Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

ИРКУТСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

С Т А Н Д А Р Т О Р Г А Н И З А Ц И И

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Управление рисками, разработка корректирующих и предупреждающих действий, коррекция

ОРИГИНАЛ

Содержание

1 Область применения ... 3
2 Нормативные ссылки ... 3
3 Термины, определения и сокращения ... 3
4 Ответственность ... 4
5 Общие положения ... 4
6 Действие в отношении рисков и возможностей ... 5
7 Процедура корректирующих действий ... 6
7.1 Регистрация обнаруженных несоответствий ... 7
7.2 Анализ причин несоответствия ... 8
7.3 Определение и планирование корректирующих действий ... 8
7.4 Выполнение корректирующих действий и регистрация результатов ... 8
7.5 Определение результативности корректирующих действий ... 8
8 Процедура предупреждающих действий ... 9
8.1 Выявление потенциальных несоответствий ... 9
8.2 Анализ причин возникновения возможных несоответствий ... 9
8.3 Определение и планирование предупреждающих действий ... 10
8.4 Выполнение предупреждающих действий ... 10
8.5 Оценка результативности предупреждающих действий ... 10
9 Хранение данных о результатах корректирующих и предупреждающих действий ... 10
Приложение 1 Форма журнала регистрации несоответствий и корректирующих действий ... 11
Приложение 2 Форма плана контроля за проведением корректирующих действий ... 12
Приложение 3 Оценка уровня риска потенциального несоответствия ... 13
Приложение 4 Лист согласования стандарта СТО 004-2026 ... 15
Приложение 5 Лист регистрации изменений СТО 004-2026 ... 16
Приложение 6 Лист ознакомления с СТО 004-2026 ... 17

УТВЕРЖДЕН
приказом ректора
(чем) (должность)
от «20» ноября 2026 г. № 960-О

С Т А Н Д А Р Т О Р Г А Н И З А Ц И И

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Управление рисками, разработка корректирующих и предупреждающих действий, коррекция

Введен взамен СТО 004-2024

1 Область применения

1.1 Настоящий стандарт организации устанавливает основные требования к управлению рисками, порядок проведения процедуры коррекции, корректирующих и предупреждающих действий, регистрацию результатов предпринятых действий, анализ их результативности, а также определяет ответственность и полномочия в рамках данных процедур.

1.2 Настоящий стандарт распространяется на все структурные подразделения и сотрудников федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Иркутский национальный исследовательский технический университет».

2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие документы:

МС ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.

ГОСТ Р ИСО/ТО 10017-2005 Статистические методы. Руководство по применению в соответствии с ГОСТ ISO 9001.

СТО 002 Система менеджмента качества. Порядок управления документированной информацией (документами) СМК.

СТО 003 Система менеджмента качества. Внутренний аудит.

СТО 009 Система менеджмента качества. Управление несоответствиями.

СТО 029 Система менеджмента качества. Анализ со стороны руководства.

3 Термины, определения и сокращения

3.1 В настоящем стандарте применены следующие термины с соответствующими определениями:

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Несоответствие – невыполнение требования.

Предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

Результативность - степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Риск – влияние неопределенности. Влияние выражается в отклонении от ожидаемого результата - позитивном или негативном.

Система менеджмента качества - часть системы менеджмента применительно к качеству.

Стандарт организации – нормативный документ по стандартизации, разработанный, как правило, на основе согласия, характеризующийся отсутствием возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон, устанавливающий комплекс норм, правил, требований к различным видам деятельности университета или их результатам и утвержденный приказом руководства университета.

Требование – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

Эффективность - связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

3.2 В настоящем стандарте используются следующие сокращения:

ИРНИТУ - федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Иркутский национальный исследовательский технический университет»;

КД - корректирующие действия;

ОМиМК- отдел мониторинга и менеджмента качества;

ПД - предупреждающие действия;

ПРК - представитель руководства по системе менеджмента качества;

СМК - система менеджмента качества;

СТО - стандарт организации.

4 Ответственность

4.1 Ответственность за разработку, пересмотр, идентификацию внесенных изменений, хранение (как на бумажном, так и на электронном носителе) данного стандарта возложена на начальника отдела мониторинга и менеджмента качества.

4.2 Разработчик настоящего стандарта осуществляет периодическую проверку (пересмотр) данного стандарта в установленном порядке согласно СТО 002 Система менеджмента качества. Порядок управления документированной информацией (документами) СМК.

