



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»

Отдел системы менеджмента качества

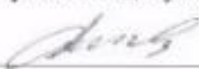
Документированные процедуры качества:
Управление корректирующими действиями

Редакция: 1

Страница 1 из 16

УТВЕРЖДЕНО
Решением Правления
от «09» 11 2019г.
Протокол № 10

Документированные процедуры качества: Управление корректирующими действиями

Срок действия с «09» <u>11</u> 20 <u>19</u> г. по «09» <u>11</u> 20 <u>19</u> г.	Срок продления до «09» <u>11</u> 20 <u>19</u> г.	Статус: Действующий <input checked="" type="checkbox"/> Устаревший <input type="checkbox"/>
Предыдущий устаревший документ: № приказа ректора От	Подпись ответственного лица за управление документом 	Код № <u>100-10-00113</u> Копия № <u>000-1100</u> Экземпляр №

Алматы – 2019



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»

Отдел системы менеджмента качества

Документированные процедуры качества:
Управление корректирующими действиями

Редакция: 1
Страница 2 из 16

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел системы менеджмента качества	Документированные процедуры качества: Управление корректирующими действиями	Редакция: 1 Страница 2 из 16

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Наименование	Наименование структурного подразделения	Ф.И.О., подпись ответственного лица, дата визирования	Должность, Ф.И.О., подпись конкретного исполнителя, дата визирования
РАЗРАБОТКА	Руководитель отдела СМК	Масанова А.А. «__»__ 20__ г.	«__»__ 20__ г.
СОГЛАСОВАНИЕ	Провост	Витенис Калибатас «__»__ 20__ г.	«__»__ 20__ г.
	Исполнительный проректор	Сенбеков М.Т. «__»__ 20__ г.	«__»__ 20__ г.
	Проректор по академической работе	Байльдинова К.Ж. «__»__ 20__ г.	«__»__ 20__ г.
	Проректор по науке и цифровизации	Жусупов Б.С. «__»__ 20__ г.	«__»__ 20__ г.
	Проректор по корпоративному развитию	Датхаев У.М. «__»__ 20__ г.	«__»__ 20__ г.
	Руководитель аппарата ректора	Аубакиров Б.Ж. «__»__ 20__ г.	«__»__ 20__ г.
	Руководитель юридического управления	Гаитова М.А. «__»__ 20__ г.	«__»__ 20__ г.
ЖІБЕРУ/ РАССЫЛКА/	Довести до сведения всем структурным подразделениям		



Содержание

1.	Общие положения	4
2.	Нормативные ссылки	4
3.	Термины и определения	4
4.	Обозначения и сокращения	4
5.	Разработка и реализация корректирующих действий	4
6.	Распределение ответственности	6
7.	Конфиденциальность	6
8.	Примерный перечень несоответствий и корректирующих действий в КазНМУ	7
9.	Приложение 22	10
	Форма № 22. Журнал улучшения деятельности структурного подразделения/процесса	
	Приложение 23	11
	Форма №23. План мероприятий по устранению несоответствий по результатам внутреннего аудита по процессу	
	Приложение 24	12
	Форма № 24. Форма Плана корректирующих действий по устранению несоответствия	
	Приложение 25	13
	Форма №25. Форма Плана мероприятий по результатам анализа СМК	
10.	Лист регистрации изменений	15
11.	Лист ознакомления	16



1. Общие положения

- 1) Документированная процедура качества по корректирующим действиям устанавливает единый порядок разработки и проведения корректирующих действий в некоммерческом акционерном обществе «Казахский национальный медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова» (далее – КазНМУ), являющихся составными частями процесса улучшения качества.
- 2) Настоящая процедура применяется в структурных подразделениях и процессах СМК КазНМУ, в деятельности которых обнаружено несоответствие, с целью устранения причин несоответствий для предупреждения повторного их возникновения.
- 3) Процедура является внутренним нормативным документом системы менеджмента качества, обязательным для должностных лиц и сотрудников подразделений, участвующих в определении и осуществлении корректирующих действий.

2. Нормативные ссылки

Процедура разработана на основании следующих международных и национальных стандартов:

- МС ИСО 9001:2015 - Системы менеджмента качества. Требования;
- СТ РК 9004:2010 – Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации;
- МС ИСО 19011:2011 - Системы менеджмента качества. Руководящие указания по проведению аудитов систем менеджмента;
- СТ РК ИСО 9004 - Системы менеджмента качества. Устойчивое развитие;
- СТ РК 1157 - Системы менеджмента качества организаций образования.

