

Додаток 5  
до розпорядження голови  
районної в місті ради  
від 13.09.2018 № 185-р

**Процедура**  
**«ПОРЯДОК ПЛАНУВАННЯ, ЗДІЙСНЕННЯ КОНТРОЛЮ**  
**ЗАПОБІЖНИХ ТА КОРИГУВАЛЬНИХ ДІЙ»**  
**ПР 002-03-2018**

## **1. Вступ**

1.1 Метою процедури є встановлення вимог та здійснення коригувальних дій у виконкомі Довгинцівської районної в місті ради.

1.2 Предметом даної процедури є методика організації та проведення запобіжних та коригувальних заходів.

1.3 Вимоги даної процедури є обов'язковими для керівників і персоналу всіх структурних підрозділів та окремих спеціалістів виконавчого комітету Довгинцівської районної в місті ради.

1.4 Процедура є власністю виконавчого комітету та документом лише для внутрішнього використання. Передача задокументованої процедури стороннім особам має бути погоджена із представником вищого керівництва в області якості та інформаційної безпеки (Головного уповноваженого з питань розробки та впровадження системи управління інформаційною безпекою, Головного уповноваженого з питань впровадження та забезпечення функціонування системи управління якістю) у виконкомі районної в місті ради.

## **2. Нормативні посилання**

У Процедурі використані посилання на наступні нормативні документи:

- ДСТУ ISO 9000:2015 «Системи управління якістю. Основні положення і словник термінів»;
- ДСТУ ISO 9001:2015 «Система управління якістю. Вимоги»;
- ДСТУ ISO 19011:2012 «Настанови щодо здійснення аудитів систем управління»;
- ДСТУ ISO/IEC 27001:2015 «Інформаційні технології. Методи захисту. Системи управління інформаційною безпекою. Вимоги».

## **3. Прийняті в тексті скорочення**

**Виконком** - виконавчий комітет Довгинцівської районної в місті ради;

**Головний уповноважений** – головний уповноважений з питань розробки та впровадження системи управління інформаційною безпекою, головний уповноважений з питань впровадження та забезпечення функціонування системи управління якістю.

#### 4. Терміни та визначення

4.1 В Процедурі застосовуються терміни та визначення, встановлені відповідно положень стандартів ДСТУ ISO 9000, ДСТУ ISO 9000, ДСТУ ISO 19011, ДСТУ ISO/IEC 27001.

#### 5. Загальні положення

5.1 У розробці та впровадженні запобіжних та коригувальних дій, залежно від рівня виконання, можуть брати участь наступні посадовці:

- головний уповноважений з питань розробки та впровадження системи управління інформаційною безпекою, головний уповноважений з питань впровадження та забезпечення функціонування системи управління якістю;
- координатори з питань забезпечення функціонування системи управління;
- керівники структурних підрозділів;
- робоча група.

5.2 Відповідальність за здійснення діяльності несуть:

- головний уповноважений з питань розробки та впровадження системи управління інформаційною безпекою, головний уповноважений з питань впровадження та забезпечення функціонування системи управління якістю;
- координатори з питань забезпечення функціонування системи управління;
- керівники структурних підрозділів;
- робоча група.

5.3 Запобіжні дії мають бути спрямовано на ліквідацію причин потенційної невідповідності, з метою запобігання її появи, а також зниження ризиків діяльності (зокрема, ризиків інформаційної безпеки, ризиків відповідності послуг, ризиків програми аудитів).

5.4 Типовими входними даними є:

- аналіз даних, зокрема аналіз тенденцій;
- показники дієвості персоналу;
- досягнення цілей у сфері якості та інформаційної безпеки;
- аналіз витрат, пов'язаних із досягненням цілей у сфері якості та інформаційної безпеки;
- дослідження задоволеності замовників/громадянина та інших зацікавлених сторін;
- взаємодії з іншими суб'єктами місцевого самоврядування;
- результати аудитів і критичного аналізування з боку керівництва;
- ризики відповідності послуг;
- суттєві зміни в оцінці ризиків.

