

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный технический университет»
(ТвГТУ)

СТАНДАРТ
ОРГАНИЗАЦИИ

СТО СМК
02.005-2026

Утверждаю
Врио ректора ТвГТУ
«25» февраля 2026 г
_____ А.А. Артемьев

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Улучшения.
Несоответствия и корректирующие действия

Тверь
2026

Предисловие

1 РАЗРАБОТАН Центром менеджмента качества ТвГТУ.

2 ПРИНЯТ решением ученого совета университета от 25 февраля 2026 г. протокол №7, утвержден ректором 25 февраля 2026 г.

3 Стандарт соответствует требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и ГОСТ РВ 0015-002-2020.

4 ВВЕДЕН взамен СТО СМК 02.005-2019

Содержание

1 Область применения	4
2 Нормативные ссылки	4
3 Термины и определения	4
4 Обозначения и сокращения	5
5 Несоответствия	5
6 Корректирующие действия	6
7 Ответственность	7
Приложение А. Форма отчет-листка о выявленном несоответствии	8
Приложение Б. Форма плана корректирующих действий	9
Лист регистрации изменений	11
Лист регистрации ознакомления	12

1 Область применения

1.1 Настоящий стандарт устанавливает порядок разработки, реализации и оценки результативности коррекций и корректирующих действий для выявленных несоответствий в системе менеджмента качества Тверского государственного технического университета.

1.2 Настоящий стандарт предназначен для разработчиков и пользователей документов СМК и обязателен к применению во всех структурных подразделениях ТвГТУ.

2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте используются следующие нормативные ссылки:

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования

ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные понятия и словарь.

ГОСТ РВ 0015-002-2020 Система разработки и постановки продукции на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования.

РК СМК 01.02-2025 Руководство по качеству ТвГТУ

СТО СМК 02.001-2025 Стандарт организации. Система менеджмента качества. Управление документированной информацией

СТО СМК 02.004-2025 Стандарт организации. Система менеджмента качества. Внутренние аудиты.

3 Термины и определения

Термины, применяемые в настоящем стандарте, соответствуют стандарту ГОСТ Р ИСО 9000-2015.

Под **несоответствиями** следует понимать любое отклонение от установленных требований в нормативных документах федерального, регионального, локального уровня.

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.

Коррекция — действие, предпринятое для устранения выявленного несоответствия.

Верификация - подтверждение на основе представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены

4 Обозначения и сокращения

В данном стандарте используются следующие сокращения:

РК – руководство по качеству ТвГТУ,

СМК – система менеджмента качества,

Университет, ТвГТУ – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный технический университет»,

УСУ – ученый совет университета.

5. Несоответствия

5.1 Несоответствия классифицируются по следующим признакам:

5.1.1. По месту обнаружения – несоответствия, возникающие в процессе работы:

- а) кафедры;
- б) деканата факультета;
- в) отделов, центров и управлений.

5.1.2. По исполнителю – несоответствия, допускаемые:

- а) обучающимися;
- б) научно-педагогическими работниками;
- в) руководителями (проректора, деканы, зав. кафедрами, руководители подразделений);
- г) сотрудниками.

5.1.3. По степени возникновения:

- а) единичные;
- б) повторяющиеся (систематические);
- в) потенциальные (Потенциальным может быть несоответствие, относящееся к любой группе предложенной классификации).

5.2 Все случаи несоответствий должны идентифицироваться и регистрироваться немедленно после обнаружения.

5.3 Наиболее частыми причинами возникновения несоответствий могут быть:

нарушение требований нормативно-правовой документации, устанавливающей порядок осуществления деятельности (процесса);

использование неподходящего (неисправного) вспомогательного оборудования и технических средств обучения при проведении образовательной деятельности;

ошибки персонала, который проводит работы и др.

5.4 Установление и анализ причин возникновения несоответствий, а также анализ их возможных последствий осуществляется руководителем структурного подразделения с целью устранения и предотвращения повторного появления несоответствий на основании.

6 Корректирующие действия

6.1 Корректирующие действия являются мерами оперативного вмешательства в деятельность, осуществляемую университетом, с целью устранения причины обнаруженного несоответствия.

6.2 Разработка корректирующих действий осуществляется руководителем процесса, для которого нужно разработать корректирующие действия.

6.3 Ученый совет университета проводит анализ и изучение причин, вызвавших появление несоответствия. Результаты такого анализа, оформляются документально в виде протокола. В протоколе указывается:

какое несоответствие было выявлено;

- чему оно не соответствует;

- причина возникновения несоответствия;

- если несоответствие носит систематический характер и требует внесения изменений в документацию СМК или получено по рекламации от заказчика (потребителя), то УСУ разрабатывается план корректирующих действий (приложение А), являющийся неотъемлемой частью протокола;

- должности, фамилии и подписи членов УСУ, проводившей анализ несоответствия.

