



Министерство здравоохранения Республики Татарстан  
Государственное автономное образовательное учреждение  
«Набережночелнинский медицинский колледж»

Система менеджмента качества

ДП-8.5.2-3-2019

Корректирующие и предупреждающие действия

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ГАПОУ  
«Набережночелнинский  
медицинский колледж»  
С.Т. Вахитова  
2019 г.



СИСТЕМА КАЧЕСТВА

ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

ДП-8.5.2-3-2019

Версия 2.0

Набережные Челны 2019 г.

	Должность	Фамилия/ Подпись	Дата
<b>Разработали:</b>	Заместитель директора по учебной работе Заместитель директора по воспитательной работе Менеджер по качеству	Ахметсанеева Ю.Е. Нурмухаметова Н.Ф. Ахметзянова Л.И.	06.09.2019 08.09.2019 08.09.2019
<b>Версия: 2.0</b>	Контрольный экземпляр		Стр1 из 12



## 1.Содержание документа

1. Содержание документа.....	2
2. Сокращения и обозначения, используемые в документе.....	3
3. Назначение и область применения процедуры .....	4
4. Описание процедуры .....	4
4.1 Общие положения.....	4
4.2 Пояснение к графическому описанию .....	6
5. Ответственность и полномочия .....	7
6. Нормативные документы .....	7
7. Приложения .....	8
7.1 Графическое описание документированной процедуры.....	9
7.2 Ф 01 Карточка корректирующих и предупреждающих действий по воспитательной работе на студента.....	11
7.3. Ф 02 Карточка корректирующих и предупреждающих действий по учебной работе на студента.....	11
8. Лист регистрации изменений .....	12

## 2.СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДОКУМЕНТАХ СМК КОЛЛЕДЖА.



БЭС	-	Бухгалтерско-экономическая служба	ПС	-	Педагогический совет
ВР	-	Воспитательная работа	ПК	-	Приемная комиссия
ВВА	-	Внеплановый внутренний аудит	ПА	-	Промежуточная аттестация
ГИА	-	Государственная итоговая аттестация	ПО	-	Практическое обучение
ГАК	-	Государственная аттестационная комиссия	РГВА	-	Руководитель группы внутренних аудиторов
ДИ	-	Должностная инструкция	РСК	-	Руководитель службы качества
ДБУ	-	Документация базового уровня	РК	-	Руководство по качеству
НД	-	Номенклатура дел	РИ	-	Рабочая инструкция
ГАПОУ	-	Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение	СИО	-	Служба информационного обеспечения
КД и ПД	-	Корректирующие и предупреждающие действия	СК	-	Служба качества
			СП	-	Структурное подразделение
ПСП	-	Положение о структурном подразделении	СПО	-	Среднее профессиональное образование
РИ	-	Рабочая инструкция	СМК	-	Система менеджмента качества
МК	-	Методический кабинет	ТД	-	Техническая документация
МИ	-	Методические инструкции	ПВА	-	Плановый внутренний аудит
ОК	-	Отдел кадров	УИРС	-	Учебная исследовательская работа студентов
ООПО	-	Отдел основного профессионального образования			
МОК	-	Методическое объединение кураторов	ПВА	-	Плановый внутренний аудит
ОСПК	-	Ответственный секретарь приемной комиссии	ППССЗ	-	Программа подготовки специалистов среднего звена



### 3. Назначение и область применения процедуры

Настоящая процедура устанавливает единый порядок применения корректирующих и предупреждающих действий по отношению ко всем видам несоответствий в основных и обеспечивающих процессах ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж». Требования процедуры обязательны для применения всеми структурными подразделениями и должностными лицами ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж».

Предупреждающие действия направлены на предотвращение причин появления потенциальных несоответствий (предупреждению их появления).

### 4. Описание процедуры

#### 4.1 Общие положения

Настоящая процедура определяет порядок планирования и реализации корректирующих или предупреждающих мероприятий по отношению ко всем видам несоответствий, обнаруженных или возможных в основных и обеспечивающих процессах колледжа.

