СТО используются нормативные ссылки на следующие документы:

- ГОСТ Р ИСО 9001 – 2015 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ГОСТ Р ИСО 9000 – 2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».
- ГОСТ Р ИСО/ТО 10013 – 2007 «Менеджмент организации. Руководство по документированию системы менеджмента качества».
- ГОСТ Р 52614.2 – 2006 «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования».

3 Термины, определения и сокращения

3.1 В настоящем СТО используются следующие термины и их определения:
аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.

Примечания. 1) Внутренние аудиты, иногда называемые аудиты первой стороной, проводятся обычно самой организацией или от ее имени для внутренних целей и могут служить основанием для декларации о соответствии. Во многих случаях, особенно в небольших организациях, независимость может быть продемонстрирована отсутствием ответственности за работу, подвергаемую аудиту. 2) Внешние аудиты включают в себя аудиты, обычно называемые аудиты второй стороной или аудиты третьей стороной. Аудиты второй стороной проводятся сторонами, заинтересованными в деятельности организации, например, потребителями или другими лицами от их имени. Аудиты третьей стороной проводятся внешними независимыми организациями. Эти организации осуществляют сертификацию или регистрацию на соответствие

требованиям. 3) Если две и более системы менеджмента подвергаются аудиту вместе, это называется комплексным аудитом. 4) Если две или несколько организаций совместно проводят аудит проверяемой организации, это называется совместным аудитом.

руководство – лицо или группа работников, осуществляющих руководство и управление организацией.

профессиональный стандарт – документ, определяющий обязательный минимум содержания дополнительных профессиональных программ, максимальный объем учебной нагрузки слушателей, требования к уровню подготовки;

заключения по результатам аудита – выходные данные аудита, предоставленные группой по аудиту после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита.

запись – документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности.

Примечания. 1) Записи могут использоваться, например, для документирования прослеживаемости и свидетельства проведения верификации, предупреждающих действий и корректирующих действий. 2) Пересмотры записей, как правило, в управлении не нужны.

качество – степень соответствия совокупности присущих характеристик требованиям;

корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации;

наблюдения аудита – результаты оценивания собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита.

Примечание. Наблюдения аудита могут указывать на соответствие или несоответствие критериям аудита или на возможности улучшения.

несоответствие - невыполнение требования;

образовательный процесс – процесс создания образовательной продукции (предоставления образовательной услуги);

образовательная услуга (продукция) – услуга (продукция), связанная с образованием

постоянное улучшение – повторяющаяся деятельность по увеличению способности выполнить требования;

Примечание. Процесс установления целей и поиска возможностей улучшения является постоянным процессом, использующим наблюдения аудита и заключения по результатам аудита, анализ данных, анализ со стороны руководства или другие средства и обычно ведущим к корректирующим действиям или предупреждающим действиям.

процесс – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы;

продукция – результат процесса;

предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации;

Примечания. 1) Потенциальное несоответствие может иметь несколько причин. 2) Предупреждающее действие предпринимают для предотвращения возникновения события, а корректирующее действие - для предотвращения повторного возникновения события.

процедура – установленный способ осуществления деятельности или процесса;

Примечания. 1) Процедуры могут быть документированными или не документированными. 2) Если процедура документирована, часто используется термин «письменная процедура» или «документированная процедура». Документ, содержащий процедуру, может называться «процедурный документ».

политика в области качества – общие намерения и направление деятельности организации в области качества, официально сформулированные руководством;

Примечания. 1) Как правило, политика в области качества согласуется с общей политикой организации и обеспечивает основу для постановки целей в области качества. 2) Принципы менеджмента качества, изложенные в настоящем стандарте, могут служить основой для разработки политики в области качества.

результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов;

соответствие - выполнение требования;

требование – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным;

удовлетворенность потребителей – восприятие потребителями степени выполнения их требований;

Примечания. 1) Жалобы потребителей являются общим показателем низкой удовлетворенности потребителей, однако их отсутствие не обязательно предполагает высокую удовлетворенность потребителей. 2) Даже если требования потребителей были с ними согласованы и выполнены, это не обязательно обеспечивает высокую удовлетворенность потребителей.

улучшение качества – часть менеджмента качества, направленная на увеличение способности выполнить требования к качеству;

Примечание. Требования могут относиться к любым аспектам, таким как результативность, эффективность или прослеживаемость.

