Министерство образования и науки Челябинской области
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Южно-Уральский государственный технический колледж»

СБОРНИК ДОКУМЕНТИРОВАННЫХ ПРОЦЕДУР

СМК - СбДП - 02-01

Челябинск
2018г.

ГБПОУ «Южно-Уральский государственный технический колледж» Системы менеджмента качества и безопасности труда и охраны здоровья	СБОРНИК ДОКУМЕНТИРОВАННЫХ ПРОЦЕДУР СМК – СбДП – 02 – 01

УТВЕРЖДАЮ
Директор колледжа
_____ И.И. Тубер
«23» 04 2018г.

СБОРНИК ДОКУМЕНТИРОВАННЫХ ПРОЦЕДУР

СМК – СбДП – 02 – 01

РАЗРАБОТАНО Представителем руководства по качеству		Количество стр. 79		Экз. номер	
Срок введения в действие	23.04.18	Дата выдачи		Кому выдан экз.	

СОДЕРЖАНИЕ

1	СМК – ДП – 01 – 04	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА по управлению документацией	3
2	СМК - ДП – 02 – 04	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА по управлению записями	11
3	СМК – ДП – 03 – 04	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА Внутренний аудит СМК и СМБТиОЗ	20
4	СМК – ДП – 04 – 04	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА по управлению неуспевающими студентами	26
5	СМК – ДП – 05 – 04	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА Корректирующих действий	30
6	СМК – ДП – 06 – 04	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА Предупреждающих действий	35
7	СМК - ДП – 07 – 04	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА по оценке удовлетворенности потребителей	40
8	СМК – ДП – 08 – 01	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА Идентификация и управление рисками	46
9	СУОТ – ДП – 01 – 02	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА Анализ рисков	53
10	СУОТ – ДП – 02 – 02	ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА по расследованию несчастных случаев	73
11		Таблица пересмотра документа	79

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
по управлению документацией
СМК – ДП – 01 - 04

Кол-во стр.	79
Дата изменения:	

ПРОЦЕДУРА ПО УПРАВЛЕНИЮ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

1. Общие положения
2. Назначение процедуры
3. Ответственность
4. Оформление документов
5. Идентификация документа
6. Процедура управления документацией
6.1. Структура процедуры
6.2. Проверка документации
6.3. Процесс пересмотра
7. Выполнение процессов
7.1. Подготовка к проведению процедуры
7.2. Проведение процедуры
7.2.1. Обеспечение адекватности документа
7.2.2. Актуализация и переутверждение документов
7.2.3. Внесение изменений и их идентификация
7.2.4. Обеспечение наличия версий документа на местах применения
7.2.5. Обеспечение сохранности документации четкими и легко идентифицируемыми
7.2.6. Управление внешними документами
7.2.7. Предотвращение непреднамеренного использования устаревших документов и применение соответствующей идентификации документов, оставленных для каких-либо целей.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Инструкция составлена на основании требований ГОСТ Р ИСО 9001-2015, Руководство по качеству, Руководство по охране труда.

Вся документация колледжа подразделена по трем уровням:
I уровень – стратегический (управление качеством);
II уровень – организационный (обеспечение качества);
III уровень – уровень исполнения (подтверждения качества).

К первому уровню относится:
Нормативно – правовая база РФ по образованию (в том числе содержащая требования к охране труда);
Нормативно – правовая база колледжа по образованию, качеству (в том числе по охране труда);
Документация концептуального уровня:
- Руководство по качеству;
- Руководство по охране труда;
- Политика в области качества колледжа;
- цели и мероприятия по достижению целей в области качества колледжа;

Ко второму уровню относится:
- документированные процедуры;
- сборник процессов;
- положения о структурных подразделениях;

- должностные инструкции сотрудников структурных подразделений;
- различные внутренние положения;
- рабочие и контрольные инструкции;
- документация структурных подразделений по обеспечению качества и норм условий охраны труда и здоровья;
- цели, планы по качеству и мероприятия для достижения целей (в том числе по охране труда);
- номенклатура дел;
- документы, устанавливающие процедуры СМК, выполняемые подразделением;
- документы, отражающие подготовку персонала подразделения.

К третьему уровню относится:

- записи: документация представителя руководства по качеству по подтверждению качества (акты, протоколы, планы, отчеты об аудитах в том числе по охране труда);
- записи: доказательства качества структурных подразделений (по номенклатуре дел, в том числе по охране труда);
- записи: доказательства результативности процессов (Листы результативности процессов).

2. НАЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Настоящая инструкция содержит описание порядка выполнения работ по управлению документацией, а также ответственность и полномочия в рамках данной процедуры.

Документированная процедура “Управление документацией” обеспечивает установление порядка управления документацией в системе менеджмента качества колледжа. Положения настоящей процедуры обязательны для всех подразделений организации.

Целями управления документацией в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001-2015 является своевременное, профессиональное и ответственное выполнение следующих подпроцедур:

- проверка документов на адекватность до их выпуска (на соответствие);
- анализ на актуализацию по мере необходимости и переутверждение документов;
- обеспечение идентификации изменений и статуса пересмотра документов;
- обеспечение наличия соответствующих версий документов в пунктах их применения;
- обеспечение сохранности документов четкими и легко идентифицированными;
- обеспечение идентификации документации внешнего происхождения и управление их рассылкой;
- предотвращение непреднамеренного использования устаревших документов и применение соответствующей идентификации таких документов, оставленных для каких-либо целей.

Процедура может выполнятся с использованием корпоративной системы, а также впоследствии с применением автоматизированной системы управления документацией, которая обеспечивает:

- разработку документации и управление документооборотом;
- оперативность в работе с документами;
- надежность и безопасность обработки и хранения документов;
- контроль при работе с документами;
- управляемость документацией и записями.

Мониторинг состояния документов СМК и СМБТиОЗ осуществляет представитель руководства по качеству. Руководители подразделений и владельцы процессов выполняют процедуру в рамках своих полномочий.

В таблице 1 приведены обозначения групп документов СМК и СМБТиОЗ, управляемых данной процедурой.

Таблица 1: Группа документов СМК, управляемых процедурой

Группы документов	Код документа
Политика в области качества	ПК
Цели в области качества	ЦК
Планы по качеству	ПлК
Руководство по качеству	РК
Руководство по охране труда	РОТ
Программа производственного контроля по охране труда	ППК
Документированные процедуры	ДП
Контрольные инструкции	КИ
Рабочие инструкции	РИ
Должностные инструкции	ДИ
Инструкции по охране труда	ИОТ
Инструкции по пожарной безопасности	ИПБ
Внутриколледжные положения	ПП
Положения о подразделениях	ПСП
Приложение к документам	ПЖ
Внешние документы	ВД
Журналы	Ж
Управление рисками	УР
Расследование несчастных случаев	РНС

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Общее руководство по управлению документацией СМК и СМБТиОЗ, разрешение на ее применение (утверждение) осуществляет директор колледжа. Ответственность за управление нормативной, организационной и организационно-распорядительной, а также документацией, подтверждающей качество, несет представитель руководства по качеству. Руководители структурных подразделений выполняют подпроцедуры управления документацией в рамках своих полномочий и несут за это ответственность.

4. ОФОРМЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ДОКУМЕНТОВ

В колледже внедрена система электронного документооборота. Документ может быть оформлен в 2х видах: на бумажном и/или электронном носителях.

Каждый элемент документа представляется отдельным файлом. Набор текста осуществляется в редакторе MS Word (не ниже Word – 2003) в формате “doc” шрифтом Times New Roman размером 12pt (шрифт). Параметры страницы: Формат А4 (210*297), Поля по ГОСТ Р 6.30 – 2003: слева – 2 см; справа – 1 см; сверху – 2 см; снизу – 2 см. Номера страниц располагаются

внизу по центру. Примечания: Если документ готовится для брошюровки, то поля со всех сторон должны быть по 2 см в соответствии с требованиями технологий редакционного издательства.

В конце текста на последнем листе помещается таблица 2 пересмотра документов. В первой строке таблицы указываются номера удаленных и вставленных страниц, количество удаленных и вставленных листов, а также подпись лица, внесшего изменения.

Таблица 2 пересмотра документов.

№ п/п	Номера удаленных страниц	Количество удаленных страниц	Номера вставленных страниц	Количество вставленных страниц	Подпись лица, внесшего изменения

5. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ДОКУМЕНТА

Документы в СМК имеют формат идентификационного номера:

СМК – XX – NN - ZZ

где СМК обозначает принадлежность документа к системе менеджмента качества организации; XX – код группы документов согласно таблице №1; NN – номер документа в пределах группы; ZZ – номер версии документа.

Если в группе документов только один документ, то обозначение NN может отсутствовать.

Если документ имеет приложения, то код приложения обозначается следующим образом:

СМК – ДП – 03 – ПЖ – 01,

где ПЖ-01 – номер приложения к документированной процедуре ДП-03 «Внутренний аудит».

Если документ устарел, но для каких либо целей остается, то он идентифицируется добавлением к формату идентификации УД:

УД – СМК – ДП – 03

Аналогично в СМБТиОЗ: документы имеют формат идентификационного номера: СУОТ - XX - NN - ZZ

УД – СУОТ – XX - NN - ZZ

6. ПРОЦЕДУРА УПРАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ

6.1. СТРУКТУРА ПРОЦЕДУРЫ:

Процедура управления документацией состоит из процессов разработки, проверки, пересмотра, распространения и обеспечения сохранности документации.

6.2. ПРОВЕРКА ДОКУМЕНТАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА:

- адекватность до выпуска;
- актуализацию;
- наличие версий;
- обеспечение сохранности и распространения документации.

6.3. ПРОЦЕСС ПЕРЕСМОТРА:

Анализ, актуализация, переутверждение, идентификация изменений.

7. ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУР

7.1. ПОДГОТОВКА К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОЦЕДУРЫ

Для проведения процедуры следует изучить настоящую инструкцию, затребовать необходимую документацию и нормативы, получить соответствующие средства (на электронном или бумажном носителях).

7.2. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУР

Процедурой управления документацией занимается ответственный за процесс, на который составлена внутренняя документация. Внешней документацией занимается директор и секретарь директора.

7.2.1. Обеспечение адекватности документа

Основаниями для разработки и переработки документов СМК и СМБТиОЗ являются выводы должностных лиц при изменении политики и целей, реинжиниринге процессов СМК и СМБТиОЗ, анализе записей СМК и СМБТиОЗ, а также предложения по улучшению документации и выявленные несоответствия.

Кроме того, при разработке и переработке документов принимаются во внимание:

- решение о выпуске новых видов продукции;
- требования заказчика (записи, устные заявления и др.).

Алгоритм разработки и обеспечения адекватности документа, документации:

1. Формулирование цели разработки.
2. Постановка задачи исполнителю (группе исполнителей).
3. Разработка концепции документа.
4. Согласование концепции документа с заинтересованными подразделениями.
5. Разработка проекта документа.
6. Согласование текста документа с заинтересованными лицами.
7. Оформление документа по установленному шаблону.
8. Внесение в перечень документации СМК, СМБТиОЗ колледжа.
9. Разграничение доступа к документу.
10. Создание копий документа в печатной форме (при необходимости).
11. Утверждение документа директором.
12. Доведение документа до исполнителей.
13. Периодический контроль адекватности документов проводится руководителями подразделений на местах и представителем руководства по качеству.

7.2.2. Актуализация и переутверждение документов

Анализ, актуализация и переутверждение документов выполняются:

- при изменении стратегии, политики и целей организации;
- при выпуске новых видов продукции;
- при реинжиниринге процессов и изменений модели жизненного цикла продукции;
- при обнаружении несоответствий владельцами процессов или при внутреннем (внешнем) аудите.

Актуализация и внесение изменений производятся по указанию директора представителем руководства по качеству. Переутверждение документов оформляется повторным грифом «УТВЕРЖДАЮ» и указанием даты утверждения.