3. Термины и определения

Термины и определения, используемые в данной процедуре, приведены в МС ИСО 9001:2105.

4. Обозначения и сокращения

ИСО – Международная организация по стандартизации;

МС – Международный стандарт;

СМК – Система менеджмента качества.

5. Разработка и реализация корректирующих действий

- 1) Потребность в корректирующих действиях возникает как следствие выявления несоответствий СМК требованиям международного стандарта ИСО 9001:2015, законодательных и нормативных документов, потребителей с целью предупреждения повторного их возникновения.
- 2) Характер и объем необходимых корректирующих действий зависит от установленных в ходе аудита/анализа СМК причин несоответствий и определяется руководителем подразделения/процесса (таблица №5).
- 3) Решение о запуске корректирующих действий, призванных избежать повторения несоответствий, принимает руководитель соответствующего структурного подразделения/процесса, в котором обнаружено несоответствие.



Коррекция - это действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия. Корректирующее действие - действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия.

- 4) Разработанные корректирующие действия должны быть направлены на устранение причины несоответствия, с учетом возможности их реализации, предусматривать их конкретных исполнителей, содержать конкретные сроки их реализации.
- 5) Корректирующие действия включают в себя:
 - выявление и анализ причины возникновения несоответствий;
 - методы и способы, а также меры и мероприятия (планы мероприятий) по их устранению;
 - анализ эффективности предпринятых корректирующих действий.
- 6) Устранение выявленных значительных несоответствий осуществляется посредством исполнения решений, принятых на совещаниях.
- 7) Каждый случай обоснованных жалоб, актов о несоответствиях, серьезных несоответствиях, возникающих в повседневной деятельности разбирается детально и в полном объеме.
- 8) В случае, когда несоответствия обусловлены недостатками СМК вуза, планируются также внесения изменений в документацию СМК.
- 9) К значительным несоответствиям можно отнести те, которые связаны с невыполнением требований законодательства Республики Казахстан, существенными экономическими и моральными потерями для вуза и наносящие вред ее имиджу; а также несоответствия оказанной услуги требованиям и ожиданиям потребителя.
- 10) Незначительными несоответствиями считаются выявленные действия и факты, которые не приводят к существенным последствиям и могут быть разрешены в рабочем порядке на уровне отделов.
- 11) Запись результатов предпринятых корректирующих действий осуществляется в Протоколе о несоответствии (Форма №16) и Журнале улучшения деятельности структурного подразделения (Форма №22).
- 12) Письменное удостоверение устранения несоответствия и анализ адекватности и результативности предпринятого корректирующего действия осуществляет аудитор и/или руководитель отдела СМК в Протоколе о несоответствии (Форма №16).
- 13) По окончанию внутреннего аудита составляется План мероприятий по устранению несоответствий по результатам внутреннего аудита по процессу (форма №23) с указанием ответственных лиц, срока выполнения и формы отчетности.
- 14) Для устранения выявленных несоответствий при проведении внешнего аудита составляется План корректирующих действий по устранению несоответствия (форма № 24), согласованные с руководителями ответственных структурных подразделений. Согласование предложенных мер, а также назначение



ответственных за реализацию утвержденных корректирующих действий осуществляется руководителем отдела СМК и руководителями подразделений и утверждается Ректором.

- 15) По итогам анализа функционирования СМК Университета, решением Совета по качеству, утверждается План мероприятий по результатам анализа СМК (форма № 25). Контроль за выполнением Плана осуществляет отдел СМК.
- 16) Анализ результативности принятых корректирующих действий осуществляется также в ходе анализа СМК со стороны руководства. Корректирующие действия считаются результативными в том случае, если в результате их реализации несоответствие не возникает повторно.

6. Распределение ответственности

Ректор КазНМУ несет ответственность за:

- утверждение настоящей процедуры и новых версий в случае возникновения изменений;
- применение данной процедуры;
- утверждение ресурсов на проведение корректирующих действий;
- анализ результативности принятых корректирующих.

Руководитель отдела СМК, внутренние аудиторы несут ответственность за:

- разработку и введение настоящей процедуры в действие;
- применение настоящей процедуры;
- мониторинг и анализ результативности принятых корректирующих действий.
- Руководители структурных подразделений и процессов несут ответственность за:
 - применение настоящей процедуры;
 - определение и выполнение определённых корректирующих действий.

7. Конфиденциальность

Настоящая процедура является внутренним нормативным документом КазНМУ и не подлежит представлению другим сторонам, кроме экспертов сертификационных органов при проведении аудитов и потребителей-партнеров (по их требованию) с разрешения Ректора КазНМУ.