цели в области качества – то, чего добиваются или к чему стремятся в области качества.

Примечания. 1) Цели в области качества обычно базируются на политике организации в области качества. 2) Цели в области качества обычно устанавливаются для соответствующих подразделений и уровней организации.

3.2 В настоящем СТО приняты следующие сокращения:

ДИ – должностные инструкции;

ДПП ПК/ПП – дополнительная профессиональная программа повышения квалификации/профессиональной переподготовки;

УКОД – уполномоченный по качеству образовательной деятельности;

ПСП – положение о структурном подразделении;

СП – структурное подразделение.

4 Общие положения

4.1 Процедуре управления несоответствиями в системе менеджмента качества Центра подлежат несоответствия, возникшие в ходе реализации:

– образовательной деятельности по программам дополнительного профессионального образования.

4.2 Процесс управления несоответствиями включает комплекс мер по выявлению и регистрации несоответствий, анализу причин их возникновения.

4.3 Выявленные несоответствия идентифицируются, определяются, изучаются и исправляются под непосредственным контролем руководителя подразделения Центра, в котором выявлено несоответствие.

4.4 Результаты анализа несоответствий являются основанием для проведения корректирующих и предупреждающих действий.

4.5 Записи о характере несоответствий и любых последующих предпринятых действиях поддерживаются в рабочем состоянии согласно *СТО СМК 05-4.2.4/01 -2020*.

4.6 Информация по анализу эффективности мероприятий по устранению несоответствий доводится до сведения руководства Центра и является составляющей анализа со стороны руководства.

5 Порядок управления несоответствиями

5.1 Порядок управления несоответствиями, возникшими в Центре при реализации образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовке:

5.1.1 Несοοтветствиями применительно к образовательной деятельности Центра являются:

– отклонения от требований Профессиональных стандартов, ФГОС СПО, квалификационных требований;

– отклонения от образовательных программ, учебных планов, индивидуальных планов и т.п.;

– несоответствие учебно-методической документации требованиям нормативных документов;

– неудовлетворенность потребителя качеством предоставляемых образовательных услуг: обращения граждан, материально-техническое оснащение, отсутствие основной и дополнительной литературы, наличие и состояние учебных аудиторий;

– отрицательные отзывы работодателей на качество подготовки слушателей Центра (обращения, поступившие от работодателей) или самих слушателей;

– несоответствие ресурсного обеспечения образовательного процесса требованиям и критериям лицензионных показателей;

– ошибки при выделении необходимых ресурсов;

– несоответствия квалификации преподавательского состава и персонала Центра;

– несоответствие оборудования требованиям, предъявляемым программами практик (моральное устаревание, техническое состояние);

- несоответствие показателей качества знаний слушателей требованиям Профессиональных стандартов, ФГОС СПО, квалификационных требований;
- уровень знаний, умений и навыков слушателей, не соответствующий программным требованиям по отдельным видам учебной деятельности (теоретическое обучение, практика и т.п.), неуспевающие слушатели;
- несоответствие компетенции слушателей требованиям Профессиональных стандартов, ФГОС СПО, квалификационных требований и потребителей;
- несоблюдение работниками и слушателями требований локальных нормативных актов Центра;
- несоответствия, выявленные в ходе мониторинга предоставления образовательных услуг;
- несоответствия, выявленные при проведении внутренних и внешних аудитов СМК в подразделениях Центра;
- несоответствия, выявленные при проведении проверок органами, осуществляющими надзор и/или контроль;
- невыполнение требований ПСП и ДИ; невыполнение требований СТО.

5.1.2 Управление несоответствиями включает в себя:

- выявление несоответствий и их регистрацию;
- анализ несоответствий и причин их возникновения;
- принятие решений и выполнение действий по устранению несоответствий;
- ведение записей о характере несоответствий и действиях по их устранению.

5.1.3 Управление несоответствиями осуществляется на основе следующих внутренних и внешних нормативных документов:

- Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ (с изм. и доп.);
- Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ;
- Об образовании в Республике Башкортостан: Закон РБ от 01.07.2013 г. №696-з;
- Об охране здоровья граждан в Республике Башкортостан: Закон РБ от 04.12.2012 г. №608-з;
- Профессиональных стандартов;
- Устава Центра;
- Коллективного договора;
- положений о структурных подразделениях;
- должностных инструкций;
- локальных нормативных актов Центра.