7.2.3. Внесение изменений и их идентификация

Внесение изменений в документацию СМК и СМБТиОЗ осуществляется в следующем порядке:

1. На вставляемом листе внесенные изменения печатаются курсивом, в нижнем колонтитуле указывается номер и дата изменения.
2. Открывается переплетный разъем и удаляется лист старой редакции.
3. На место удаленного листа вставляется лист с внесенными изменениями и переплетный разъем закрывается.
4. В таблицу пересмотра документа (последний лист документа) вносятся номера удаленных и вставленных страниц, количество удаленных и вставленных страниц, подпись лица, внесшего изменения.

Внесение изменений по качеству осуществляет представитель руководства по качеству во всех экземплярах пользователей Руководства по качеству, Сборника документированных процедур, Сборника процессов СМК, а в Систему менеджмента безопасности труда и охраны здоровья – специалист по охране труда или представитель руководства по качеству.

Запись о внесении изменений в документацию СМК и СМБТиОЗ производится в «Перечне документов СМК» представителем руководства по качеству.

Измененный документ подлежит повторной идентификации:

- измененный документ сохраняет свой идентификационный номер;
- при каждом переиздании документа цифра в обозначении версии увеличивается на единицу.

7.2.4. Обеспечение наличия версий документа на местах применения

Наличие версий документа на местах их применения обеспечивается:

- корпоративной информационной системой;
- печатными версиями документов в нужном количестве;
- рассылкой документов по адресатам.

Ответственность за наличие действующих версий документов на рабочих местах возлагается на руководителей подразделений. Контроль наличия версий документов на рабочих местах выполняет представитель руководства по качеству.

7.2.5. Обеспечение сохранности документации четкими и легко идентифицируемыми

Для сохранности документов (бумажный вариант) четкими следует соблюдать обычные правила хранения документов и по необходимости делать яркие копии или выводить из сети новый экземпляр, уничтожая старый. Для легкости идентификации необходимо в названии документа указывать группу документов СМК и СМБТиОЗ.

7.2.6. Управление внешними документами

Оформление заявок осуществляется на бланке колледжа. Формирование заказов на приобретение документов осуществляется на основании поданных заявок.

Поступившие заказанные внешние документы сортируются и идентифицируются, регистрируются в журнале контроля внешних документов, затем распределяются среди заявителей в соответствии с заявками.

Все поступившие внешние документы регистрируются секретарем директора в журналах регистрации входящей корреспонденции [журнал – письма (конверты), журнал – входные факсы и электронная почта]. Документам присваивается номер по порядку (новое исчисление начинается с 1 января последующего года).

Зарегистрированная внешняя документация распределяется визой директора по назначению. Непосредственное вручение документов осуществляется секретарем директора.

7.2.7. Предотвращение непреднамеренного использования устаревших документов и применение соответствующей идентификации документов, оставленных для каких – либо целей

Устаревшие документы на всех уровнях могут быть: уничтожены, сданы в архив, сохранены на местах для каких – либо целей. Тогда им присваиваются новый формат старого идентифицированного номера (перед существующим СМК - __ - __ - __ ставится УД (устаревший документ, т.е. УД – СМК - __ - __ - __).Аналогично идентифицируются документы СМБТиОЗ (УД- СУОТ- __ - __ - __).

Записи: об уничтожении; сдаче в архив документов.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
по управлению записями по качеству
СМК - ДП – 02 - 04

ПРОЦЕДУРА ПО УПРАВЛЕНИЮ ЗАПИСЯМИ ПО КАЧЕСТВУ И ОХРАНЕ ТРУДА

1. Назначение инструкции
2. Понятия и сокращения
3. Ответственность
4. Идентификация записей
5. Хранение записей
6. Защита и восстановление записей
7. Уничтожение записей
8. Алгоритм управления записями
9. Реестр обязательных записей

1. НАЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ

Настоящая инструкция основана на ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и содержит описание порядка управления записями с целью предоставления потребителям свидетельств соответствия продукции их требованиям; результатов, результативности функционирования СМК, а так же определяет ответственность и полномочия в рамках данной процедуры.

2. ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Запись о качестве – свидетельство соответствия продукции требованиям к результативности функционирования СМК и СМБТиОЗ.

Запись – вид документа, содержащий данные о достигнутых результатах или свидетельствах осуществленной деятельности

СМК – система менеджмента качества.

ДП – документированная процедура.

РИ – рабочая инструкция.

СМБТиОЗ – система менеджмента безопасности труда и охраны здоровья

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Записи ведутся структурными подразделениями по установленным формам на бумажных и электронных носителях. Записи должны быть четкими, легко идентифицируемыми и восстанавливаемыми. Управление записями осуществляют руководители структурных подразделений.

Контроль – заместители директора по своим направлениям.

4. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЗАПИСИ

Записи идентифицируются по наименованию документа (файл) и дате регистрации.

5. ХРАНЕНИЕ ЗАПИСЕЙ

В электронной форме записи о качестве, произведенные в ходе выполнения проектов производства продукции, хранятся в архивной папке в течение от 1 до 45 лет после завершения проекта. Все остальные записи, подтверждающие выполнение документированных процедур и процессов СМК, хранятся также в архивных папках в течение от 1 до 5 лет с момента их создания.

Записи, выполненные в печатной форме, хранятся в течение от 1 до 5 лет от даты их создания в соответствии с установленным порядком делопроизводства колледжа (см. таблицу «Реестр обязательных записей»).

6. ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗАПИСЕЙ

При использовании автоматизированной системы управления документацией, защита записей от несанкционированного доступа и изменений обеспечивается:

- личным паролем сотрудников для доступа;
- ограничениями на системном уровне средствами Windows NT/2000;
- паролем для открытия файла в MS Word**.**

Сохранность записей обеспечивается:

- регулярным копированием;
- защитой от физического повреждения;
- антивирусной защитой.

Обеспечение восстановления записей в случае возникновения аварийных и форс-мажорных ситуаций происходит за счет их многократного резервного сохранения и выполнения процедуры back-up. Кроме того, необходимо ограничивать доступ посторонним лицам к серверам, концентраторам, коммутаторам, сетевым кабелям и другому оборудованию, использовать средства защиты от сбоев электросети (источники бесперебойного питания и сетевые фильтры) на каждом сервере.

7. УНИЧТОЖЕНИЕ ЗАПИСЕЙ

По истечении срока хранения записи изымаются. Изъятые из хранения записи уничтожаются.

8. АЛГОРИТМ УПРАВЛЕНИЯ ЗАПИСЯМИ

8.1 Сбор записей.
8.2 Идентификация записей по качеству.
8.3 Проверка сроков хранения записей.
8.4 Срок хранения записей истек.
8.5 Уничтожение.

9. РЕЕСТР ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ЗАПИСЕЙ

Записи по РИ, ДП.

Реестр обязательных записей по учебно-воспитательному процессу СМК

Пункт ГОСТ ISO 9001-2011	Наименование записей	Кто ведет	Где хранится	Срок хранения	Кто контролирует
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
5.6.1	Запись об анализе СМК со стороны руководства	Заместители директора, зав. отделениями и рук. подразделений	Отчеты за I, II семестр и за год (на местах), Анализ руководства	5 лет	Директор колледжа
6.2.2	Запись об образовании, подготовке, навыках, опыте и компетентности персонала, выполняющего работу, которая влияет на качество продукции.	Начальник ОК, заведующие НМЦ, представитель руководства по качеству	ОК, НМЦ, представитель руководства по качеству на (местах)	5 лет	Заместители директора
7.1	Записи, необходимые для предоставления доказательств того, что процессы выпуска продукции и конечная продукция соответствует требованиям.	Заведующие отделениями, руководители выпускающих и невыпускающих ПЦК	Мониторинг реальных образовательных результатов студентов, удовлетворенностей потребителей, сводные ведомости успеваемости и посещаемости, отчеты отделений (на местах)	5 лет	Заместитель директора по УВР
7.2.2	Запись о результатах анализа требований, относящихся к продукции, и о действиях, вытекающих из проведенного анализа	Руководители специальности, ОСО, заместители директора по УПР, ПО, представитель руководства по качеству, заведующие отделениями	ФГОС протоколы руководителей специальностей документация ОСО, представитель руководства по качеству, аудита (на местах).	1 год	Заместители директора

1	2	3	4	5	6
7.3.2	Записи о входных данных проектирования и разработки, относящихся к требованиям к продукции	Руководители и сотрудники ОСО, учебная часть, зам. по УПР, ПО, психолог, руководители специальностями и зав. отделениями	ФГОС, маркетинговые исследования, контингент, требования потребителей, отчеты ПЦК (на местах)	ГОС – 5 лет Остальное – 1 год	Заместители директора
7.3.4	Записи результатов анализа проектирования и разработки и любых необходимых действий	Заведующие отделениями, учебная часть, ИЦ, НМЦ, руководители специальностей, заместители директора.	Отчеты за I, II семестр и за год. Журналы ЦК, мониторинг УМК. Решения (протоколы) педсоветов и метод советов. Записи по РП и учебным планам (на местах, в архиве).	Отчеты - 5 лет Остальное -1 год	Заместители директора
7.3.5	Записи результатов верификации проектирования и разработки и любых необходимых действий	Заведующий НМЦ	В НМЦ завизированные подлинники учебных планов и рабочих программ, в отчетах по аттестационному самообследованию по специальностям.	5 лет	Заместитель директора по НМР
7.3.6	Записи результатов валидации проектирования и разработки и любых необходимых действий	Заведующие отделениями	Сводные ведомости ГИА (на местах)	1 год, в архиве 75 лет	Заместитель директора по УВР
7.3.7	Записи о вносимых изменениях, касающихся проектирования и разработки	Руководители отделов, руководители специальностей, заведующие отделениями	Отчеты за семестр, за год, протоколы заседаний ЦК, малых педсоветов, педсоветов, методсоветов, протоколов аудита, приказы (на местах, в архиве)	Отчеты -5 лет Остальное - 1 год	Заместители директора

1	2	3	4	5	6
7.3.7	Записи результатов анализа изменений проектирования и разработки и любых необходимых действий	Руководители специальностей, секретарь Совета колледжа, заведующие отделениями, заведующий учеб. частью	Отчеты. Протоколы ПЦК и советов колледжа	5 лет	Заместитель директора по УВР
7.4.1	Записи результатов оценки поставщиков и всех необходимых действий, вытекающих из этих оценок	Секретарь приемной комиссия, руководители специальностей, заместители директора заведующие НМЦ, ОСО, руководитель ИЦ	Отчеты приемной комиссии, протоколы отчеты колледжа, документация подразделений ОСО, ХЭО, УПР, ПО, НМР, НМЦ, ИЦ	1 год 5 лет	Заместители директора
7.5.3	Записи по уникальной идентификации продукции	Заведующий НМЦ, ОСО, начальник ОК, заведующие отделениями	Отчеты отделений, документы ОК, НМЦ, ОСО	5 лет	Заместители директора
7.5.4	Записи обо всех случаях, связанных с утратой собственности потребителя, ее повреждениям или признанием не пригодной для использования	Начальник ОК, заведующие НМЦ, РИО, Музеем, секретарь приемной комиссии	Журналы (по месту)	1 год	Заместители директора по УВР, по НМР
7.6	Записи по управлению устройствами для мониторинга и измерений	Руководитель ИЦ	Журналы (по месту)	1 год	Заместитель директора по НМР
8.2.2	Записи о планировании, проведении и результатах внутреннего аудита	представитель руководства по качеству	графики, приказы, протоколы (представитель руководства по качеству)	1 год	Директор колледжа
8.2.4	Записи доказательства соответствия продукции критериям приемки. Записи должны указывать лиц, ответственных за выпуск продукции	Преподаватели – экзаменаторы, заведующие отделениями, заместители директора по УВР, УПР, ПО	Экзаменационные ведомости, сводные ведомости ГИА, протоколы защит, отчеты ГЭК, отчеты колледжа (по месту)	2 года, в архив на 75 лет	Директор колледжа