**«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
 НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»**

Отдел системы менеджмента качества

Документированная процедура качества: управление документацией

Редакция: 1

Страница 7 из 16

Таблица 5. Примерный перечень несоответствий и корректирующих действий в КазНМУ

Несоответствие	Причины	Меры по устранению	Запись
Учебный процесс			
Неудовлетворительный балл контроля знаний обучающегося. Академическая задолженность по итогам зачетно-экзаменационной сессии. Неявка на итоговый контроль знаний	Низкий уровень текущих знаний по дисциплине. Нарушение учебной дисциплины. Низкий уровень итоговых знаний по дисциплине. Пропуски по уважительной причине.	Повторное обучение. Академический отпуск. Продление сессии.	Аттестационная ведомость. Расписание циклов повторного обучения. Распоряжения, график, приказ о повторном обучении. Экзаменационные ведомости, рапорты кафедр, заместителя декана, справки ВКК, объяснительные обучающихся
Не освоение обучающимися необходимого перечня практических навыков	Низкий уровень текущих знаний по дисциплине. Нарушение учебной дисциплины. Низкий уровень итоговых знаний по дисциплине. Пропуски по уважительной причине	Повторное прохождение учебно-производственной и профессиональной практики, академический отпуск	Рапорты, ведомости по практике, дневник практики обучающегося, характеристики с места прохождения практики.
Невыполнение учебного плана выпускником	Пропуски по уважительным и неуважительным причинам	Повторное обучение с целью ликвидации академической задолженности, не допущение к выпускным гос.экзаменам	Приказ о допуске, рапорт кафедры о ликвидации задолженности, ведомость
Нарушение регламента и механизма реализации учебного процесса со стороны ППС и обучающихся	Болезнь сотрудника, отсутствие информированности, ошибки в расписании	Обсуждение на заседаниях деканата, кафедр, беседа с преподавателем, проверка расписания, календарно-тематического плана, учебного журнала	Объяснительные, докладные служебные записки, рапорта, заявления обучающихся
Ошибки в расписании	Несогласованная работа методистов по составлению расписания, отсутствие навыков работы	Внесение коррекции в расписание и ознакомление всех заинтересованных сторон, усиление контроля со стороны руководителя ОПиКУПиП, обучение методистов	Новое расписание, рапорта с кафедр, деканатов
Наличие	Отсутствие	Корректировка в связи с дополнениями и	Журнал учета несоответствий,



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

Отдел системы менеджмента качества

Документированная процедура качества: управление документацией

Редакция: 1

Страница 8 из 16

Несоответствие	Причины	Меры по устранению	Запись
неактуализированных учебно-методических материалов	информированности, низкий уровень производственной дисциплины ППС и руководителей подразделений	изменениями нормативно-законодательной базы и вуза, обсуждение данного вопроса на заседаниях факультета, актуализация материалов	справки и протоколы методической комиссии и кафедры
Непрохождение государственной итоговой аттестации	Низкий уровень квалификационных знаний, умений и навыков. Невыполнение учебного плана. Неявка на гос. итоговую аттестацию.	Повторная сдача государственного экзамена через год.	Протокол ГЭК, ГКК, ведомости Протокол защиты выпускных (дипломных) работ, магистерских диссертаций
Нарушение регламента и механизма реализации учебного процесса со стороны ППС и обучающихся	Низкий уровень трудовой и учебной дисциплины участников учебного процесса, низкий уровень подготовленности ППС, низкий процент острепенности	Рассмотрение на заседаниях деканата и кафедры, повышение квалификации, категоричности, процента острепенных сотрудников	Протоколы заседания кафедры и деканата, удостоверения о прохождении ФПК, удостоверение о присвоении категорий, план ФПК, результаты конкурсной комиссии
Низкая успеваемость	Низкий уровень подготовки среднего образования, низкий уровень подготовительных курсов и медицинских колледжей, пропуски занятий	Организация мероприятий, мотивирующих интерес к учебе и медицине, организация консультаций и дополнительных занятий	Анализ сессии, рапорта, график дополнительных занятий, график консультаций, протоколы заседаний кафедры
Научно-исследовательский процесс			
Невыполнение индивидуального плана НИР ППС	Необъективная самооценка возможностей выполнения НИР. Нарушение трудовой дисциплины ППС	Обсуждение на заседании кафедры	Протокол заседания кафедры
Низкий уровень содержания НИР обучающегося	Несоблюдение требований по выполнению НИР	Исправление в соответствии с замечаниями и рекомендациями научного руководителя и/или оппонента	Отзыв научного руководителя Рецензия, протокол научной конференции
Несоблюдение технических требований по оформлению наукоемкой продукции	Несоблюдение технических требований по оформлению наукоемкой продукции	Исправление в соответствии с требованиями Устранение технических несоответствий	Журнал учета несоответствий, а также справки и протоколы Научного Совета, протоколы заседаний кафедры