5.1.4 Несоответствия, касающиеся отклонений от требований Профессиональных стандартов, ФГОС СПО, квалификационных требований могут быть выявлены руководителем СП, председателем Методического совета в

ходе осуществления внутреннего контроля; УКОД при проведении внутреннего аудита. Отклонения от Профессиональных стандартов, ФГОС СПО, квалификационных требований могут быть выявлены также в ходе внешних проверок. Выявленные несоответствия регистрируются проверяющим лицом в журнале регистрации несоответствий каждого структурного подразделения (*Приложение А*).

5.1.5 Несоответствия, касающиеся качества учебно-методических материалов, аккредитационных экзаменов и иных нормативных документов по организации учебного процесса, могут быть выявлены руководителем СП, учебной частью с регистрацией в журнале регистрации несоответствий каждого структурного подразделения с составлением акта анализа несоответствия (*Приложение Б*); несоответствия, выявленные в ходе внутренних аудитов, регистрируются в журнале регистрации несоответствий каждого структурного подразделения и в листе регистрации несоответствий.

5.1.6 Отклонения от содержания отдельных дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки, учебных планов, графика учебного процесса, выявленные в ходе проверок документации, регистрируются в журнале несоответствий с составлением акта анализа несоответствия (*Приложение Б*).

5.1.7 Качество учебных занятий оценивают начальник отдела Фабрика процессов совместно с преподавателями в процессе посещения занятий (по требованию) и «открытых» уроков согласно графику.

5.1.8 Выявление неудовлетворенности потребителей образовательных услуг осуществляется Учебной частью в процессе мониторинга удовлетворенности потребителей на основе регулярно проводимых в соответствии с программой мониторинга опросов и анкетирований с регистрацией их в отчетах по анкетированию.

5.1.9 Ресурсное обеспечение образовательного процесса, не соответствующее критериям лицензионных показателей согласно Постановления Правительства РФ от 18 сентября 2020 г. N 1490 "О лицензировании образовательной деятельности", выявляется руководителями СП Центра в соответствии с их должностными обязанностями, а также в ходе проведения самообследования.

5.1.10 Несоответствия приобретенных профессиональных компетенций требованиям Профессиональным стандартам, ФГОС СПО и квалификационных требований выявляются при прохождении аккредитационных мероприятий заведующими учебной части, центром аккредитации и симуляционного обучения.

5.1.11 Несоответствие показателей качества знаний слушателей выявляется руководителем СП, учебной части, центром аккредитации и симуляционного обучения и передается для регистрации и анализа в учебную часть.

5.1.12 Несоблюдение работниками и слушателями требований локальных нормативных актов Центра выявляется руководителем СП, внутренними и внешними аудиторами, регистрируется в журнале регистрации несоответствий.

5.1.13 Несоответствие требованиям СТО выявляется при проведении внутренних аудитов СМК аудиторскими группами с регистрацией в журнале регистрации несоответствий.

5.1.14 Несоответствия, выявленные при проведении анализа со стороны руководства, отражаются в протоколах Совета Центра, в протоколах заседаний Комиссии по качеству, в отчете по анализу СМК Центра.

5.1.15 Несоответствия, выявленные внешними аудиторами в соответствии с планами сертификационных аудитов и инспекционного контроля, регистрируются в актах.

5.4 Регистрация несоответствий

5.4.1 Записи о характере несоответствий осуществляют работники в соответствии с должностными обязанностями и/или распоряжениями руководителей СП в журналах регистрации несоответствий.

5.4.2 Записи о характере выявленных несоответствий и предпринятых корректирующих действиях хранятся у руководителей СП.

5.4.3 Несоответствия, выявленные при проведении внутренних аудитов, аудиторы заносят в листы регистрации несоответствий, которые хранятся у УКОД.

5.5 Устранение несоответствий

5.5.1 Решение по исправлению несоответствий и устранению причин появления этих несоответствий принимают руководители СП в пределах их компетенции самостоятельно или после согласования с УКОД.

5.5.2 Несоответствия по возможности устраняются в рабочем порядке. В случаях, если для устранения несоответствия требуются время и определенные ресурсы, руководители СП разрабатывают перечень действий, обеспечивающих исправление и предупреждение повторного появления несоответствий, с установлением срока и ответственных за выполнение этих действий.