4.3 Ответственность за выполнение требований данного стандарта возлагается на начальника ОМиМК и руководителей всех структурных подразделений ИРНИТУ.

5 Общие положения

5.1 При планировании действий в системе менеджмента качества организация должна определять риски и возможности с целью:

– обеспечения уверенности в том, что система менеджмента качества может достичь намеченных результатов;

– увеличения или уменьшения/предотвращения влияния;

– обеспечения повышения результативности системы менеджмента качества и процессов.

5.2 Корректирующие и предупреждающие действия являются заключительным этапом принятой в ИРНИТУ общесистемной методологии непрерывного улучшения качества труда, процессов и продукции. Реализация КД и ПД является основой управления качеством продукции.

5.3 Корректирующие и предупреждающие действия разрабатываются с целью устранения причин несоответствий/потенциальных несоответствий и предупреждения их повторного возникновения.

5.4 Общее руководство по организации КД и ПД и оценку их результативности осуществляет начальник отдела мониторинга и качества образовательных услуг. Оценка результативности КД и ПД также проводится во время анализа со стороны руководства.

5.5 Ответственность за планирование, подготовку и реализацию КД и ПД в подразделениях несет руководитель подразделения.

5.6 Ответственность за результативность КД и ПД в рамках процессов несет руководитель процесса.

5.7 В качестве источников информации о несоответствиях и причинах потенциальных несоответствий могут выступать результаты:

- внутренних аудитов/проверок;
- внешних аудитов/проверок;
- работы органов по аккредитации и аттестации;
- участия ИРНИТУ и его структурных подразделений в научно-педагогических и прочих внешних и внутренних мероприятиях (конкурсы, конференции, программы, гранты и др.);
- работы с потребителями или работодателями (результаты маркетинговых исследований рынка научных, образовательных услуг, рынка труда и др.);
- самообследования структурных подразделений;
- аттестации работников и наблюдений за их работой;
- мониторинга результативности/эффективности процессов;
- оценки удовлетворенности заинтересованных сторон деятельностью университета и подразделений университета.

5.8 Для использования корректирующих действий как средства улучшения, в организации предусмотрено планирование процесса принятия КД, его реализации и контроля выполнения запланированных КД.

5.9 КД предпринимаются для устранения причин и предотвращения повторного возникновения несоответствия, тогда как ПД – для первичного предотвращения возникновения несоответствия. Также, при возможности, должна быть проведена коррекция - действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

5.10Причины возникновения несоответствий определяет руководитель процесса или подразделения, в котором обнаружено несоответствие.

5.11Выработка плана предупреждающих и корректирующих действий осуществляется совместными усилиями начальника ОМиМК/ПРК и руководителя подразделения/процесса, в работе которого обнаружено потенциальное несоответствие и, при необходимости, высшего руководства ИРНИТУ.

5.12Выявление и регистрация несоответствий/наблюдений в процессе проведения внутреннего аудита осуществляется в соответствии с требованиями СТО 003.

5.13Записи и документированная информация, содержащие зарегистрированные данные, полученные в ходе выполнения процедур КД и ПД, должны поддерживаться в рабочем состоянии, согласно СТО 002.

6 Действие в отношении рисков и возможностей

6.1 Процедура управления рисками является неотъемлемой частью функционирования всех процессов ИРНИТУ и находится в непрерывной работе.

6.2 С целью управления рисками ИРНИТУ планирует:

- действия по рассмотрению рисков и возможностей;
- возможность интеграции данных действий в систему менеджмента качества;
- проведение оценки результативности предпринятых действий в отношении рисков и возможностей.

6.3 Решения, принимаемые относительно рисков и возможностей должны быть своевременными и учитывать интересы заинтересованных сторон.

6.4 Процедура управления рисками представлена следующими основными этапами:

a) сбор данных для проведения идентификации риска;
b) анализ данных;

c) оценка рисков и возможностей;
d) определение действий относительно выявленных рисков;
e) анализ результатов и эффективности мероприятий по управлению рисками.

6.5 Сбор данных для проведения идентификации риска может осуществляться на всех уровнях управления университетом. Запрос и обмен информацией производится на основании полномочий должностных лиц и подразделений, определённых должностными инструкциями, положениями о подразделениях и прочими нормативными документами (внутренними и внешними). В качестве источников информации для оценки рисков могут выступать все виды отчетов о деятельности университета и подразделений ИРНИТУ, опросы и т.д.