1	2	3	4	5	6
8.3	Записи, содержащие сведения о характере несоответствий и любых последующих предпринятых действиях, включая разрешения на отклонение	Руководители специальностей, председатели ПЦК, заведующие отделениями, начальник ОК, заместитель директора по УВР	Протоколы заседания ЦК и ПЦК, приказы (ОК), протоколы малых педсоветов, метод советов. Отчеты по аттестационному самообследованию, отделений	1 год	Директор колледжа
8.5.2	Записи о результатах корректирующего действия	Представитель руководства по качеству, заведующие отделениями, руководители отделов, председатель ПЦК, НМЦ, УПР, ПО, руководители процессов	Протоколы внутренних аудитов ЦУК, малых педсоветов, педсоветов, заведующих отделениями, методистов, протоколы ПЦК, приказы, протоколы несоответствия.	1 год	Заместители директора
8.5.3	Записи о результатах предупреждающего действия	Представитель руководства по качеству, зав. отделениями, руководители отделов, председатели ПЦК, зав. НМЦ, УПР, ПО	Приказы, распоряжения, протоколы внутреннего аудита, акты внедрения мероприятий, планы, протоколы несоответствия.	1 год	Заместители директора

Реестр обязательных записей по учебно-воспитательному процессу СМБТиОЗ

Пункт ГОСТ Р 54934 – 2012/OHSAS 18001:2007	**Наименование записей**	**Кто ведет**	**Где хранится**	**Срок хранения**	**Кто контролирует**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
4.4.2	Доступность и прочность усвоения материала	Комиссия по охране труда	ООТ	5 лет	Зам. дир. по УПР
4.4.2	Оформление результатов проверки знаний в установленном порядке, зависящем от размера и характера деятельности колледжа.	Специалист по охране труда	ООТ	3 года	Зам. дир. по УПР
4.4.4	Документация ООТ: • результаты периодических оценок соответствия охране труда; • регистрация аварий, несчастных случаев, профзаболеваний, происшествии; • результаты обследования состояния здоровья.	Специалист по охране труда Специалист отдела кадров	ООТ ОК	45 лет 45 лет	Зам. дир. по УПР Зам. дир. по УВР
4.5.1 4.5.4	Измерение и мониторинг показателей деятельности: 1. Оценка условий охраны труда на 1 ступени 3^{x} ступенчатого контроле 2. Оценка условий охраны труда на 2 ступени 3^{x} ступенчатого контроле 3. Оценка условий охраны труда на 3 ступени 3^{x} ступенчатого контроле	1. Непосредственно исполнители на рабочих местах 2. Руководители структурных подразделении 3. Комиссия по охране труда	1. Журнал 1 степени ООТ 2. Журнал 2 степени ООТ 3. Протоколы, предписания, приказы	5 лет 5 лет 5 лет	1. Специалист по охране труда 2. Комиссия по охране труда. 3. Представ. руководства по качеству

1	2	3	4	5	6
4.4.3.1	Ознакомление с внешними и внутренними сообщениями (запросами, идеями и предложениями), связанными с охраной труда, их документальное оформление, а также подготовка и выдача ответов на них	Зам. дир. по УПР	Кабинет зам. директора по УПР	5 лет	Представитель руководства по качеству
4.4.3.2 b	Ознакомление с опасностями рабочих мест подрядчиков и/или их работников, а так же их инструктаж на рабочих местах перед началом работы с целью обеспечения безопасности и охраны здоровья работников подрядчика в процессе выполнения работ в колледже.	Специалист по охране труда, Руководители структурных подразделении согласно приказа	ООТ, Руководители структурных подразделений	5 лет	Зам. дир. по УПР
4.5.2	Информация для определения результативности и эффективности текущих мероприятий по определению, предотвращению и ограничению опасных и вредных производственных факторов и рисков	Комиссия по охране труда	ООТ	5 лет	Зам. дир. по УПР
4.5.5	Программа проверок, включающих определение компетенции проверяющего, масштаб, частоту и методологию проведения проверки, а так же формы отчетности	Зам. дир. по УПР	ООТ	5 лет	Представитель руководства по качеств
4.6.	Запись об анализе СМБТиОЗ со стороны высшего руководства	Представитель руководства по качеству	Представитель руководства по качеству	5 лет	Директор

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
Внутренний аудит СМК и СМБТиОЗ
СМК – ДП - 03 - 04

ПРОЦЕДУРА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА КАЧЕСТВА

1. Назначение инструкции
2. Понятия и сокращения
3. Ответственность
4. Процедура внутреннего аудита системы качества
4.1. Планирование внутренних аудитов
4.2. Выполнение внутренних аудитов
4.2.1. Подготовка к проведению аудита
4.2.2. Проведение аудиторской проверки
4.2.3. Регистрация результатов аудита
4.3. Анализ данных аудита
5. Ссылки на другие нормативные документы
6. Записи по качеству *и охране труда*
6.1. План внутренних аудитов
6.2. Повестка внутреннего аудита качества
6.3. Отчет по внутреннему аудиту качества (протокол)

1. НАЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ

Настоящая инструкция содержит описание порядка выполнения работ по проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества и СМБТиОЗ, а также ответственность и полномочия в рамках данной процедуры.

2. ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Аудит качества – это систематический и независимый анализ, позволяющий определить соответствие деятельности и результатов в области качества запланированным мероприятиям, а также результативность внедрения мероприятий и их пригодность поставленным целям.

Основными целями проводимых аудитов являются:

- проверка того, насколько и в какой степени документированные процедуры, положения и инструкции известны, применяются, результативны;
- выявление расхождений в документации с реальной деятельностью;
- проверка соответствия системы качества требованиям стандарта;
- проверка результативности внедрения и поддержки системы в рабочем состоянии (результативность процессов), определение возможностей улучшения процессов и различных видов деятельности.

СМК – система менеджмента качества.

УВР – учебно-воспитательная работа.

ПЦК – предметная цикловая комиссия.

СМБТиОЗ - система менеджмента безопасности труда и охраны здоровья

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Владельцем процесса внутренних аудитов является представитель руководства по качеству. Проводить внутренние аудиты может директор, представитель руководства по качеству и на своих уровнях заместители директора, заведующие отделениями, руководители отделов и центров, председатели выпускающих и невыпускающих ПЦК, инженеры по качеству и методисты (это

внутренний аудит качества учебных занятий, внутренний аудит качества классных часов и внутренний аудит обученности студентов). Аудит СМК и СМБТиОЗ осуществляют директор, представитель руководства по качеству, заместители директора, специалист по охране труда и инженеры по качеству.

4. ПРОЦЕДУРА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА

Процесс внутренних аудитов качества состоит из следующих этапов:
- планирования внутренних аудитов;
- подготовки к проведению аудита;
- проведения аудиторской проверки;
- регистрации результатов аудита;
- анализа данных аудитов.

4.1. ПЛАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

Внутренние аудиты проводятся в соответствии с годовым или (семестровым) планом. Ответственным за подготовку плана внутренних аудитов является представитель руководства по качеству.

При составлении плана аудитов учитывается следующее:

- каждое подразделение или процесс должны быть проверены не менее одного раза в год, план аудита должен быть утвержден директором;

- аудитор не может являться ответственным за выполнение проверяемого процесса;

- при необходимости аудит может проводиться командой аудиторов во главе с представителем руководства по качеству.

При выявлении серьезных, часто повторяющих несоответствий, а также при снижении качества продукции проводятся внеплановые (дополнительные) внутренние аудиты.

4.2. ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

Выполнение внутренних аудитов состоит из следующих этапов:
- подготовки к проведению аудита;
- проведения аудиторской проверки;
- регистрации результатов аудита.

4.2.1. Подготовка к проведению аудита

При подготовке к внутреннему аудиту аудитор выполняет следующие действия:

- формирует «Повестку аудита»;

- передает всем участникам аудита «Повестку аудита» с целью подтверждения области аудита, места проведения аудита, целей аудита и т.п.;

- проводит анализ документации по процессам, подлежащим аудиту; при необходимости составляет вопросники по документации СМК и СМБТиОЗ (программа аудита). Сообщает аудируемому подразделению повестку аудита за две недели до проведения аудита.

При подготовке к внутреннему аудиту сотрудники аудируемого подразделения должны выполнить следующие действия:

- прочитать нормативную документацию (в соответствии с «Повесткой аудита»); при необходимости – подготовить предложения по изменению процессов (документов СМК и СМБТиОЗ);

- подготовить и привести в порядок записи по качеству и по СМБТиОЗ.

4.2.2. Проведение аудиторской проверки

Внутренний аудит включает в себя:

- беседу аудитора с сотрудниками с целью выявления степени выполнения требований, описанных в нормативной документации;
- проверку наличия обязательных записей по качеству и СМБТиОЗ;
- проверку правильности ведения записей;
- наблюдение за деятельностью сотрудников.

При обнаружении нарушения какого-либо требования аудитор оповещает об этом аудируемых сотрудников и регистрирует данное несоответствие в протоколе о несоответствии, если несоответствие значительное, или в тексте отчета по аудиту, если НС незначительное.

Значительное несоответствие (категория 1): НС системы менеджмента, которое с большой вероятностью может повлечь за собой невыполнение требований соответствующего стандарта, потребителей и (или) обязательных требований к продукции в случае сертификации СМК и СМБТиОЗ.

Малозначительное несоответствие (категория 2): отдельное несистематическое упущение, ошибка, недочет функционирования системы менеджмента или в документации, которые могут привести к невыполнению требований или к снижению результативности функционирования системы менеджмента.

Уведомление: свидетельство аудита, не носящее характер несоответствия и фиксируемое в целях предотвращения возможного несоответствия.

4.2.3. Регистрация результатов аудита

По окончании аудиторской проверки аудитор составляет отчет по результатам внутреннего аудита. Информация о результатах аудита доводится до сведения сотрудников аудируемого подразделения.

4.3. АНАЛИЗ ДАННЫХ АУДИТОВ

Обобщенные результаты аудитов должны представляться на анализ со стороны руководства. Если выполнение корректирующих действий по результатам аудита требует участия руководства, то соответствующие данные по результатам аудитов должны быть доведены до руководства немедленно. По результатам аудита проверяемое подразделение в течение 10 дней составляет план корректирующих мероприятий с указанием ответственных, согласовывает его с заместителем директора, в структуре которого находится подразделение, и утверждает его у директора колледжа (представителя руководства по качеству).

5. ССЫЛКИ НА ДРУГИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Ссылок нет.

6. ЗАПИСИ ПО КАЧЕСТВУ (Записи по СМБТиОЗ)
6.1. ПЛАН ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ КАЧЕСТВА (СМБТиОЗ)

ПЛАН ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ КАЧЕСТВА и СМБТиОЗ				
Цель аудита				
Обследуемое подразделение	**Комплекс**	**Ответственный подразделения**	**Месяц**	**ФИО экспертов**
Подразделение 1				
Подразделение 2				
Подразделение 3				

Директор колледжа И.И. Тубер

Представитель руководства по качеству Е.А. Степанова

6.2. ПОВЕСТКА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА КАЧЕСТВА

ПОВЕСТКА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА КАЧЕСТВА СМК

№ _____ ДАТА _____

Основание для аудита: план-график аудита; Структурное подразделение: Руководитель подразделения: Цель аудита: определение степени выполнения требований к СМК (СМБТиОЗ); Цель использования наблюдений аудита: оценка эффективности СМК (СМБТиОЗ) и определение взаимодействий для непрерывного улучшения.	Срок проведения аудита: Место проведения аудита: Аудитор:

Область аудита	**Нормативные документы**	**Требования стандарта ГОСТ ISO 9001-2011; ГОСТ Р 54934 – 2012**
Повестка аудита		
Организация совещания:		

Проверка решений предыдущего аудита
Поверка намеченных областей аудита
Сбор предложений по изменению процессов
Подведение итогов, объявление результатов аудита:

Представитель руководства по качеству _____/ Е.А. Степанова/

6.3. ОТЧЕТ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ КАЧЕСТВА ОТЧЕТ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ СМБТиОЗ.