4.1.1. *Основные возможные виды несоответствий в ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж».*

Возможные несоответствия приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Деятельность ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»	Несоответствия
Результаты всех видов образовательной деятельности (основные образовательные программы по подготовке специалистов среднего звена) – это выпускники, обладающие компетенциями, соответствующими требованиям ФГОС СПО и требованиям потребителей.	Несоответствие компетенций выпускников требованиям ФГОС СПО и потребителей
Педагогические кадры, имеющие среднее профессиональное или высшее образование и отвечающие квалификационным требованиям, указанным в квалификационных справочниках, и (или) профессиональных стандартах (ст 46. Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»).	Несоответствие образования или несоответствие квалификационным требованиям компетенций преподавательского состава.
Результаты проектирования образовательных программ по подготовке специалистов среднего звена – это учебные планы, рабочие программы ППССЗ, учебных дисциплин, профессиональных модулей, производных практик, учебно-методические комплексы.	1. Несоответствия в учебных планах, рабочих программах, и учебно-методических комплексах требованиям ФГОС СПО и ППССЗ колледжа и потребителей. 2. Не выполнение требований, норм и законов, регламентирующих образовательную деятельность колледжа по проектированию ППССЗ.



Процесс реализации образовательной деятельности (основные образовательные программы по подготовке специалистов среднего звена)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Невыполнение частично или в полном объеме утвержденной учебно-программной документации.</li><li>2. Несоответствия в компетентности преподавательского состава.</li><li>3. Неуспевающие студенты.</li></ol>
Управление персоналом	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Несоответствие, как недостаточная квалификация преподавательского состава.</li><li>2. Несоответствие, как недостаточная квалификация персонала общеотраслевых профессий (рабочих и служащих.)</li><li>3. Несоответствие в квалификации руководства и руководителей структурных подразделений.</li><li>4. Несоответствие кадрового обеспечения для реализации основной образовательной программы по подготовке специалистов среднего звена.</li></ol>
Процессы, обеспечивающие образовательную деятельность колледжа.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Несоответствие МТБ колледжа современным требованиям и качеству подготовки студентов.</li><li>2. Несоответствие образовательной среды и инфраструктуры колледжа.</li><li>3. Несоответствие ресурсов для обучения и поддержки студентов.</li></ol>

Информация о возникших несоответствиях собирается, обобщается и анализируется руководителем соответствующего структурного подразделения или процесса колледжа. В качестве источников информации о несоответствиях могут выступать:

- результаты внутреннего аудита (ДП-СК-8.2.2 «Внутренние аудиты»);
- результаты работы с работодателями лечебно - профилактических и фармацевтических организаций (результаты маркетинговых исследований рынка, образовательных услуг и рынка труда) или другими потребителями продукции;
- результаты самооценки колледжа и другие.
- карточки корректирующих и предупреждающих действий на студента по воспитательной и учебной работе, которые заводятся по факту выявления несоответствия.

#### 4.1.2. *Корректирующие действия при выявлении несоответствий.*

Корректирующие действия при выявлении несоответствий проводятся с целью предупреждения их повторного появления. Начало корректирующих действий задается руководителем структурного подразделения, в котором это несоответствие обнаружено, по разработанному плану устранения



несоответствия с указанием сроков проведения и назначением ответственных лиц.

При необходимости решение о запуске корректирующих действий принимает руководитель соответствующего процесса по согласованию с руководителем службы качества.

Ресурсы на проведение корректирующих мероприятий утверждается руководством колледжа.

После проведения корректирующих мероприятий проводится анализ их эффективности, информация доводится до руководства колледжа и заинтересованных лиц, как правило, на совещании при директоре.

*4.1.2. Предупреждающие действия для устранения возможности возникновения несоответствия.*

Устранение причин потенциальных несоответствий проводится с целью предупреждения возникновения несоответствий в образовательной или иной деятельности колледжа. Возможность появления несоответствий (т.е. признание наличия потенциального несоответствия) выявляется:

- по результатам анализа данных по процессам, а также выявленным тенденциям повторения этих данных;
- по результатам внешних и внутренних аудитов образовательной или иной деятельности колледжа;
- по рекламациям от заинтересованных сторон;
- по результатам оценки удовлетворенности заинтересованных сторон.

Условия запуска предупреждающих действий зависят от параметров и характеристик процессов.

Решения о запуске предупреждающих действий принимает руководитель соответствующего процесса. План ПД и сроки его реализации согласуются с руководителем службы качества.