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

Отдел системы менеджмента качества

Документированная процедура качества: управление документацией

Редакция: 1

Страница 9 из 16

Несоответствие	Причины	Меры по устранению	Запись
Повышение квалификации ППС			
Неудовлетворенность слушателей и участников ФПК уровнем организации и проведения циклов	Низкий уровень организации и проведения форм повышения квалификации	Обсуждение итогов и принятие мер по устранению недостатков проведения внутривузовских форм повышения квалификации Корректировка программы повышения квалификации вуза	Протокол заседания ЦНО Протокол заседания кафедры ФПК Отчет о работе кафедры Протоколы заседания ректората, Университетского Совета
Лечебно-диагностический процесс			
Невыполнение плана лечебной нагрузки	Недостаточное количество курируемых больных, отсутствие на рабочем месте (болезнь, командировка). Низкая квалификация сотрудника	Актуализация положения о лечебной нагрузке клинических кафедр согласно профилю, рациональное планирование лечебной нагрузки, Повышение врачебной квалификации сотрудника	Протокол заседания кафедры, протокол заседания Клинического Совета
Отсутствие прослеживаемости лечебной и консультационной помощи	Низкая производственная дисциплина	Усиление контроля по лечебной работе, актуализация записей по учету лечебной нагрузки ППС	Протокол заседания кафедры, актуализация записей учета
Ошибки ППС в лечении и диагностике заболеваний	Низкая квалификация сотрудника	Разбор клинического случая на кафедре, повышение квалификации сотрудника	Жалобы больных и родственников, рапорты руководителей с клинических баз, служебная записка с клинического отдела, приказы, объяснительные сотрудников, истории болезней и амбулаторные карты больных, протоколы заседаний кафедры
Жалобы пациентов	Низкая квалификация ППС, нарушения деонтологии, недостаточные коммуникативные навыки	Повышение квалификации, разбор на заседании кафедры	Жалобы больных и родственников, протоколы заседаний кафедры



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

Отдел системы менеджмента качества

Документированная процедура качества: управление документацией

Редакция: 1

Страница 11 из 16

ПРИЛОЖЕНИЕ 23

Форма № 23

Форма Плана мероприятий по устранению несоответствий по результатам внутреннего аудита по процессу

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____

ФИО

подпись

«__» _____ 20__ г.

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ НЕСООТВЕТСТВИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА
ПО ПРОЦЕССУ _____
(название процесса)

№	Мероприятие	Ответственный	Срок исполнения	Форма отчетности
1				

Руководитель отдела СМК

Подпись

ФИО



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

Отдел системы менеджмента качества

Документированная процедура качества: управление документацией

Редакция: 1

Страница 12 из 16

ПРИЛОЖЕНИЕ 24

Форма № 24

Форма Плана корректирующих действий по устранению несоответствия

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____

ФИО

подпись

«__» _____ 20__ г.

**ПЛАН КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ НЕСООТВЕТСТВИЯ И ВЫПОЛНЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАДЗОРНОГО АУДИТА СМК КАЗНМУ ИМ. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА**

период _____

(дата)

№	Несоответствия	Причина несоответствий	Меры устранения причины несоответствий (корректирующие действия)	Ответственные	Срок реализации	Меры по устранению несоответствий (коррекции)	Ответственные	Срок реализации

№	Рекомендации	Меры по выполнению рекомендации	Ответственные	Срок реализации

Руководитель отдела СМК

Подпись

ФИО



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

Отдел системы менеджмента качества

Документированная процедура качества: управление документацией

Редакция: 1

Страница 13 из 16

ПРИЛОЖЕНИЕ 25

Форма № 26

Форма Плана мероприятий по результатам анализа СМК

УТВЕРЖДАЮ

Председатель Совета по качеству

ФИО

подпись

«__» _____ 20__ г.

ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА СМК

№	Мероприятия	Ответственные исполнители	Сроки выполнения	Курирующий проректор/директор	Форма отчетности	Примечание
Название процесса						
1	2	3	4	5	6	7

Руководитель отдела СМК

Подпись

ФИО