ОТЧЕТ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ КАЧЕСТВА ОТЧЕТ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ СМБТиОЗ. № _____ ДАТА _____	
Основание для аудита: План-график аудита СМК (СМБТиОЗ) колледжа, программа аудита. Структурное подразделение: Руководитель подразделения:	Сроки проведения аудита: Место проведения аудита: Аудитор:
Область аудита: Система менеджмента качества. (система менеджмента безопасности труда и охраны здоровья)	
Общее заключение по аудиту: Аудитор /_____/ Руководитель проверяемого подразделения /_____/	

Директор колледжа И.И. Тубер

Представитель руководства по качеству Е.А.Степанова

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
по управлению неуспевающими студентами
СМК – ДП - 04 -04

ПРОЦЕДУРА ПО УПРАВЛЕНИЮ НЕУСПЕВАЮЩИМИ СТУДЕНТАМИ

1. Назначение инструкции
2. Понятия и сокращения
3. Ответственность
4. Процедура по управлению неуспевающими студентами
5.1 Регистрация неуспевающих студентов
5.2 Анализ причин неуспеваемости
5.3 Корректирующие действия
5.4 Верификация
6. Ссылки на другие нормативные документы
7. Записи по качеству
7.1 Протокол по управлению неуспевающими студентами

1. НАЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ

Настоящая инструкция содержит описание порядка выполнения работы по управлению неуспевающими студентами, анализу и устранению причин неуспеваемости студентов, а также ответственность и полномочия в рамках данной процедуры

2. ПОНЯТИЕ И СОКРАЩЕНИЯ

Неуспевающие студенты – это студенты, не прошедшие текущий контроль, не выдержавшие учебный график, не завершившие теоретический курс обучения по причинам, не зависящим от колледжа.

КД – корректирующие действия.

ПД – предупреждающие действия.

РК – Руководство по качеству.

УВР – учебно-воспитательная работа.

ГИА – Государственная Итоговая Аттестация.

ПЦК – предметная цикловая комиссия.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Владельцем процесса по управлению неуспевающими студентами является заместитель директора по УВР. Регистрацию неуспевающих студентов производят заведующие отделениями и заведующий ОСО.

Определение причин неуспеваемости студентов находится в компетенции заведующего отделением, внутри которого установлены неуспевающие студенты. Заведующие отделениями составляют план корректирующих и предупреждающих действий и утверждает его у заместителя директора по УВР. Организацию работ по управлению неуспевающими студентами осуществляют:

- по результатам текущего контроля – заведующие отделениями;
- по результатам экзаменационной сессии и ГИА – заведующие отделениями и заместитель директора по УВР.

Определение результативности корректирующих и предупреждающих действий находится в компетенции представителя руководства по качеству.

4. ПРОЦЕДУРА УПРАВЛЕНИЯ НЕУСПЕВАЮЩИМИ СТУДЕНТАМИ

4.1. РЕГИСТРАЦИЯ НЕУСПЕВАЮЩИХ СТУДЕНТОВ

Регистрация неуспевающих студентов осуществляются заведующими отделениями и ОСО в протоколе по управлению неуспевающими студентами.

4.2. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Для всех зарегистрированных неуспевающих студентов должны быть проанализированы причины их неуспеваемости.

В протоколе по управлению неуспевающими студентами должны быть указаны и проанализированы причины неуспеваемости студентов:

- слабая школьная подготовка;
- пропуски занятий без уважительной причины;
- другие причины.

4.3. КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

По результатам анализа причин неуспеваемости студентов заведующими отделениями и ОСО вводятся КД и ПД: сообщения родителям, проведение дополнительных занятий, разрешение продолжения обучения с условием ликвидации задолженностей до определенного срока, отчисление.

Эти процедуры описаны в документированных процедурах соответствующих названий. В протоколе по управлению неуспевающими студентами делается отметка о выполнении КД и результативности их.

Критерием результативности КД является ликвидация задолженности студентов.

4.4. ВЕРИФИКАЦИЯ

После осуществления действий с целью устранения задолженностей неуспевающий студент подвергается повторной верификации для подтверждения соответствия требованиям.

5. ССЫЛКИ НА ДРУГИЕ НОРМАТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ

Ссылок нет.

6. ЗАПИСИ ПО КАЧЕСТВУ
6.1. ПРОТОКОЛ ПО УПРАВЛЕНИЮ НЕУСПЕВАЮЩИМИ СТУДЕНТАМИ

ПРОТОКОЛ ПО УПРАВЛЕНИЮ НЕУСПЕВАЮЩИМИ СТУДЕНТАМИ
№_____ ДАТА _____

Источник установления неуспевающих студентов: протокол внутреннего аудита №_____ , учебный журнал, учебная ведомость, мониторинг качества обучения студентов, зачетная ведомость, экзаменационная ведомость
_____
_____

Отделение_____
Специальность_____

Список неуспевающих студентов с указанием учебных дисциплин, по которым имеется неуспеваемость

Причины неуспеваемости студентов

Корректирующие действия, сроки выполнения

	Дата	Подпись

Выполнение КД

☐ КД признанно результативным ☐ КД признанно нерезультативным
Комментарии:

	Дата	Подпись представителя руководства по качеству

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
Корректирующих действий
СМК – ДП - 05 - 04

ПРОЦЕДУРА КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

1. Назначение инструкции
2. Понятия и сокращения
3. Ответственность
4. Процедура корректирующих действий
4.1. Регистрация обнаруженного несоответствия
4.2. Анализ причин несоответствия
4.3. Определение и планирование корректирующих действий
4.4. Выполнение и регистрация результатов
4.5. Проверка результативности
5. Ссылки на другие нормативные документы
6. Записи по качеству и записи по охране труда
6.1. Протокол о несоответствии с корректирующими действиями

1. НАЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ

Настоящая инструкция содержит описание порядка выполнения работ по проведению корректирующих действий, а также ответственности и полномочий в рамках данной процедуры.

2. ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Согласно требованиям стандарта организация должна предпринимать корректирующие действия.

Корректирующее действие (КД) — действие, предпринятое для устранения причины существующего несоответствия, дефекта или другой нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить их повторное возникновение.

Несоответствие (НС) — это невыполнение установленного требования.

Значительное несоответствие (категория 1): НС системы менеджмента, которое с большой вероятностью может повлечь за собой невыполнение требований соответствующего стандарта, потребителей и (или) обязательных требований к продукции в случае сертификации СМК и СМБТиОЗ.

Малозначительное несоответствие (категория 2): отдельное несистематическое упущение, ошибка, недочет функционирования системы менеджмента или в документации, которые могут привести к невыполнению требований или к снижению результативности функционирования системы менеджмента.

Уведомление: свидетельство аудита, не носящее характер несоответствия и фиксируемое в целях предотвращения возможного несоответствия.

Если некое свидетельство аудита не носит характера НС, но может стать НС, аудитор выписывает уведомление.

При обнаружении нарушения какого-либо требования аудитор оповещает об этом аудируемых сотрудников и регистрирует данное несоответствие в протоколе о несоответствии, если несоответствие значительное, или в тексте отчета по аудиту, если НС незначительное.

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Показатель результативности – численное выражение результативности для данного процесса в соответствии с установленной целью.

УВР – учебно-воспитательная работа.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Владельцем процесса корректирующих действий является представитель руководства по качеству. Определение причин несоответствий находится в компетенции руководителя структурного подразделения, внутри которого выявлено несоответствие. Определение корректирующих действий осуществляется руководителем структурного подразделения, внутри которого выявлено несоответствие, и утверждается директором колледжа. Определение результативности корректирующих действий находится в компетенции представителя руководства по качеству.

4. ПРОЦЕДУРА КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Процедура корректирующих действий включает в себя следующие этапы:

- регистрацию несоответствия;
- анализ причин несоответствия;
- определение корректирующих действий;
- планирование корректирующих действий;
- выполнение КД и регистрация результатов;
- определение результативности КД.

Примечание: КД не требуется на каждое НС или отдельные случаи незначительного характера, в таких случаях применяются оперативные меры (коррекция).

4.1. РЕГИСТРАЦИЯ ОБНАРУЖЕННОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ

Аудитор может зарегистрировать выявленное им несоответствие. Для этого он должен создать документ «Протокол о несоответствии» и сформулировать несоответствие. Формулировка несоответствия должна содержать следующую информацию:

- требование, которое было нарушено;
- в чем состоит нарушение;
- объективное свидетельство (записи по качеству и другие документы, утверждения в устной форме, наблюдаемые действия)

Формулировка несоответствия должна быть подписана аудитором, ее оформившим.

4.2. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕСООТВЕТСТВИЯ

Все зарегистрированные несоответствия должны быть проанализированы на предмет причины их возникновения. Если обнаружено несколько причин одного несоответствия, то они должны быть распределены в соответствии с важностью.

4.3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

После определения причин несоответствия должны быть предложены корректирующие действия. Корректирующие действия должны быть направлены на устранение причин несоответствия и предотвращение его повторного возникновения. Сроки разработки корректирующих действий по несоответствиям, выявленным при внутреннем аудите, не должны превышать более двух недель.

4.4. ВЫПОЛНЕНИЕ И РЕГИСТРАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Корректирующее действие должно быть выполнено в срок, определенный на предыдущем этапе. О выполнении корректирующего действия исполнитель должен отчитаться перед ответственным по несоответствию. Если замечаний к исполнителю нет, то данное КД считается закрытым при наличии подтверждающей подписи представителя руководства по качеству о результативности КД.

4.5. ПРОВЕРКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ

Проверка результативности производится представителем руководства по качеству. Если проверка дает положительный результат (КД признается результативным), то несоответствие считается закрытым.

Если корректирующее действие признано нерезультативным, то создается новый «Протокол о несоответствии», в котором заполняется графа «Описание несоответствия» с учетом исходной формулировки и имеющейся на тот момент информации. Дальнейший порядок работы определен п. 4.2-4.5 данной процедуры. Таким образом, процесс может повторяться циклически, пока несоответствие не будет устранено и корректирующее действие признано результативным.

5. ССЫЛКИ НА ДРУГИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Ссылок нет.

6. ЗАПИСИ ПО КАЧЕСТВУ И СМБТиОЗ
6.1. ПРОТОКОЛ О НЕСООТВЕТСТВИИ

ПРОТОКОЛ О НЕСООТВЕТСТВИИ
№ _____ ДАТА _____

НС №1	**Проверяемое подразделение:** **Аудитор:**	**Пункт ГОСТ ISO 9001-2011; Пункт ГОСТ Р54934 – 2012**	**Пункт РК СМК и РОТ СМБТиОЗ колледжа**
		п.	п.

Описание несоответствия:

Аудитор _____/ / Представитель руководства по качеству _____/Е.А.Степанова/
подпись подпись

Утверждаю
Директор колледжа
_____ _____/И.И. Тубер/
дата подпись

Планируемые корректирующие действия:

Срок выполнения: Руководитель проверяемого подразделения:
_____ _____/_____/
дата подпись

Оценка результативности корректирующих действий:

Представитель руководства по качеству
_____ _____/Е.А.Степанова/
дата подпись

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

Предупреждающих действий
СМК – ДП – 06 - 04

ПРОЦЕДУРА ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

1. Назначение инструкции
2. Понятия и сокращения
3. Ответственность
4. Процедура предупреждающих действий
4.1. Регистрация потенциального несоответствия
4.2. Определение и планирование предупреждающих действий
4.3. Выполнение предупреждающих действий
4.4. Оценка результативности предупреждающих действий
5. Ссылки на другие нормативные документы
6. Записи по качеству и записи по охране труда
6.1. Протокол предупреждающих действий

1. НАЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ

Настоящая инструкция содержит описание порядка выполнения работ по проведению предупреждающих действий, а также ответственности и полномочий в рамках данной процедуры.

2. ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Согласно требованиям стандарта организация должна предпринимать предупреждающие действия.

Предупреждающее действие (ПД) – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия, дефекта или другой нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить их возникновение.

Несоответствия (НС) – невыполнение требований.

Значительное несоответствие (категория 1): НС системы менеджмента, которое с большой вероятностью может повлечь за собой невыполнение требований соответствующего стандарта, потребителей и (или) обязательных требований к продукции в случае сертификации СМК и СМБТиОЗ.