Ресурсы на проведение предупреждающих мероприятий утверждаются директором колледжа. После проведения предупреждающих мероприятий проводится анализ их эффективности, информация о котором доводится до руководства колледжа, а также до заинтересованных лиц, как правило, на совещании при директоре колледжа.

#### **4.2 Пояснения к графическому описанию**

Процедура порядка применения корректирующих и предупреждающих действий по отношению ко всем видам несоответствий в основных и обеспечивающих процессах ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж» приведена и в графическом описании.

**Блок 01.** На основании зарегистрированной информации о несоответствиях руководитель процесса назначает ответственного за реализацию процедуры корректирующих/предупреждающих действий. Ответственный руководитель формирует команду для выявления причин несоответствий и формированию предложений по решению возникших проблем.



**Блок 02.** Команда выполняет оценку достаточности информации для определения причин несоответствий или принимает решение о необходимости проведения дополнительного сбора данных.

**Блок 03.** В случае принятия решений о достаточности информации, команда выдвигает гипотезы о возможных причинах несоответствий.

**Блок 04.** Команда разрабатывает планы сбора дополнительных данных, необходимых для подтверждения или исключения выдвинутых гипотез о возможных причинах несоответствий.

**Блок 05.** Командой выполняется анализ имеющихся материалов о возможных причинах несоответствий. Полученные результаты документируются и предоставляются руководителю структурного подразделения.

**Блок 06.** Решение о проведении корректирующих или предупреждающих мероприятий документально оформляется в виде плана, назначаются исполнители по каждому разделу разработанного плана мероприятий и утверждается руководителем процесса.

**Блок 07.** Исполнители реализуют предусмотренные планом корректирующие или предупреждающие мероприятия. Выполнение этих мероприятий документально оформляется в виде протокола, акта выполненных работ или другого документа.

**Блок 08.** Исполнители выполняют проверку результативности мероприятий, которая при необходимости оформляется документально (например, в протоколе несоответствий по внутреннему аудиту) и утверждается руководителем процесса.

Если в течение проверки обнаруживается повторное появление несоответствий или данные о потенциальных несоответствиях, то выполняется возврат к блоку 02.

**Блок 09.** Если по результатам проверки повторения несоответствий не выявлено и нет данных о потенциальных несоответствиях, то результаты корректирующих или предупреждающих мероприятий закрепляются путем документирования (внесение изменений в документацию на процесс) и обучения персонала.

## 5. Ответственность и полномочия

Ответственность и полномочия при реализации процедуры определены в ее тексте, графическом приложении и Руководстве по качеству, раздел 8.4.2.

## 6. Нормативные документы

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

4.1. Глоссарий (словарь) терминов, обозначений и сокращений, используемых в документации системы качества ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»

4.2. Руководство по качеству: раздел 8.4.2 Корректирующие и предупреждающие действия.

4.3. Информационные карты процессов колледжа.