5.5 Дії, зумовлені процесом запобіжних дій, треба документувати і доводити до відома працівників відповідних структурних підрозділів.

5.6 Досвід, набутий у межах процесу запобіжних дій, треба аналізувати і доводити до відома відповідних підрозділів виконкому.

5.7 Найвище керівництво зобов'язане забезпечити наявність відповідних ресурсів для впровадження запобіжних дій.

5.8 Коригувальні дії повинні бути реалізовані, якщо при аналізі даних про діяльність виконкому було виявлено факт невідповідності (невідповідність послуги, невідповідність системи, недосягнення цілей тощо) і підтверджена можливість повторення такої ситуації. Коригувальні дії повинні бути спрямовані на усунення причин невідповідностей для того, щоб запобігти їх повторенню. За підсумками виконання коригувальних дій повинен перевірятися не тільки сам факт їх виконання, але і їх достатність для забезпечення того, що ризик повторення невідповідності знижено до прийняттого рівня.

5.9 Коригувальні дії застосовуються для усунення причин виявлених невідповідностей, щоб таким чином унеможливити повторну появу цих невідповідностей знову, для чого виконуються наступні дії:

- опитування персоналу;
- безпосередній огляд невідповідності;
- вивчення всієї документації та записів, які мають відношення до невідповідності, включаючи документацію замовників;
- аналіз отриманих даних;
- формування висновків стосовно чинників невідповідності;
- формулювання пропозицій щодо шляхів виправлення невідповідності, усунення наслідків невідповідності та прийняття дій щодо чинників виникнення невідповідності.

## **6. Розробка та застосування запобіжних дій**

6.1 Основою для розробки запобіжних дій є виявлена потенційна невідповідність в будь-яких точках процесу виконання роботи чи інших ідентифікованих процесах СУЯ та СУІБ, в будь-якому елементі СУЯ чи СУІБ, або їх частин. У разі встановлення необхідності проведення запобіжних дій необхідно розробити і впровадити план запобіжних дій (приклад плану наведений у додатку А), а також запровадити періодичний контроль його виконання для зменшення можливості появи невідповідностей та досягнення переваг, що дають можливість поліпшення.

6.2 Головний уповноважений аналізує одержану від фахівців виконкому інформацію і подають на розгляд керівництву пропозиції щодо запобіжних заходів. Після розгляду та аналізу пропозицій, керівництво приймає рішення щодо характеру запобіжних заходів і визначає посадових осіб, відповідальних за впровадження та контроль за впровадженням заходів. Для аналізування необхідності здійснення запобіжних заходів та плануванні запобіжних заходів обов'язково встановлюється пріоритет заходів відповідно до суттєвості зміни кількісних показників ризиків. Терміни розробки плану запобіжних дій визначають керівники відділів, стосовно яких запроваджуються запобіжні дії. План запобіжних дій погоджується з головним уповноваженим.

6.3 В плані обов'язково вказують зміст запобіжних дій, терміни їх виконання, відповідальний за це персонал. Терміни проведення запобіжних дій не повинні перевищувати одного місяця, якщо ці дії не потребують:

- значних фінансових ресурсів;
- змін в роботі всього виконкому.

В протилежному випадку складають програми, в яких, в рамках чітко регламентованих термінів та відповідальності, описують запобіжні дії.

6.5 В будь-якому випадку запобіжні заходи розробляються виключно на основі всебічного аналізу. Обробка даних по виявлених невідповідностях шляхом використання статистичних методів може визначити тенденції зростання потенційних невідповідностей, що в свою чергу становить основу для розробки запобіжних дій. В планах впровадження запобіжних дій вказують дії з попередження виникнення в подальшому всіх невідповідностей.