Малозначительное несоответствие (категория 2): отдельное несистематическое упущение, ошибка, недочет функционирования системы менеджмента или в документации, которые могут привести к невыполнению требований или к снижению результативности функционирования системы менеджмента.

Уведомление: свидетельство аудита, не носящее характер несоответствия и фиксируемое в целях предотвращения возможного несоответствия.

Если некое свидетельство аудита не носит характера НС, но может стать НС, аудитор выписывает уведомление.

При обнаружении нарушения какого-либо требования аудитор оповещает об этом аудируемых сотрудников и регистрирует данное несоответствие в протоколе о несоответствии, если несоответствие значительное, или в тексте отчета по аудиту, если НС незначительное.

Степень несоответствия – степень невыполнения требований, которая может быть оценена: баллами, относительным отклонением от нормы, абсолютными величинами.

Степень потенциального несоответствия – степень возможного невыполнения требований, которая может быть оценена: баллами, наиболее вероятным абсолютным или относительным отклонением от нормы. Степень потенциального несоответствия – основа расчета рисков.

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Показатели результативности - численное выражение результативности для данного процесса в соответствии с установленной целью.

СМК – система менеджмента качества.

УВР – учебно-воспитательная работа.

СМБТиОЗ – система менеджмента безопасности труда и охраны здоровья.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Владельцем процесса предупреждающих действий является представитель руководства по качеству. Зарегистрировать потенциальное несоответствие может аудитор. Определение предупреждающих действий осуществляется руководителем структурного подразделения, где выявлено несоответствие. Руководитель подразделения, в котором выявлено несоответствие, разрабатывает план предупреждающих мероприятий. Определение результативности предупреждающих действий находится в компетенции представителя руководства по качеству.

4. ПРОЦЕДУРА ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Процедура предупреждающих действий состоит из следующих этапов:

- регистрации потенциального несоответствия;
- определения и планирования предупреждающих действий;
- выполнения предупреждающих действий;
- оценки результативности предупреждающих действий.

4.1. РЕГИСТРАЦИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ

Потенциальное несоответствие может зарегистрировать аудитор. Для этого он должен создать документ «Протокол предупреждающего действия» и сформулировать потенциальное несоответствие. Формулировка потенциального несоответствия должна быть подписана аудитором, ее оформившим.

4.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Предупреждающие действия должны планироваться, исходя из следующих моментов:

- уровня риска потенциального несоответствия;
- затрат при превращении данного потенциального несоответствия в реальное;
- затрат на выполнение предупреждающих действий.

Если предупреждающее действие принято к выполнению, то назначается ответственный за его выполнение и дата окончания.

4.3. ВЫПОЛНЕНИЕ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Предупреждающее действие должно быть выполнено в срок, определенный на предыдущем этапе. О выполнении предупреждающего действия исполнитель должен отчитаться перед ответственным по несоответствию. Если замечаний к исполнителю нет, то данное ПД

считается закрытым при наличии подтверждающей подписи представителя руководства по качеству о результативности ПД.

4.4. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Проверка результативности производится представителем руководства по качеству. Если проверка дает положительный результат (ПД признается результативным), то потенциальное несоответствие считается закрытым.

Если предупреждающее действие признано нерезультативным, то создается новый документ «Протокол предупреждающего действия», в котором заполняется графа «Формулировка потенциального несоответствия» с учетом исходной формулировки и имеющейся на тот момент информации. Дальнейший порядок работы определен п. 4.2-4.4 данной процедуры. Таким образом, процесс может повторяться циклически, пока потенциальное несоответствие не будет устранено и предупреждающее действие признано результативным. Повторное предупреждающее действие должно подвергаться верификации. Должна быть предусмотрена процедура анализа мнений потребителей, отчетов о несоответствиях, отчетов по результатам аудита СМК и СМБТиОЗ и проверок, другой отчетной документации. Цель анализа - выявление возможностей предупреждения, претензии и несоответствий за счет предлагаемых изменений существующих методик работы.

5. ССЫЛКИ НА ДРУГИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Ссылок нет.

6. ЗАПИСИ ПО КАЧЕСТВУ
6.1. ПРОТОКОЛ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

ПРОТОКОЛ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ
№ _____ ДАТА _____

Структурное подразделение _____
ФИО руководителя подразделения _____

Формулировка потенциального несоответствия

Предупреждающие действия

	Дата	Подпись

Выполнение ПД

	Дата	Подпись

□ ПД признано результативным
□ ПД признано нерезультативным
Комментарий:

	Дата	Подпись представителя руководства по качеству

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
по оценке удовлетворенности потребителей
СМК - ДП - 07

ПРОЦЕДУРА ПО ОЦЕНКЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ

1. Назначение инструкции
2. Понятия и сокращения
3. Ответственность
4. Оценка удовлетворенности потребителей
4.1. Планирование опроса потребителей
4.2. Опрос потребителей
4.3. Обработка результатов опроса
4.4. Анализ удовлетворенности потребителей
5. Ссылки на другие нормативные документы
6. Записи по качеству и записи по охране труда
6.1. Карточка удовлетворенности
6.2. Отчет по удовлетворенности

1. НАЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ

Настоящая инструкция содержит описание порядка выполнения работ по проведению оценки удовлетворенности потребителей, а также ответственность и полномочия в рамках данной процедуры.

2. ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Оценка удовлетворенности потребителей – это целенаправленный сбор информации о качестве поставленной продукции, выполненных работ и оказанных услуг. Потребители: внутренние – студенты, родители, персонал; внешние – выпускники, работодатели, предприятия, организации, учебные заведения, государство, общество.

СМК – система менеджмента качества.

СМБТиОЗ – система менеджмента безопасности труда и охраны здоровья

ОСО – отдел по связям с общественностью

ОК – отдел кадров

УПР – учебно-производственная работа

ВО – воспитательный отдел

КД – корректирующие действия

ПД – предупреждающие действия

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Владельцем процесса оценки удовлетворенности потребителей является представитель руководства по качеству. Проводить опрос потребителей могут руководители и сотрудники всех структурных подразделений.

4. ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ

Процедура оценки удовлетворенности включает в себя следующие этапы:

- планирование опроса потребителя;
- опрос потребителя;

- обработку результатов опроса;
- анализ удовлетворенности потребителей.

4.1. ПЛАНИРОВАНИЕ ОПРОСА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Ответственные за процессы по оценке удовлетворенности потребителей должны предоставлять представитель руководства по качеству информацию о проектах, подлежащих оценке удовлетворенности, а именно:

- наименование категории потребителя;
- тематику мероприятий;
- срок проведения;
- ответственное лицо.

На основе полученной информации представитель руководства по качеству должен составить план-график опроса потребителей по оценке удовлетворенности.

4.2. ОПРОС ПОТРЕБИТЕЛЯ

В соответствии с планом-графиком ответственный должен организовать опрос потребителя. Если по какой-либо причине информацию получить не удалось, то ответственный должен заполнить «Протокол предупреждающих действий», назначить новую дату опроса (в разумных и сопоставимых пределах), представить протокол представителю руководства по качеству, который внесет необходимые изменения в план-график.

Все категории потребителей опрашиваются в соответствии с методиками подразделений, производящих опросы.

4.3. ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА

Оценку удовлетворенности необходимо проводить по каждому показателю в соответствии с методиками подразделений, производящих опросы.

Если потребитель не удовлетворен качеством предоставленных услуг, то ответственный регистрирует несоответствие, дает информацию представителю руководства по качеству, который запускает процедуру корректирующих действий.

При удовлетворительной оценке ответственный должен зафиксировать все замечания потребителя. Если выявленные потребителем недостатки имеют высокую степень риска возникновения потенциальных несоответствий, то ответственный должен зафиксировать потенциальное несоответствие, сообщить представителю руководства по качеству, который запустит процедуру предупреждающих действий.

Информацию об удовлетворенности потребителей необходимо довести до сведения сотрудников, выполнявших проект, и руководства организации.

Обработка результатов опроса всех категорий потребителей проводится по методикам, разработанным подразделениями, проводящими обработку.

Процедура и информационные потоки в зависимости от категории потребителей таковы:

1. Удовлетворенность студентов, родителей, преподавателей.

Ответственными являются представитель руководства по качеству (удовлетворенность родителей и преподавателей) и заведующий ОСО (удовлетворенность студентов). Выполнение процедур осуществляется по методикам и графикам, разработанным ответственными лицами. Последовательность выполнения процедуры: классные руководители проводят процедуру в своих группах, предоставляют информацию заведующим отделениями, которые направляют ее представителю руководства по качеству.

Изучение удовлетворенности студентов осуществляется в автоматизированном режиме.

Обработанная информация направляется представителю руководства по качеству, который запускает процедуру корректирующих и предупреждающих действий.

Исследования удовлетворенности проводится по всем группам всех специальностей один раз в год.

2. Удовлетворенность выпускников.

Ответственными являются заведующие отделениями. Опрос выпускников осуществляется 1 раз в год.

Последовательность выполнения процедуры: классные руководители производят опрос выпускников и сдают информацию руководителям специальностей, которые после систематизации направляют ее заведующим отделениями. Заведующие отделениями после обработки информации предоставляют представителю руководства по качеству, который вводит корректирующие или предупреждающие действия в учебный процесс.

3. Удовлетворенность работодателей, организаций, предприятий, представляющих места практики и трудоустройства, а также студентов, находящихся на производственной практике.

Ответственными являются заместители директора по ПО, УПР и заведующий отделениями. Выполнение процедур осуществляется по специальным анкетам (заместитель директора по ПО, УПР) и по отчетам ГЭК (руководители специальности и заведующие отделениями). Вся информация предоставляется представителю руководства по качеству, который вводит корректирующие или предупреждающие действия в учебный процесс.

4. Удовлетворенность администрации района, города, области.

Ответственными являются заместители директора по направлениям, которые предоставляют представителю руководства по качеству информацию о наградах, полученных колледжем (грамоты, дипломы, благодарственные письма, призы, премии и др.), а также зарегистрированные претензии. Перечень публикаций о колледже в СМИ представителю руководства по качеству направляет заведующий ОСО.

5. Изучение рынка труда.

Ответственным является заместитель директора по ПО, который выстраивает отношения со службами занятости всех уровней для получения информации о потребностях рынка труда и успешного взаимодействия с рынком образовательных услуг. Заместитель директора по ПО, полученную информацию направляет директору колледжа.

6. Удовлетворенность школ.

Ответственным является заведующий ОСО. Опрос осуществляется по специальным анкетам 1 раз в год. Информация предоставляется представителю руководства по качеству, который вводит корректирующие или предупреждающие действия.

Планы корректирующих мероприятий составляются тем структурным подразделением, где выявлены несоответствия, и утверждаются руководителем этого подразделения. Контроль за выполнением КД и ПД осуществляет заместители директора по направлениям. Результативность КД и ПД определяется представителем руководства по качеству.

7. Удовлетворенность сотрудников и студентов охраной труда.

Проводит представитель руководства по качеству и заведующие отделениями по специальным анкетам 1 раз в год. Информация предоставляется представителю руководства по качеству, где разрабатываются ПД и КД.

4.4. АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Сводные отчеты по удовлетворенности представитель руководства по качеству направляет директору колледжа. Отчет должен содержать информацию о средней удовлетворенности различных категорий потребителей. По каждому направлению разрабатываются корректирующие или предупреждающие действия, назначаются ответственные и устанавливаются сроки выполнения.

Сводные отчеты по удовлетворенности печатаются в формах, которые задаются сотрудниками, составляющими отчеты по удовлетворенности потребителей. Сводные отчеты предоставляются один раз в год. Формы записей по качеству могут быть изменены.

5. ССЫЛКИ НА ДРУГИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Ссылок нет.