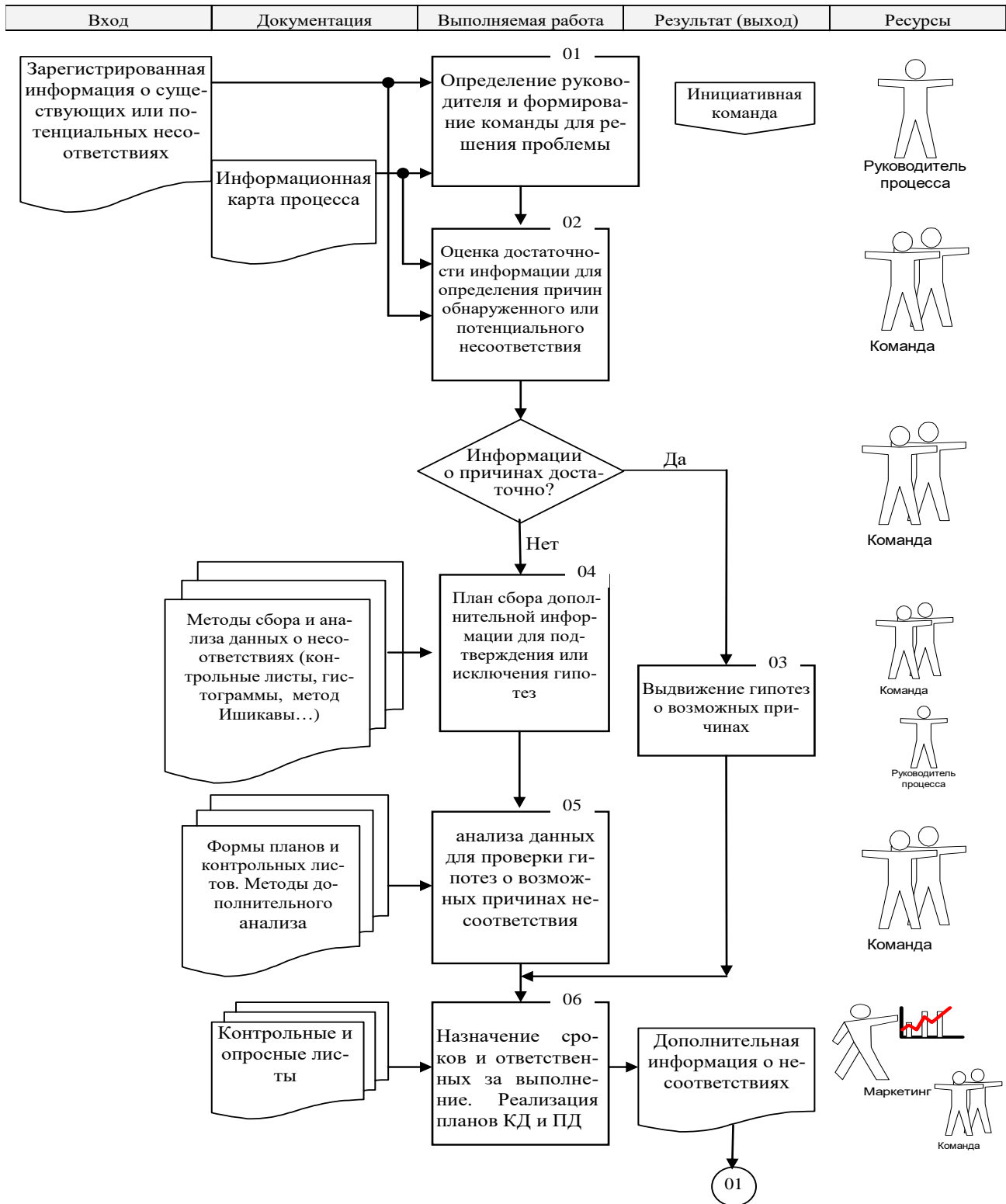
## 7. Приложения

1. Приложение 7.1 Графическое описание документированной процедуры
2. Приложение 7.2 Карточка корректирующих и предупреждающих действий по воспитательной работе на студента.
3. Приложение 7.3 Карточка корректирующих и предупреждающих действий по учебной работе на студента.