6.4 Если несоответствие единичное (случайное), не требует специальных корректирующих мероприятий и изменений в документации системы менеджмента качества, то проводится коррекция (несоответствие устраняется на месте без разработки плана корректирующих мероприятий и без оформления протокола).

6.5 План корректирующих действий, как правило, содержит следующую информацию:

- наименование (содержание) корректирующих мероприятий, которые необходимо провести;

- сроки проведения каждого из корректирующих действий;

- должностное лицо, ответственное за выполнение корректирующих действий;

- отметку (с указанием даты) о выполнении корректирующих действий.

План корректирующих действий может разрабатываться отдельным документом (приложение А) или входить составной частью в план совершенствования и развития СМК на год.

6.6 В результате проведения корректирующих действий может возникнуть необходимость внесения изменений в действующую документацию системы качества Университета. Все изменения в документацию вносятся установленным порядком (СТО СМК 02.006, СТО СМК 02.001). Ответственность за правильность и своевременность внесения изменений возлагается на разработчика документа, в который необходимо внести изменения.

6.7 Контроль своевременности и анализ результативности предпринятых корректирующих действий осуществляет директор Центра менеджмента качества. Кроме него оценка результативности предпринятых корректирующих действий осуществляется аудиторами при проведении внутренних аудитов СМК.

6.8 Протоколы и планы являются объективным доказательством выявления, анализа и устранения причин несоответствий, возникающих в деятельности, процессах или системе менеджмента качества.

6.9 Протоколы и планы используются в качестве исходной информации для анализа результативности функционирования СМК со стороны руководства Университета, а также для оценки результативности корректирующих действий при проведении внутренних аудитов СМК.

7 Ответственность

7.1 Ректор Университета несёт ответственность за:

- утверждение плана корректирующих действий;
- обеспечение ресурсами, необходимыми для реализации корректирующих действий;
- разрешение спорных вопросов;
- проведение анализа результатов корректирующих действий.

7.2 Директор Центра менеджмента качества несет ответственность за:

- принятие решения о необходимости выработки корректирующих действий;
- разработку плана корректирующих действий в целом по СМК Университета;
- определение подразделений (должностных лиц), ответственных за реализацию корректирующих действий;
- согласование сроков выполнения корректирующих действий.
- контроль выполнения корректирующих действий;
- анализ результативности предпринятых корректирующих действий.

7.3 Руководители подразделений и должностные лица несут ответственность за:

- определение состава (перечня) корректирующих действий по обнаруженным несоответствиям;
- своевременную реализацию корректирующих действий;
- недопущение повторения обнаруженных несоответствий.

Приложение А

Форма отчет-листка о выявленном несоответствии

Отчет-листок о выявленном несоответствии № _____				
Процесс:				
Подразделение:		Руководитель подразделения (ФИО):		
Данные о несоответствии				
Нарушено требование: <дать ссылку на требование (положение стандарта, положения, регламента и т.д.), нарушение которого привело к появлению данного несоответствия>				
Краткое описание несоответствия: <кратко сформулировать несоответствие, связанное с невыполнением указанного в предыдущем пункте требования>				
Объективные данные, подтверждающие наличие несоответствия: <Дать информацию или ссылку на нее, подтверждающую наличие несоответствия. >				
Причина несоответствия: <кратко сформулировать предполагаемую причину несоответствия>				
Планируемые мероприятия по реализации коррекции для устранения несоответствия и КД:				
№ п/п	Мероприятие по реализации коррекции и КД	Исполнитель	Сроки	Документы, подтверждающие реализацию коррекции и КД

Руководитель подразделения _____ «___» _____ 20___ г.

Эксперт _____ «___» _____ 20___ г.

Приложение Б
Форма плана корректирующих действий

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ТвГТУ

(подпись, фамилия)

(число, месяц, год)

**ПЛАН корректирующих действий,
выработанных по результатам анализа несоответствий**

№ п/п	Содержание корректирующих действий	Ответственный за выполнение	Сроки реализации	Отметка о выполнении	Примечание

Ответственное лицо

«___» _____ 20__ г.

Ключевые слова: стандарт организации, улучшение, несоответствие, коррекция, корректирующие действия, план корректирующих действий.

Ученый секретарь
ученого совета

А.Н. Болотов

Руководитель разработки:
директор Центра
менеджмента качества

В.Б. Петропавловская

Исполнитель:
Ведущий специалист по УМР ЦМК

А.А. Ковалёва

Лист регистрации изменений

Номер измене- ния	Номер листа			Дата внесения изменения	Дата введения изменения в действие	Ф.И.О. ответственного за внесение изменений
	изменен- ного	нового	изъятото			

Лист регистрации ознакомления

(название документа)

Дата ознакомления	ФИО	Должность	Подпись