6. ЗАПИСИ ПО КАЧЕСТВУ
6.1. КАРТОЧКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ

КАРТОЧКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ № _____ ДАТА _____	
ПЛАН ОПРОСА	
Название организации	- постоянный потребитель - периодически обращается - первое обращение
Контактное лицо	Способ связи
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ	
Критерии	Оценки
1.Теоретическая подготовка	
2.Практические умения	
3.Ключевые компетенции (умение планировать, самостоятельно принимать решения, совместно трудиться, быть надежным, работоспособным, мобильным и ответственным, самосовершенствоваться)	
Средняя оценка	
ПРОБЛЕМЫ, ЗАМЕЧАНИЯ	
ПОЖЕЛАНИЯ, ТРЕБОВАНИЯ	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	
Необходимость инициации процедур КД и ПД	
Сотрудники, до которых доводится информация	
Предполагаемая дата следующего контакта	

Исполнитель _____ / _____ /
подпись

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
Идентификация и управление рисками
СМК - ДП – 08 - 01

Кол-во стр.	79
Дата изменения:	

ПРОЦЕДУРА ИДЕНТИФИКАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ

1 Назначение и область применения....48
2 Нормативные ссылки....48
3 Сокращения....48
4 Определения....48
5 Ответственность....49
6 Цели и задачи идентификации и управления рисками....49
7 Процедура идентификации и управления рисками....49
8 Записи по качеству....54
Приложение А Форма карты управления рисками процесса СМК....54

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящая документированная процедура (далее по тексту ДП) устанавливает общие требования к порядку действий колледжа в отношении рисков при планировании и функционировании процессов СМК. Разработана в соответствии с требованиями п. 6.1 «Действия в отношении рисков и возможностей» ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования».

Действие ДП распространяется на все структурные подразделения колледжа, задействованные в функционировании СМК.

Управление настоящей ДП осуществляется в соответствии с требованиями ДП-01.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей ДП использованы ссылки на следующие нормативные документы:

- ГОСТ Р ИСО 9000–2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
- ГОСТ Р ИСО 9001–2015 Системы менеджмента качества. Требования
- ДП-01-2017 Управление документами
- ДП-02-2017 Управление записями
- ДП-07-2017 Предупреждающие действия

3. СОКРАЩЕНИЯ

ДП – документированная процедура
СМК – система менеджмента качества

4. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей ДП использованы термины и определения в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9000:2015

4.1 **риск:** Влияние неопределенности

Примечание

1. Влияние выражается в отклонении от ожидаемого результата – позитивном или негативном.

2. Неопределенность является состоянием, связанным с недостатком, даже частично, информации, понимания или знания о событии, его последствиях или вероятности.

3. Риск часто определяют по отношению к потенциальным событиям и их последствиям или к их комбинации.

4. Слово «риск» используется в тех случаях, когда существует возможность только негативных последствий. В случае существования позитивных последствий используется термин «возможность».

4.2 **несоответствие:** Невыполнение требования.

4.3 **среда организации (предприятия):** Сочетание внутренних и внешних факторов, которое может оказывать на подход организации к постановке и достижению ее целей.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Ответственность за организацию работ в соответствии с требованиями данной ДП возлагается на директора колледжа.

Ответственность за идентификацию и управление рисками конкретного процесса СМК несет его руководитель.

6. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИДЕНТИФИКАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ

6.1 Идентификация и управления рисками проводится в целях предотвращения негативного влияния факторов внешней и внутренней среды предприятия на качество выпускаемой продукции, а также в целях повышения результативности процессов СМК и деятельности предприятия в целом.

6.2 Результативность и эффективность деятельности по идентификации и управлению рисками определяется следующими показателями:

- **Показатель учета возможных значимых рисков**: отсутствие проявления непредвиденных событий, негативно влияющих на качество продукции и экономическое состояние предприятия.
- **Показатель управления идентифицированными рисками**: отсутствие случаев проявления идентифицированных рисков.

7. ПРОЦЕДУРА ИДЕНТИФИКАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ

7.1 Планирование работы по проведению анализа рисков

На этапе планирования работы по проведению анализа рисков возможных нежелательных событий:

- определяется процесс СМК, в отношении которого необходимо идентифицировать и оценить риски невыполнения установленных требований;
- формируется группа из специалистов для проведения анализа рисков в рамках каждого процесса СМК;

- определяются причины проведения анализа рисков для каждого выбранного процесса;
- определяются цели и задачи проведения оценки рисков;
- определяются источники информации о возможных нежелательных ситуациях и вероятности их возникновения;
- обосновывается предлагаемый метод анализа рисков;
- определяются критерии приемлемого риска и оценки рисков.

7.2 Идентификация и оценка рисков невыполнения установленных законодательных и нормативных требований к выпускаемой продукции, а также потребностей и ожиданий потребителей и заинтересованных сторон проводится для всех документированных процессов СМК, реестр которых приведен в Руководстве по качеству.

7.3 Формирование экспертной группы производится для каждого процесса СМК с учетом наличия у членов группы необходимых знаний и опыта, а также обеспечения объективности при определении и оценке рисков.

7.4 Исходными данными для выявления и описания возможных ситуаций, негативно влияющих на функционирование и результаты процесса, являются знание экспертной группы как общих, так и специфических для данного процесса рисков, связанных с менеджментом, технологиями, ресурсами и условиями внутренней и внешней среды колледжа.

Дополнительная информация, которой должно быть уделено внимание, включает в себя применяемые внутри колледжа подходы к рискам, выраженные в виде правил и существующих инструкций, а также вся информация о процессе, известная на момент проведения идентификации и оценки рисков, включая историю процесса и текущее положение дел.

7.5 В рамках СМК колледж управляет рисками **предоставление некачественной услуги.**

Примеры возможных рисков приведены в таблице 1.

Таблица 1

Виды рисков	Риски
Финансовые	Рост цен на образовательные услуги
Производственные	Неправильное планирование Отсутствие необходимой нормативной документации Недостаточная оснащенность оборудованием Нарушение образовательного процесса Недостаточность контрольных проверок
Профессиональные	Отсутствие необходимой мотивации персонала Недостаточная компетентность сотрудников Недостаточное количество персонала Отсутствие взаимодействия между исполнителями

Идентификация негативных ситуаций ведется с учетом имеющейся информации о поставщиках и потребителях, характеристик используемого оборудования рабочей среды, компетентности персонала и т.п.

7.6 Классификация возможных негативных событий проводится на основании следующих категорий: вероятность возникновения, уровень потерь при возникновении негативного события и уровень риска.

Классификационные признаки для всех категорий, а также соответствующие оценочные баллы приведены в таблицах 2 – 4.

7.7 Вероятность возникновения негативного события оценивается в соответствии с данными таблицы 2.

Таблица 2

Вероятность возникновения (А)		Баллы
Крайне маловероятно	Событие может произойти в исключительных случаях	1
Маловероятно	Редкое событие, но, как известно, уже имело место	2
Возможно	Событие может произойти в исключительных случаях	3
Вероятно	Событие может произойти.	4
Весьма вероятно	Событие, как ожидается, произойдет	5

7.8 Уровень потерь от возможного негативного события классифицируется в соответствии с данными таблицы 3.

Таблица 3

Потери (Б)	Баллы
Минимальные	1
Низкие	2
Средние	3
Высокие	4
Максимальные	5

7.9 Степень воздействия негативного события (R) оценивается как произведение баллов, характеризующих вероятность его возникновения, и баллов, характеризующих уровень потерь от его проявления: **R= А х Б .**

Градация возможной степени воздействия негативного события приведена в таблице 4.

Таблица 4

Воздействие негативного события	Баллы
Игнорируемое	$1 \leq R \leq 4$
Незначительное	$5 \leq R \leq 8$
Умеренное	$9 \leq R \leq 10$
Существенное	$12 \leq R \leq 16$
Критическое	$20 \leq R \leq 25$

7.10 В зависимости от степени воздействия негативного события уровни риска классифицируются в соответствии с таблицей 5. Уровень риска определяет срочность необходимый действий по его устранению (минимизации) и соответствующие полномочия по его утверждению.

Таблица 5

Уровень риска	Степень воздействия негативного события (R)	Полномочия по утверждению риска	Необходимые действия
Недопустимый	$12 \leq R \leq 25$	Директор	Незамедлительная разработка и внедрение предупреждающих мероприятий по снижению риска. Оценка риска после внедрения предупреждающих мероприятий
Оправданный	$5 \leq R \leq 10$	Владелец процесса	Оценка экономической целесообразности разработки и внедрения предупреждающих мероприятий по снижению риска. Периодический мониторинг уровня риска.
Приемлемый	$1 \leq R \leq 4$	Утверждение риска не требуется	Периодический мониторинг уровня риска.

7.11 Результаты идентификации рисков для каждого процесса СМК вносятся в соответствующие графы Карты управления рисками (Приложение А)

Там же указываются необходимые мероприятия по снижению рисков (предупреждающие действия в соответствии с СМК-ДП-06) и определяются ответственные за их реализацию.

7.12 Мониторинг, анализ и оценка рисков проводится руководителем процесса ежегодно при подготовке отчета о функционировании процесса с точки зрения проявления идентифицированных рисков, а также неучтенных негативных влияний.

В отношении каждого риска должен быть сделан один из следующих выводов:

- идентифицированный риск не проявился – запланированные предупреждающие действия результативны.
- идентифицированный риск проявился – запланированные предупреждающие действия не результативны, необходимо в соответствии с СМК-ДП-06 разработать и внедрить новые предупреждающие мероприятия, а также актуализировать Карту управления рисками.
- ситуация в отношении риска существенно изменилась - необходимо провести повторный анализ и оценка риска в соответствии с настоящей ДП, планирование предупреждающих мероприятий, а также актуализировать Карту управления рисками.

В случае проявления негативного влияния неидентифицированного риска необходимо провести его оценку в соответствии с настоящей ДП, планирование предупреждающих мероприятий, а также включить указанный риск в Карту управления рисками.

8 ЗАПИСИ ПО КАЧЕСТВУ

Наименование записи	Ответственный за ведение	Место хранения	Срок хранения	Периодичность заполнения
Карты управления рисками для процессов СМК	Владелец процесса СМК	Владелец процесса СМК	До внесения изменений	При описании процесса При внесении изменений

Управление указанными записями по качеству осуществляется в соответствии с СМК-ДП-02.

Руководитель структурного подразделения / /

Представитель руководства по качеству /Е.А. Степанова/

Приложение А Форма карты управления рисками процесса СМК

Карта управления рисками процесса СМК _____

(название и идентификационный номер процесса)

Наименование этапа работ	Наименование риска	Последствие риска	Оценочный уровень риска			Мероприятия по снижению риска	Ответственный за проведение мероприятий по снижению риска
			Вероятность возникновения	Величина потерь	Уровень риска		

Руководитель структурного подразделения / /

Представитель руководства по качеству /Е.А. Степанова/

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
Анализ рисков
СУОТ - ДП – 01 - 02

ПРОЦЕДУРА АНАЛИЗА РИСКОВ

1. Назначение инструкции
2. Понятия и сокращения
3. Ответственность
4. Анализ рисков
4.1. Идентификация и оценка уровней рисков, действия по управлению рисками
4.2. Матрица «вероятность - последствия»
4.3. Определение срочности мероприятий по управлению рисками
5. Ссылки на другие нормативные документы

1. НАЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ

Настоящая инструкция содержит описание порядка выполнения работ по проведению идентификации вредных и опасных производственных факторов в колледже; качественной оценки уровней риска, соответствующих данным факторам и состоянию безопасности условий и охраны труда.

2. ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

УПР – учебно-производственная работа
ПЭВМ – персональные электронно-вычислительные машины
СИЗ – средства индивидуальной защиты

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Владельцем процесса анализа рисков является заместитель директора по УПР. Проводить идентификации вредных и опасных производственных факторов в колледже могут специалист по охране труда и руководители структурных подразделений. Мониторинг условий охраны труда проводит представитель руководства по качеству.

4. АНАЛИЗ РИСКОВ

1. С целью определения Политики, целей в сфере безопасности труда и охраны здоровья, а также главных действий по управлению рисками в соответствии с ГОСТ Р54934 – 2012/ OHSAS 18001:2007 проведены, и настоящим стандартом - документированы процедуры идентификации вредных и опасных производственных факторов в организации; качественная оценка уровней риска, соответствующих данным факторам и состоянию безопасности труда и охраны здоровья на момент аудита.