5.5.3 Выявленное несоответствие после исправления повторно верифицируется для подтверждения соответствия установленным требованиям.

5.5.4 В случае, если при анализе выявлено, что причины несоответствия находятся вне сферы деятельности СП, УКОД совместно с руководителями СП разрабатывает «План корректирующих действий», распространяющийся на СП, согласует его с руководителями задействованных СП и подписывает сам.

5.5.5 В случае, если по объективным причинам мероприятия не могут быть выполнены в полном объеме, руководитель СП согласует с УКОД установление новых сроков выполнения.

5.5.6 Руководитель СП предоставляет информацию УКОД о выявленных несоответствиях и предпринятых действиях по их устранению в отчетах СП по окончании семестра.

5.5.7 УКОД составляет сводный отчет о выполнении процедуры по управлению несоответствиями в Центре по окончании полугодия и учебного года.

5.5.8 Результаты отчета после проверки УКОД являются входными данными для мероприятий по улучшению СМК.

6 Порядок выявления потенциальных несоответствий

6.1 С целью выявления потенциальных несоответствий в Центре используются экспертный метод, метод анкетирования, метод экспертной оценки.

6.2 Потенциальные проблемы Центра определяются путем анализа результатов самооценки деятельности структурных подразделений, проводимой в ходе комплексных проверок, а также путем анализа результатов анкетирования потребителей образовательных услуг Центра (слушатели, преподаватели, сотрудники, работодатели).

6.3 Ответственность за выявление потенциальных проблем несет лицо, непосредственно связанное с областью возникновения несоответствия.

7 Анализ несоответствий

7.1 Анализ причин возникновения несоответствий осуществляют следующие лица:

- руководители СП – по результатам внутренних аудитов;
- директор, заместители директора и руководители СП – по результатам контроля уровня знаний слушателей;
- УКОД – по выявленным несоответствиям в Центре для предоставления входных данных для анализа со стороны руководства.

7.2 Анализ проводится в целях установления причин несоответствий и для проведения мероприятий по их устранению и предупреждению повторного появления.

7.3 Причинами несоответствий могут быть:

- нарушение установленных требований к предоставлению образовательных услуг;
- неопределенные или ошибочные требования к действиям, установленным применительно к образовательному процессу;
- результат действия обстоятельств непреодолимой силы.

7.4 В случае невозможности установить какую-либо причину однозначно, следует определить предположительную причину. В дальнейшем при разработке корректирующих действий следует направить действие против данной причины.

Анализ документируется актом, где указывается:

- наименование несоответствия;
- этап выявления несоответствия;
- обоснование причинно-следственных связей для определения повторяемости и установления виновника несоответствия;
- подпись исполнителя анализа с указанием должности, фамилии и даты оформления документа (*Приложение Б*).

8 Ответственность

8.1 УКОД отвечает за выполнение процедуры управления несоответствиями в Центре.

8.2 Руководители СП отвечают за организацию и выполнение действий по управлению несоответствиями в соответствующих СП.

8.3 Директор отвечает за выделение необходимых ресурсов для управления несоответствиями.

8.4 Соблюдение процедур выявления, идентификации, анализа, устранения несоответствий, ведения записей при выполнении работ регулярно контролируют аудиторы при проведении внутренних аудитов СМК.

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(обязательное)

Форма журнала регистрации несоответствий

Журнал регистрации несоответствий

наименование структурного подразделения _____

№ п/п	Дата	Описание несоответствий	Лицо, выявившее несоответствие	Меры, принятые для устранения несоответствий	Ответственный за устранение несоответствий	Результаты принятых мер
1						
2						

ПРИЛОЖЕНИЕ Б
(обязательное)

Форма акта анализа несоответствия

Акт анализа несоответствия

Дата _____ № _____ по «Журналу регистрации несоответствий»

Наименование несоответствия _____

Этап выявления несоответствия* _____

Повторяемость _____

Виновник несоответствия _____

Результаты исследования и решение о причинах несоответствия _____

План мероприятий по устранению причин несоответствий _____

Анализ провел _____

должность

Ф.И.О.

подпись

дата

* вписывается этап выявления несоответствия: внутренний аудит, проверка, закупка и т.д.