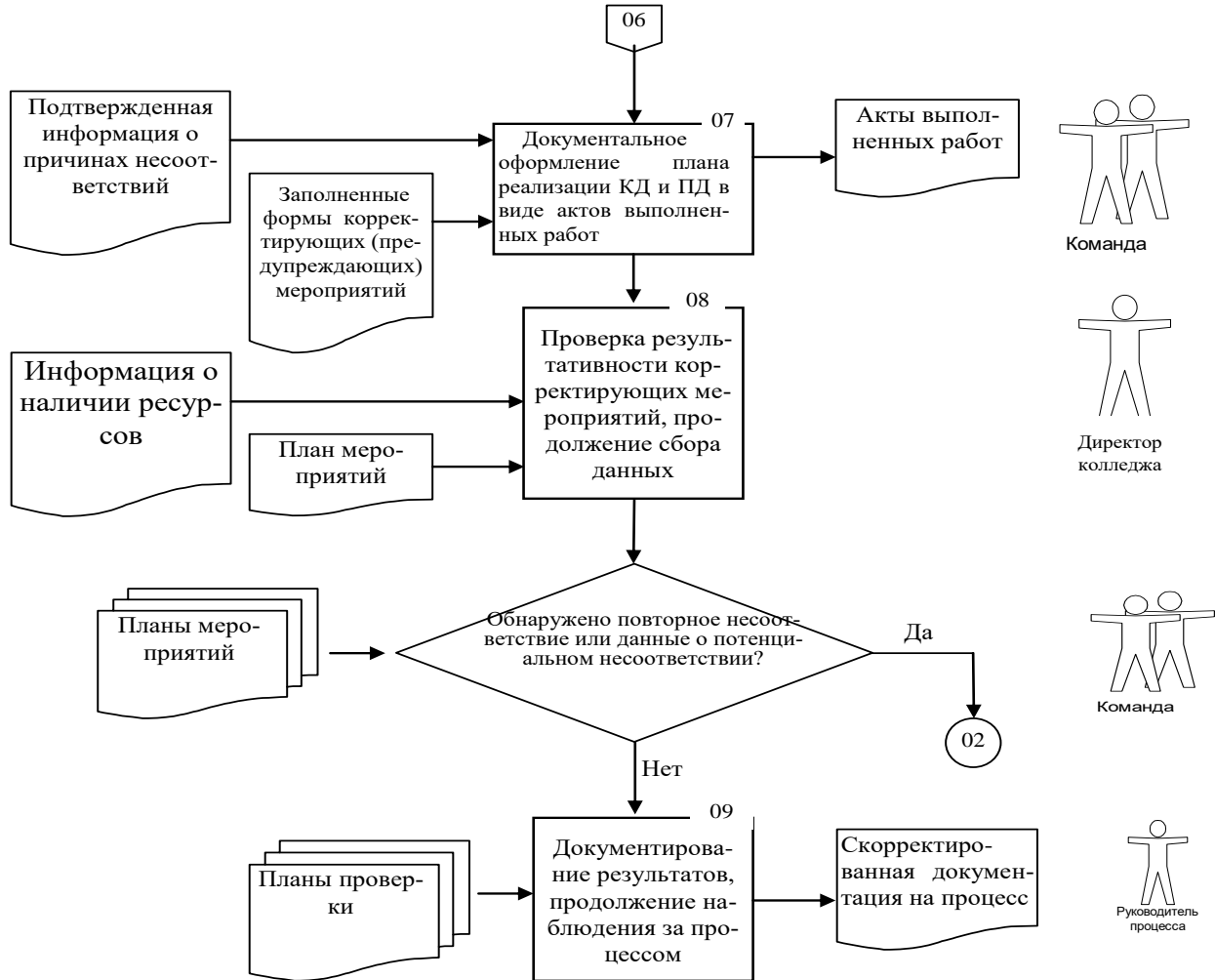


### 7.1 Графическое описание документированной процедуры





Вход	Документация	Выполняемая работа	Результат (выход)	Ресурсы
------	--------------	--------------------	-------------------	---------





## 7.2 Карточка корректирующих и предупреждающих действий по воспитательной работе на студента (Ф 01)

Ф.И.О. студента \_\_\_\_\_  
Группа \_\_\_\_\_  
Курс \_\_\_\_\_  
Специальность \_\_\_\_\_  
Форма обучения \_\_\_\_\_

Карточка заведена  
Зам. директора по воспитательной работе  
\_\_\_\_\_ Н.Ф. Нурмухаметова  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Дата	Несоответствие	Причина несоответствия	План корректирующих и предупреждающих действий	Результат	Подписи сторон	
					колледж	студент (родитель)

## 7.3 Карточка корректирующих и предупреждающих действий по учебной работе на студента (Ф 02)

Ф.И.О. студента \_\_\_\_\_  
Группа \_\_\_\_\_  
Курс \_\_\_\_\_  
Специальность \_\_\_\_\_  
Форма обучения \_\_\_\_\_

Карточка заведена  
Зам директора по учебной работе  
\_\_\_\_\_ Ю.Е. Ахметганеева  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Дата	Несоответствие	Причина несоответствия	План корректирующих и предупреждающих действий	Результат	Подписи сторон	
					колледж	студент (родитель)



8. Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номера листов			Основание для внесения изменений	Подпись	Ф.И.О.	Дата	Дата введения изменений
	замененных	новых	аннулированных					
1	1д	1д	-	перенос ДП	Бур	Зав. кафедрой И.И.	06.09.2019	06.09.2019
2	стр 65	стр 65	-	измен. в разделе 5.1.1.1	ИИ	Бур. Лидия Александровна	07.10.2019	07.10.2019