2. При идентификация вредных и опасных производственных факторов использованы ГОСТ ССБТ 12.0.003-74 «Опасные и вредные производственные факторы. Классификация», Р 2.2.2006-05 «Гигиена труда. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда», результаты мониторинга условий охраны труда.

3. Для оценки рисков применён прямой метод качественной оценки рисков на основании матрицы «вероятность - последствия» по пятиступенчатой шкале согласно МДС 12-53.2010 «Макеты распорядительных и регламентных документов системы управления охраной труда

строительной организации».

4. Риск определен экспертно как сочетание вероятности реализации данного фактора и его последствий, с учетом фактического состояния и принятых мер безопасности. Срочность мероприятий по управлению рисками определяется.

5. Соответствие приведенного исходного анализа рисков фактическому состоянию проверяется не реже 1 раза в 6 мес. Комиссией по охране труда и другим вопросам безопасности при I ступени контроля.

4.1. Идентификация и оценка уровней рисков, действия по управлению рисками

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
1	Повышенная температура воздуха рабочей зоны; тепловое излучение	Работа теплоэнергетического оборудования	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Надлежащая эксплуатация систем вентиляции, оснащение системами управления микроклиматом.
		Избыточное тепловыделение при выполнении технологических операций производственных процессов	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Надлежащая эксплуатация основного оборудования и систем вентиляции, оснащение рабочих мест системами управления микроклиматом.
		Отсутствие или неэффективная вентиляция и кондиционирование воздуха помещений в теплый период года	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Оснащение рабочих мест системами управления микроклиматом, своевременные ремонт и техническое обслуживание этих систем, обучение по их эксплуатации.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
1	Повышенная температура воздуха рабочей зоны; тепловое излучение	Работа на открытой территории (площадках) в теплый период года	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Регламентированные перерывы в работе (режим труда и отдыха).
2	Повышенная скорость движения воздуха рабочей зоны	Неправильная эксплуатация переносных вентиляторов и систем управления микроклиматом	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Контроль за работой систем управления микроклиматом
		Участки с интенсивным воздухообменом и возможностью сквозняков	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Наличие и надлежащая эксплуатация дверей, ворот, форточек, фрамуг, остекления.
3	Пониженная температура воздуха рабочей зоны	Климатические условия в холодный период года для открытых площадок, неотапливаемых помещений	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Регламентированные перерывы в работе для отдыха и обогрева (режим труда и отдыха). Применение СИЗ.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
3	Пониженная температура воздуха рабочей зоны	Отсутствие или неэффективная вентиляция и отопление помещений в холодный период года	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Оснащение рабочих мест системами поддержания микроклимата. Выполнение мероприятий по подготовке к отопительному периоду.
4	Шум	Работа производственного оборудования, машин, механизмов, вентиляционных систем	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Своевременный планово-предупредительный, текущий ремонт и техническое обслуживание. Применение средств индивидуальной и коллективной защиты.
5	Электро-магнитные поля (широкого спектра частот и промыш-ленной частоты 50 Гц)	Деятельность, связанная с использованием вычислительной техники и информационных технологий (обработка данных на ПЭВМ)	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Правильная организация и размещение рабочих мест с ПЭВМ. Применение сертифицированных мониторов (по преимуществу – жидкокристаллических). Наличие и контроль сопротивления заземляющего контура.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
6	Химические вещества в воздухе рабочей зоны и (или) в контакте с человеком	Воздействие моющих и дезинфицирующих растворов при санитарно - профилактических мероприятиях	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	График проведения работ. Подготовка рабочих мест.
		Лабораторно-практическое обучение	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Проведение работ в специально оборудованном местной вентиляцией помещении Средства индивидуальной защиты.
		Применение смазочных материалов для обслуживания и механизмов	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Средства индивидуальной защиты. Регулярное проветривание помещений. Выполнение требований к объему и применению смазок.
7	Пыли фиброгенного характера	Дороги и покрытие территории в засушливое время года	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Периодическое увлажнение и надлежащее содержание территории. Своевременный сбор и вывоз мусора.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
7	Пыли фиброгенного характера	Вспомогательные процессы на станках и работы электроинструментом	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Своевременный вывоз мусора (стружки). Использование СИЗ.
		Административные помещения	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Регулярная влажная уборка Проветривание помещений. Очистка мониторов от пыли специальными салфетками.
		Беспризорные животные	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Контроль за содержанием производственной территории Отлов беспризорных животных. Дератизация/дезинсекция
8	Биологические факторы	Патогенные микроорганизмы	Необычно, но возможно	Средние	Незначи-тельный	Санитарно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, в том числе в период массовой заболеваемости. Своевременный вывоз отходов. Надлежащие содержание санитарно-бытовых помещений и инвентаря. Запрет приема пищи на рабочих местах.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
9	Тяжесть труда	Работы, связанные с пребыванием в позе «стоя» более 60 % смены; связанные с интенсивным ритмом	Возможно	Средние	Приемлемый	Регламентированные перерывы (режим труда и отдыха). Оптимизация образовательного процесса.
		Хранение и размещение товарно - материальных ценностей. Погрузочно-разгрузочные работы (склад, транспортирование)	Необычно, но возможно	Средние	Незначи-тельный	Надлежащая организация хранения. Наличие исправных стеллажей и приспособлений. Применение средств механизации. Распределение работ с учетом допускаемых норм переноски тяжестей. Регламентированные перерывы (режим труда и отдыха). Профилактика травм позвоночника

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
9	Тяжесть труда	Комплекс вспомогательных работ, выполняемых при обслуживании технических устройств и оборудования	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Организация технологических процессов и рабочих мест. Применение средств механизации. Регламентированные перерывы (режим труда и отдыха). Производственная гимнастика.
10	Напряженность труда	Общение с должностными лицами других организаций и Потребителями	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Предварительная подготовка деловых встреч и переговоров. Распределение обязанностей. Профессиональная этика**.**
		Административно-управленческая деятельность с применением офисной оргтехники и ПЭВМ	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Правильная организация и размещение рабочих мест, в том числе с ПЭВМ. Поддержание комфортных параметров микроклимата Регламентированные перерывы. Производственная гимнастика. Чередование типов деятельности в течение смены.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
11	Движущиеся части оборудования, машин и механизмов	Практическое обучение студентов	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Организация технологических процессов и рабочих мест. Ограждения и окраска движущихся частей оборудования, блокировочные устройства, знаки безопасности, соблюдение безопасных расстояний, допуск только определенного круга лиц. Периодический контроль за состоянием оборудования. Ремонт при выполнении мероприятий по безопасности.
		Эксплуатация насосов, электродвигателей, компрессоров	Необычно, но возможно	Тяжелые	Приемлемый	
		Оборудование и электроинструмент	Необычно, но возможно	Тяжелые	Приемлемый	
12	Перепад по высоте (опасность падания работника, студента)	Общехозяйственные работы с применением лесов, подмостей, переносных лестниц и стремянок	Необычно, но возможно	Тяжелые	Приемлемый	Организация технологических процессов и рабочих мест. Надлежащее содержание, правильное использование и периодические технические освидетельствования. Обучение и медосмотр персонала и студентов.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
12	Перепад по высоте (опасность падания работника, студента)	Лестницы, пролеты внутри зданий и сооружений	Необычно, но возможно	Тяжелые	Приемлемый	Наличие перил, ограждений. Окраска в желтый сигнальный цвет опасных элементов. Знаки безопасности. Надзор за состоянием конструкций. Эксплуатационные испытания наружных пожарных лестниц.
13	Возможность поражения электрическим током	Работы по эксплуатации действующих электроустановок	Необычно, но возможно	Тяжелые	Приемлемый	Организационные мероприятия, обеспечивающие безопасность работ в электроустановках. Защитное заземление, зануление, изоляция, отключение, блокировка. Контроль состояния электро-оборудования. Эксплуатация в соответствии с заданными параметрами. Малое напряжение. Средства коллективной и индивид. защиты. Обучение и инструктаж персонала и студентов.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
14	Разрушение, повреждение строительных конструкций	Неправильная эксплуатация зданий, сооружений, помещений	Необычно, но возможно	Тяжелые	Приемлемый	Планово - предупредительный ремонт зданий и сооружений. Надзор за состоянием строительных конструкций.
15	Объекты с повышенной температурой	Тепловые энергоустановки и сети (трубопроводы, отопительные приборы)	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Контроль за состоянием ограждения. Тепловая изоляция. Обучение персонала и студентов.
		Электронагревательные приборы	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Выполнение требований при эксплуатации. Эксплуатация в оборудованных местах.
16	Острые кромки, поверхности, выступающие элементы	Эксплуатация машин, механизмов, станков, инструментов и приспособлений	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Организация технологических процессов и рабочих мест. Защитные устройства, ограждения, безопасные расстояния. Содержание оборудования и инструмента. СИЗ

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
17	Разлетающиеся частицы, искры, брызги	Электро- и газосварочные работы	Необычно, но возможно	Средние	Незначи-тельный	Ограждения рабочего места экранами. СИЗ
		Вспомогательные технологические процессы на станках и с электроинструментом	Необычно, но возможно	Средние	Незначи-тельный	Защитные устройства оборудования. СИЗ
18	Потеря устойчивости человека при перемещении	Ширина и состояние проходов, выходов; захламленность и состояние поверхности полов в помещениях и территории объекта	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Содержание поверхности полов в помещениях и территории в надлежащем состоянии. Устройство переходов, ограждений. Контроль.
		Освещенность проходов (нормальная и аварийная)	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Своевременная замена перегоревших ламп. Наличие выключателей в удобном месте. Освещенность объектов и периметра в темное время.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
18	Потеря устойчивости человека при перемещении	Несоответствие дверей, тамбуров, ворот, лестничных маршей и лестниц	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Устранение несоответствий (по возможности). При невозможности – предупреждающие надписи, окраска в сигнальный цвет, инструктаж персонала
		Зацепление за оборудование, мебель, элементы конструкции	Практически невероятно	Легкие	Незначи-тельный	Правильная организация и размещение рабочих мест. Ограждения, знаки безопасности, безопасные расстояния. Информирование.
19	Пожар и его поражающие факторы, взрыв	Неправильная эксплуатация или неисправность электрооборудования	Необычно, но возможно	Средние	Незначи-тельный	Контроль за состоянием и своевременное устранение несоответствий. Обучение персонала.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
19	Пожар и его поражающие факторы, взрыв	Нарушения требований пожарной безопасности, неосторожное обращение с огнем.	Практически невероятно	Тяжелые	Незначи-тельный	Противопожарный режим. Обучение и информирование персонала. Контроль за состоянием пожарной безопасности. Надлежащее хранение пожароопасных материалов и объектов, утилизация сгораемого мусора. Содержание систем пожарной сигнализации, средств пожаротушения и телефонной связи.
20	Работа разъездного характера	Применение личного автотранспорта для служебных командировок	Необычно, но возможно	Средние	Незначи-тельный	Использования личного транспорта в служебных целях только по распоряжению работодателя (его представителя) по соглашению сторон трудового договора.