6.6 Анализ данных может осуществляться на всех уровнях управления университетом. Руководители процессов осуществляют анализ и оценку рисков в рамках функционирования своих процессов с отражением отдельных результатов анализа в карте процесса. Руководители подразделений осуществляют анализ и оценку рисков в рамках функционирования их подразделений. Результаты анализа могут оформляться документировано в свободной форме. Анализ данных может осуществляться как в строго определенные периоды (при заполнении карт процессов), так и постоянно/по мере необходимости во время рабочих совещаний, заседаний рабочих групп, советов.

6.7 Для проведения анализа и оценки рисков и возможностей могут применяться различные методы:

- Мозговой штурм;
- Метод Дельфи;
- Предварительный анализ опасностей (PHA);
- Анализ опасности и критических контрольных точек;
- SWIFT анализ сценариев;
- Анализ сценариев;
- Анализ воздействия на бизнес (BIA);
- Анализ первопричины (RCA);
- Анализ видов и последствий отказов (FMEA);
- Анализ дерева неисправностей (FTA);
- Анализ дерева событий (ETA);
- Анализ причин и последствий;
- Причинно-следственный анализ;
- Анализ влияния человеческого фактора;
- Байесовский анализ и сети Байеса.

Перечисленные выше методы оценки рисков не всегда подходят под специфику конкретного процесса или подразделения. Руководитель процесса/подразделения/сотрудник, осуществляющий оценку риска, может самостоятельно выбирать наиболее эффективную модель.

6.8 Вне зависимости от способа проведения анализа и оценки рисков, должны быть определены следующие параметры:

- Вероятность возникновения;
- Степень влияния на процесс/степень воздействия.

Матрица оценки параметров рисков представлена в Приложении 3.

6.9 Анализ эффективности принятых относительно рисков решений осуществляется на всех уровнях управления университетом в ходе подготовки отчетов об эффективности процессов и работы подразделений/университета.

7 Процедура корректирующих действий

Необходимость в проведении корректирующих действий определяется:

- выявленными несоответствиями в работе подразделений/процессов, продукции/услуг и внутренних нормативных документах ИРНИТУ;
- данными внутренних и внешних аудиторских проверок;
- данными текущего контроля успеваемости обучающихся, «летучего» контроля качества продукции;
- данными анализов, верификации и валидации, соответствующих каждой стадии проектирования и разработки;
- результатами проверки качества разработки конструкторской и технологической документации для научной, производственной и опытно-конструкторской деятельности;
- результатами проверки качества образовательных программ и всей сопутствующей документации;
- результатами мониторингов и измерений;
- данными контроля качества продукции/услуг в процессе производства/оказания услуги;
- для научной, производственной и опытно-конструкторской деятельности: проведением испытаний опытных образцов изделий, проведением приемочного контроля и приемосдаточных испытаний готовой продукции, данными об отказах изделий;
- для образовательной деятельности: данными промежуточного контроля, результатами прохождения практик, результатами итогового контроля и отзывами работодателей.
- надзором в процессе осуществления деятельности/производства;
- анализом рекламаций и претензий потребителей процессов;
- результатами проведения проверок различными службами университета.

Процедура корректирующих действий включает в себя следующие этапы:

a) регистрация несоответствий;
b) анализ причин несоответствий;
c) определение и планирование КД;
d) выполнение КД и регистрация результатов;
e) определение результативности КД.

Данные о результатах корректирующих действий используются для анализа СМК со стороны руководства.

7.1 Регистрация обнаруженных несоответствий

7.1.1 Несоответствия, выявленные в ходе внутреннего аудита, фиксируются в листах регистрации несоответствий согласно Приложению 3 СТО 003 в порядке, определенном СТО 003.

7.1.2 Согласно данным, полученным в ходе аудита, сотрудниками отдела мониторинга и качества образовательных услуг, заполняется журнал регистрации несоответствий (Приложение 1), в котором контролируется выполнение корректирующих действий. Журнал ведется в электронном виде. Информация обновляется по мере проведения последующих проверок или предоставления данных о выполнении корректирующих действий.

7.1.3 Для эффективного контроля за своевременным выполнением КД сотрудники ОМиМК составляют план контроля КД (Приложение 2). План ведется в электронном виде.