## **7. Планування та здійснення коригувальних дій**

7.1 Потреба в коригувальних діях може бути викликана наступними чинниками:

- скарги споживачів послуг, громадян та громади району;
- зауваження споживачів послуг та зацікавлених сторін;
- невідповідності у ході проведення планових чи позачергових зовнішніх та внутрішніх перевірок (аудитів) виконкому;
- невідповідності, визначені під час моніторингу та вимірювання процесів і послуг міськвиконкому;
- відхилення від програм і планів;
- критичний аналіз даних з боку керівництва;
- невиконання установлених вимог до процедур виконання робіт;
- виявлення недоліків або помилок при виконанні робіт та оформленні документів, при проведенні їх оперативного контролю, чи при будь-яких інших обставинах в робочому порядку;
- інциденти інформаційної безпеки;
- повідомлення про можливі загрози інформаційній безпеці виконкому.

7.2 Виконання коригувальних дій:

7.2.1 Персонал при виявленні недоліків у функціонуванні підрозділів зобов'язаний доповісти про це керівникові підрозділу.

7.2.2 Якщо виявлені недоліки, які можуть вплинути на якість послуг інших підрозділів чи на інформаційну безпеку, інформацію надає керівник підрозділу виконкому у вигляді службової записки.

7.2.3 Головний уповноважений з питань впровадження та забезпечення функціонування СУЯ чи головний уповноважений з питань інформаційної безпеки аналізує одержану інформацію і подає на розгляд голові пропозиції щодо коригувальних заходів.

7.2.4 Керівник повинен зробити:

- аналіз виявленої невідповідності;
- установити причину;
- визначити коригувальні заходи, терміни і відповідальних за усунення причини невідповідності;
- оцінку потреби в заходах, що гарантують, що невідповідності не повторяться;

- контроль виконання запланованих коригувальних дій;
- аналіз результатів виконаних коригувальних заходів.

7.2.5 Керівник, аналізуючи причину виявлених недоліків, визначає кінцеву мету і очікувані результати.

7.2.6 Для вирішення поставленого завдання керівник відділу призначає відповідальних – одну особу або групу осіб.

7.2.7 Відповідальні, одержавши завдання, проводять аналіз виявлених недоліків і поставленої мети.

7.2.8 На підставі аналізу даних і встановленої кінцевої мети здійснюється розробка необхідних дій, з метою усунення невідповідностей. Розробляється план заходів, який подається на затвердження керівникові структурного підрозділу.

7.2.9 Керівник відділу затверджує, наданий йому робочою групою план коригувальних дій по усуненню невідповідностей. Потім здійснюється виконання і контроль виконання кожного пункту, затверженого плану.

7.2.10 Терміни виконання коригувальних дій визначають керівники структурних підрозділів спільно з головним уповноваженим.

7.2.11 Терміни виконання коригувальних дій треба визначати, враховуючи потенційні ризики, пов'язані з повторним виникненням невідповідності.

7.2.12 Коригувальні дії необхідно задокументувати, запротоколювати та належно довести до відома, щоб забезпечити їх результативне впровадження.

7.2.13 Коригувальні дії відображають в переліку документів по кожному підрозділу. Ведення кожного з реєстраційних документів повинно бути закріплено за конкретним підрозділом. Форма реєстраційних документів включає дані, що дозволяють оцінювати динаміку невідповідностей, контролювати виконання ухвалених рішень. Будь-які зміни супровідні коригувальним діям, мають бути відображені у відповідних документах СУЯ.

7.2.14 У такому ж порядку розробляються і упроваджуються дії за наслідками внутрішніх і зовнішніх перевірок.

7.2.15 При отриманні претензій або рекламацій від замовників робота по їх усуненню ведеться відповідно до чинного законодавства.

7.2.16 У будь-якому випадку коригувальні дії розробляються виключно на підставі всебічного аналізу всіх обставин, виявлення причин виникнення недоліків і повинні бути направлені на усунення цих причин.

## **8 Контроль виконання запобіжних та коригувальних дій**

8.1 Контроль результативності виконання запланованих запобіжних та коригувальних дій організовують:

- головний уповноважений з питань розробки та впровадження системи управління інформаційною безпекою, головний уповноважений з питань впровадження та забезпечення функціонування системи управління якістю;
- координатори з питань забезпечення функціонування системи управління;

- внутрішні аудитори;
- керівники підрозділів.