№	Наименование	Источники возникновения	Оценочный уровень риска			Главные действия по управлению рисками
			Вероятность реализации с учетом мер безопасности	Тяжесть последствий реализации	Уровень риска	
21	Недостаточное естественное или искусственное освещение	Замкнутые помещения, редко используемые проходы и коридоры	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Контроль за состоянием электрооборудования. Инструктаж персонала. Применение переносных фонарей.
		Рабочие места с неисправными системами общего и местного освещения	Необычно, но возможно	Легкие	Незначи-тельный	Своевременная замена перегоревших ламп, очистка светильников.
22	Противо-правное воздействие (насилие) со стороны посторонних	Нарушения общественного порядка на охраняемой территории	Практически невероятно	Средние	Незначи-тельный	Обеспечение охраны объекта и пропускного режима. Охранная сигнализация. Контроль за соблюдением трудовой дисциплины. Незамедлительное отстранение от работы лиц, находящихся в состоянии опьянения. Запрет мероприятий, не связанных с производственной деятельностью, на территории организации

4.2. Матрица «вероятность - последствия»

Риск	***Тяжесть последствий реализации***				
Вероятность реализации с учетом принятых мер по обеспечению безопасности	**Отсутствуют**	**Легкие** Легкий несчастный случай, увеличение производственно-обусловленной заболеваемости, выход из строя оборудования, микротравма, создание опасной ситуации (инцидента)	**Средние** Тяжелые или групповые случаи, ущерб организации, окружающей среде и материальным объектам, условия для достоверного возник-новения профессио-нальных заболеваний, приостановка эксплуатации	**Тяжелые** Гибель 1 человека сразу или через какое-либо время, авария, пожар со значительным ущербом организации, окружающей среде и материальным объектам, остановка деятельности	**Экстремальные** Чрезвычайная ситуация техногенного характера, несколько жертв со смертельным исходом сразу или через какое-либо время
Практически невероятно Все меры выполнены, но характер работ предполагает опасность воздействия	Незначительный	Незначительный	Незначительный	Незначительный	**Приемлемый**
Необычно, но возможно при неблагоприятном стечении обстоятельств, меры выполняются не в полном объеме	Незначительный	Незначительный	Незначительный	**Приемлемый**	**Средний**

Возможно Меры недостаточно эффективны	Незначительный	Незначительный	**Приемлемый**	**Средний**	**Существенный**
Вполне вероятно Меры неэффективны, такие события уже имели место в подобных условиях	Незначительный	**Приемлемый**	**Средний**	**Существенный**	**Неприемлемый**
Практически достоверно (в ближайшее время) Никаких мер, такие события уже имели место в организации	**Приемлемый**	**Средний**	**Существенный**	**Неприемлемый**	**Неприемлемый**

4.3. Определение срочности мероприятий по управлению рисками

Характеристика риска	Срочность мер по снижению риска
Незначительный риск	Меры по снижению риска не требуются, но группы уязвимых лиц нуждаются в дополнительной защите. Проводится ослабленный контроль. Рекомендуются мероприятия по поддержанию данного уровня.
Приемлемый риск	Необходимы комплексные мероприятия долгосрочного характера по снижению риска, проводится нормальный административный контроль.
Средний риск	Рекомендуется усиленный контроль. Необходимы комплексные мероприятия среднесрочного и долгосрочного характера.
Существенный риск	Требуются неотложные мероприятия и незамедлительное рассмотрение руководством. Требуется усиленный контроль и комплексные мероприятия срочного характера.
Неприемлемый риск	Приостановка работ. Работы **нельзя продолжать** без выполнения немедленных мероприятий по снижению риска. Усиленный контроль.

5. ССЫЛКИ НА ДРУГИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Ссылок нет.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
по расследованию несчастных случаев
СУОТ - ДП – 02 - 02

Кол-во стр.	79
Дата изменения:	

ПРОЦЕДУРА ПО РАССЛЕДОВАНИЮ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

1. Назначение инструкции
2. Понятия и сокращения
3. Ответственность
4. Расследование несчастных случаев для работников
4.1. Оперативные мероприятия
4.2. Организационные мероприятия
4.3. Деятельность комиссии по расследованию несчастного случая
4.4. Регистрация и учет несчастного случая на производстве
5. Расследование несчастных случаев для студентов
6. Ссылки на другие нормативные документы

1. НАЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ

Настоящая инструкция содержит описание порядка выполнения работ по проведению расследования несчастных случаев, а также ответственность и полномочия в рамках данной процедуры.

2. ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ФСС РФ – Фонд социального страхования Российской Федерации
РО – региональное отделение
СИЗ – средства индивидуальной защиты
УПР – учебно-производственная работа

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Владельцем процесса расследования несчастных случаев является специалист по охране труда. Проводит расследование несчастных случаев комиссия по расследованию несчастных случаев, состав которой определяется приказом директором.

4. РАССЛЕДОВАНИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ ДЛЯ РАБОТНИКОВ

4.1. Оперативные мероприятия

Очевидец происшествия должен:

1. Доложить о случившемся непосредственному руководителю.
2. Оказать первую медицинскую помощь пострадавшему и направить пострадавшего в медицинское учреждение. В том случае, если у работника возникает утрата трудоспособности (выдан больничный лист) необходимо провести расследование несчастного случая.
3. Сохранить обстановку на месте происшествия в том виде, какой она была в момент происшествия, до начала проведения расследования несчастного случая (если это не угрожает жизни и здоровью окружающих).

4.2. Организационные мероприятия

Специалист по охране труда должен:

1. Сообщить в течение суток о происшедшем несчастном случае по установленной форме в филиал регионального отделения ФСС РФ, где колледж зарегистрирован в качестве страхователя.

2. Принять от пострадавшего заявление и объяснительную записку, а также, взять объяснительные записки с очевидцев несчастного случая.

3. Подготовить и направить письменный запрос в медицинское учреждение (по месту лечения пострадавшего) о характере, тяжести несчастного случая и нахождении пострадавшего в состоянии алкогольного (наркотического опьянения) при поступлении в учреждение. Медицинское учреждение обязано незамедлительно дать ответ на запрос.

4. На основании заключения медицинского учреждения определяется, к какой категории относится несчастный случай. Если несчастный случай классифицируется как несчастный случай с тяжелым, смертельным исходом, групповой несчастный случай (пострадали 2 человека и более), работодатель передает в течение суток сообщение по установленной форме о несчастном случае с тяжелым, смертельным исходом, групповом несчастном случае не только в филиал регионального отделения ФСС РФ, где колледж зарегистрирован как страхователь, но и в следующие организации: в Государственную инспекцию труда; в прокуратуру (по месту происшествия несчастного случая); в орган исполнительной власти субъекта РФ; в территориальное объединение профсоюза; в Техническую инспекцию.

5. Подготовить приказ о создании комиссии по расследованию несчастного случая.

Состав комиссии о расследовании несчастного случая:

Тяжелый, смертельный, групповой несчастный случай	Легкий несчастный случай
— государственный инспектор по охране труда; — представитель исполнительного органа страховщика (филиала РО ФСС РФ, где зарегистрирован страхователь); — представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органа местного самоуправления; — представитель территориального объединения профсоюза; — директор колледжа или заместитель директора по УПР; — специалист по охране труда; — представитель профсоюзного комитета колледжа.	— возглавляет комиссию директор колледжа или заместитель директора по УПР; — специалист по охране труда; — представитель профсоюзного комитета колледжа.

4.3. Деятельность комиссии по расследованию несчастного случая

1. При квалификации несчастного случая как несчастного случая на производстве, комиссия:

— выявляет обстоятельства и причины несчастного случая и лиц, допустивших нарушения требований по охране труда;

— устанавливает степень вины пострадавшего в %.

Комиссия оформляет и подписывает:

— акт формы Н-1 в 3-х экземплярах.

— протокол опроса пострадавшего при несчастном случае (очевидцев несчастного случая, должностных лиц);

— протокол осмотра места несчастного случая, а так же планы, эскизы, схемы, фото и видеоматериалы;

— документы, характеризующие состояние рабочего места, наличие опасных и вредных производственных факторов (карты аттестации рабочих мест), если таковые есть;

— копии из журналов регистрации инструктажей по охране труда и протоколов проверки знания пострадавшими требований охраны труда;

— копии документов, подтверждающих выдачу пострадавшему СИЗ в соответствии с действующими типовыми отраслевыми нормами (Личная карточка учета и выдачи СИЗ и/или журнал учета и выдачи СИЗ);

— другие документы по усмотрению комиссии.

Комиссия разрабатывает мероприятия по устранению причин несчастного случая.

Председатель комиссии направляет акт формы Н-1 директору колледжа для рассмотрения и утверждения.

По завершению работы комиссии 1-й экземпляр акта Н-1 с материалами расследования в оригинале остается в организации; 2-й экземпляр акта Н-1 (оригинал) вручается пострадавшему сотруднику в трехдневный срок после завершения расследования несчастного случая; 3-й экземпляр Н-1 (оригинал) с материалами расследования (копии) — в ФСС (по месту регистрации колледжа в качестве страхователя).

2. По несчастным случаям (групповым, с легким, тяжелым, смертельным исходом), которые квалифицированы как несчастные случаи, не связанные с производством расследование проводится в соответствии с Положением об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях (Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 24.10.2002г. № 73).

3. Расследование несчастных случаев проводятся в соответствии с общим порядком в сроки, установленные статьей 229 Кодекса. В зависимости от обстоятельств происшествия и характера повреждений здоровья пострадавших:

- расследование несчастных случаев (в том числе групповых), в результате которых пострадавшие получили повреждения, отнесенные в соответствии с установленными квалифицирующими признаками к категории легких, проводится в течение трех дней;
- расследование иных несчастных случаев проводится в течение 15 дней.

Сроки расследования несчастных случаев исчисляются в календарных днях, начиная со дня издания директором колледжа приказа об образовании комиссии по расследованию несчастного случая.

Колледж обеспечивает сохранность актов формы Н-1 в течение 45 лет.

4.4. Регистрация и учет несчастного случая на производстве

Специалист по охране труда регистрирует акт формы Н-1 в журнале регистрации и ведет учет несчастных случаев на производстве.

5. РАССЛЕДОВАНИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

1. Пострадавший студент или студент-очевидец несчастного случая должен сообщить преподавателю, находящемуся ближе всего, о происшедшем.

2. Преподаватель обязан:

- срочно организовать первую доврачебную помощь (КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ОТПРАВЛЯТЬ СТУДЕНТА В МЕДИЦИНСКИЙ КАБИНЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ИЛИ В СОПРОВОЖЕНИИ ДРУГОГО СТУДЕНТА!);
- сообщить руководству колледжа (заместителю директора по направлению, заведующему отделением) или дежурному администратору о случившемся;
- сохранить обстановку места происшествия до расследования (если нет угрозы жизни и здоровью окружающих и не приведет к аварии) до прихода комиссии по расследованию несчастного случая.

3. Руководитель (заместитель директора по направлению, заведующий отделением) или дежурный администратор обязан:

- вызвать скорую помощь (организовать доставку в травмопункт);
- немедленно принять меры к устранению причин вызвавших несчастный случай (если есть угроза жизни и здоровью окружающих и не приведет к аварии);
- сообщить родителям пострадавшего (студент несовершеннолетний);
- сообщить заместителю директора по УПР (специалисту по охране труда).

4. Специалист по охране труда обязан сообщить о происшедшем в Министерство образования и науки Челябинской области по следующей форме:

- наименование образовательного учреждения;
- дата и время несчастного случая;
- краткое описание места происшествия и обстоятельств, при которых произошел несчастный случай;
- фамилия, имя пострадавшего (пострадавших);
- возраст пострадавшего;
- группа;
- характер и тяжесть повреждений здоровья, полученных пострадавшим (пострадавшими);
- принятые меры.

- официально дать запрос в лечебное учреждение о характере и тяжести повреждения;
- издать приказ о проведении расследования и назначении комиссии по расследованию данного конкретного случая из числа постоянно действующей комиссии по расследованию несчастных случаев.

5. Комиссия обязана:

- в течение 3 суток провести расследование;
- выявить и опросить очевидцев и лиц, допустивших нарушение правил охраны труда;
- по возможности получить объяснение от пострадавшего;
- составить акт по форме Н-2 в 4-х экземплярах;
- разработать и провести мероприятия по устранению причин несчастного случая;
- к акту приложить объяснительные записки и медицинское заключение или справку;
- направить акты по форме Н-2 на утверждение в Министерство образования и науки Челябинской области.

6. Администрация колледжа обязана выдать 1 экземпляр акта на руки родителям пострадавшего студента (под роспись и с числом) не позднее 3 дней с момента утверждения акта.

7. Акт по форме Н-2 подлежит хранению 45 лет.

6. ССЫЛКИ НА ДРУГИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Ссылок нет.

ТАБЛИЦА ПЕРЕСМОТРА ДОКУМЕНТА

№ п/п	Номера удаленных страниц	Количество удаленных страниц	Номера вставленных страниц	Количество вставленных страниц	Подпись лица, внесшего изменения