7.1.4 Любой сотрудник структурного подразделения в процессе своей деятельности может выявить несоответствия. При выявлении несоответствий, сотрудник подразделения доводит данную информацию до руководителя, с целью выработки действий для устранения несоответствия.

7.1.5 В случае обнаружения несоответствий в работе смежного подразделения, сотрудник может довести информацию до руководителя подразделения, в котором выявлены несоответствия.

7.1.6 Несоответствия, выявленные в ходе мониторингов прочего характера, в ходе деятельности и проведения оценки результативности процессов сотрудниками, доводятся до сведения руководителя подразделения/руководителя процесса.

7.1.7 Регистрация КД в данных случаях осуществляется в записях, протоколах совещаний различного уровня управления, проводимых для выработки корректирующих действий.

7.2 Анализ причин несоответствия

7.2.1 При обнаружении несоответствий в ходе внутренних аудитов, руководитель подразделения проводит анализ причин несоответствий, при необходимости привлекая к данному процессу начальника ОМиМК и руководителей заинтересованных подразделений, и заполняет соответствующий раздел в листах регистрации несоответствий.

7.2.2 Руководитель структурного подразделения должен запланировать (в течение 3 рабочих дней после получения предложений и/или несоответствий) и провести коррекцию и, при возможности, запланировать и выполнить КД и/или ПД.

7.2.3 При анализе причин несоответствий можно использовать:

a) идентификацию объекта, по отношению к которому выявлено несоответствие (продукция, процесс);

b) установление причинно-следственных связей между этими данными и выявленными несоответствиями (диаграмма Исикавы);

c) формулирование всех возможных причин появления несоответствий (метод мозгового штурма и т.д.);

d) установление основной причины возникновения несоответствий (диаграмма Парето и т.д.).

При определении причин несоответствий, могут использоваться и другие статистические методы, описанные в ГОСТ Р ИСО/ТО 10017-2005.

7.3 Определение и планирование корректирующих действий

7.3.1 После определения причин несоответствий должны быть предложены корректирующие действия и коррекция, направленные на устранение причин несоответствий и предотвращение их повторного возникновения.

7.3.2 При планировании корректирующих действий необходимо проанализировать целесообразность их выполнения, исходя, с одной стороны из размера текущих и потенциальных потерь, связанных с данными несоответствиями, с другой стороны, из размера затрат, необходимых для выполнения корректирующих действий.

7.3.3 Управление несоответствиями осуществляется в соответствии с СТО 009.

7.4 Выполнение корректирующих действий и регистрация результатов

7.4.1 Корректирующие действия должны быть выполнены в срок, не позднее трех месяцев после проведения внутреннего аудита или обнаружения и регистрации несоответствий.

7.4.2 Все исключения, связанные со спецификой выявленных несоответствий и осуществления последующих корректирующих действий, подлежат согласованию с начальником ОМиМК.

7.4.3 Руководители подразделений предоставляют в ОМиМК подтверждения и свидетельства проведения корректирующих действий.

7.5 Определение результативности корректирующих действий

7.5.1 Для несоответствий, выявленных руководителями структурных подразделений и аудиторскими группами при проведении внутренних аудитов, результативность корректирующих действий определяется начальником ОМиМК. В случае необходимости, результативность корректирующих действий может оцениваться представителем руководства по качеству на основании информации, полученной от руководителей подразделений о выполнении корректирующих действий.

7.5.2 Если проверка дает положительный результат (корректирующее действие признается результативным), то несоответствие закрывается.

7.5.3 Если корректирующие действия не выполнены в срок, то руководитель структурного подразделения заполняет предпоследнюю графу в документе «Лист регистрации несоответствий», где указывает причины невыполнения КД и новые сроки проведения КД, установленные при согласовании с начальником ОМиМК. Перенос сроков выполнения КД допустим не более одного раза, затем информация о невыполнении корректирующих действий направляется ПРК.

7.5.4 Представитель руководства по качеству осуществляет анализ причин невыполнения КД. Если объективной причины невыполнения КД не выявлено, то ПРК может применить административное наказание к структурному подразделению, не выполнившему корректирующие действия.

7.5.5 Данные по выполнению КД и ПД, а также причинам возникновения несоответствий, используются для анализа результативности функционирования СМК со стороны руководства в соответствии с СТО 029.