8.2 У випадку, якщо результативність виконання дій не доведена в повному обсязі, керівник, який призначив перевірку виконує заходи для виконання запланованих дій, після чого контроль повторюється.

8.3 Результати контролю виконання запобіжних дій реєструються у відповідних протоколах. Приклад такого протоколу наведено у [додатку А](#).

8.4 Результати контролю результативності виконання коригувальних дій повинні реєструватися та обов'язково затверджуватися посадовцями, що проводили такий контроль. Приклад Протоколу контролю результативності коригувальних дій наведений в [додатку Б](#). В даний протокол заноситься перелік дій, ефективність яких підлягає перевірці. Також структурним підрозділам необхідно вести облік невідповідностей, які виявляються у підрозділі. Приклад форми журналу реєстрації невідповідностей та виконаних коригувальних дій наведена в [додатку В](#).

8.5 Термін розробки коригувальних дій не повинен перевищувати 10 днів з дня виявлення порушень. Терміни проведення коригувальних дій не повинні перевищувати одного місяця, якщо ці дії не потребують:

- значних фінансових ресурсів;
- змін в роботі всього виконкому.

8.6 При одержанні претензій або зауважень від замовників керівництво організує їх розгляд з метою визначення обґрунтованості. Якщо претензія визнається обґрунтованою, керівництво (в залежності від масштабів помилки та обсягу можливого впливу) призначає відповідального за розроблення заходів, спрямованих на усунення причин виявлених недоліків.

8.7 В будь-якому випадку коригувальні заходи розробляються виключно на основі всебічного аналізу всіх обставин, виявлення причин виникнення недоліків і повинні бути спрямовані на усунення цих причин.

8.8 Керівник підрозділу має проаналізувати затрати на коригувальні дії та потенційні наслідки при повторенні невідповідності.

8.9 Результати виконання коригувальних дій узагальнюються головним уповноваженим. Узагальнені висновки та пропозиції направляють на розгляд голові райради.

**Додаток А**  
(довідковий)

**Форма плану запобіжних дій**  
**ПЛАН ЗАПОБІЖНИХ ЗАХОДІВ**

(назва структурного підрозділу)

№	Характер невідповідності/ причина невідповідності	Запобіжні заходи	Дата початку та кінця впровадження запобіжних заходів	Відповідальний за запобіжні дії	Примітка
1	2	3	4	5	6

Керівник структурного підрозділу  
(посада)

\_\_\_\_\_ (підпис, дата)

\_\_\_\_\_ (ініціали та прізвище)

**Додаток Б**  
(довідковий)

**ПРОТОКОЛ**  
**контролю результативності коригувальних дій**

1 Виявлена невідповідність (яким відділом виявлена, характеристика невідповідності, де зафіксована \_\_\_\_\_

2 Коригувальні дії \_\_\_\_\_

3 Відповідальні особи та термін виконання \_\_\_\_\_

4 Контроль результативності \_\_\_\_\_

5 Пропозиції \_\_\_\_\_

1,2,3 - заповнюється керівником структурного підрозділу, де виявлена невідповідність;

4,5 - заповнюється особою, яка уповноважена здійснювати контроль.

Коригувальні дії розробив \_\_\_\_\_

Контроль результативності коригувальних дій здійснив \_\_\_\_\_

**Додаток В**  
(довідковий)

***ЖУРНАЛ КОНТРОЛЮ РЕЗУЛЬТАТВНОСТІ КОРИГУВАЛЬНИХ ДІЙ***

<b>Дата</b>	<b>Невідповідність</b>	<b>Коригувальні дії</b>	<b>Відповідальні особи</b>	<b>Контроль</b>	<b>Примітки</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

***Лист реєстрації змін***

Зміна	Номер листа				Всього листів в документі	№ документа	Вхідний номер супровідного	Підпис	Дата
	зміненого	заміненого	нового	анульованого					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

***Керуючий справами виконкому***

***О.Гижко***