8 Процедура предупреждающих действий

Процедура предупреждающих действий состоит из следующих этапов:

a) выявление и регистрация потенциальных несоответствий;
b) анализ причин возникновения возможных несоответствий;
c) определение и планирование предупреждающих действий;
d) выполнение предупреждающих действий;
e) оценка результативности предупреждающих действий.

8.1 Выявление потенциальных несоответствий

Потенциальные несоответствия могут быть выявлены в ходе внутренних аудитов, мониторинга деятельности подразделения/процесса, в ходе осуществления деятельности.

При выявлении потенциальных несоответствий в ходе внутренних аудитов, группой аудита оформляется наблюдение в соответствии с СТО 003.

При выявлении потенциальных несоответствий в иных случаях, сотрудник подразделения доводит данную информацию до руководителя, с целью выработки планов предупреждающих действий. Данная информация может быть документально отражена в отчетах о результатах деятельности подразделения.

8.2 Анализ причин возникновения возможных несоответствий

Процедура установления причин потенциальных несоответствий включает в себя:

a) идентификацию объекта, по отношению к которому выявлено потенциальное несоответствие (продукция, процесс);

b) анализ данных мониторинга и измерения характеристик объекта;

c) установление причинно-следственных связей между этими данными и выявленными потенциальными несоответствиями (диаграмма Исикавы);

d) формулировка всех возможных причин появления потенциальных несоответствий (метод мозгового штурма, FMEA анализ и т.д.);

e) установление основной причины (причин) возникновения потенциальных несоответствий (диаграмма Парето и т.д.).

При определении причин потенциальных несоответствий могут использоваться и другие статистические методы описанные в ГОСТ Р ИСО/ТО 10017-2005.

8.3 Определение и планирование предупреждающих действий

Предупреждающие действия должны планироваться исходя из следующих моментов:

a) уровня риска потенциальных несоответствий;

b) затрат при реализации данных потенциальных несоответствий в реальные;

c) затрат на выполнение предупреждающих действий.

В случае, если потенциальные несоответствия имеют невысокий уровень риска и не грозят большими затратами в будущем, то предупреждающие действия по ним допускается не проводить.

В случае, если потенциальные несоответствия имеют высокий уровень риска и грозят большими затратами при превращении их в реальные несоответствия, то предупреждающие действия должны быть выполнены в кратчайшие сроки.

При принятии решения о целесообразности проведения предупреждающих действий, назначается ответственный за их выполнение и определяется срок проведения ПД. Данная информация может быть отражена в планах работы соответствующего подразделения.

8.4 Выполнение предупреждающих действий

О выполнении предупреждающих действий исполнитель должен отчитаться перед ответственным по потенциальному несоответствию. Если замечаний к исполнителю нет, то данное предупреждающее действие считается закрытым.

8.5 Оценка результативности предупреждающих действий

Результативность предупреждающих действий оценивает руководитель подразделения, совместно с ответственным по потенциальному несоответствию. Информация по эффективности проведенных предупреждающих действий включается в отчет о работе соответствующего подразделения и в отчет по анализу со стороны высшего руководства в соответствии с СТО 029 (в обобщённом виде).

9 Хранение данных о результатах корректирующих и предупреждающих действий

Копии листов регистрации несоответствий/наблюдений или вторые экземпляры оригиналов, вместе со свидетельствами о выполнении КД хранятся в подразделениях в соответствии с требованиями СТО 003, сводной номенклатурой дел и Инструкцией по делопроизводству.

Оригиналы листов регистрации несоответствий/наблюдений хранятся в отделе мониторинга и качества образовательных услуг, согласно установленным срокам хранения.

Сведения о проведении коррекции, корректирующих и предупреждающих действий, результативности их проведения включаются в отчеты, которые направляются представителю руководства по качеству для обработки и представления их высшему руководству для анализа со стороны руководства и оценки результативности СМК в соответствии с СТО 029.

Приложение 1 Форма журнала регистрации несоответствий и корректирующих действий[1]
(обязательное)

№ аудита	Проверяемое подразделение	Руководитель подразделения	Уполномоченный по качеству	Дата аудита	Основные несоответствия	п.п. ИСО	Вид несоответствия	Срок устранения несоответствий	Отметка о выполнении корректирующих действий	Примечание	Состав аудиторской группы

[1] Ведется в электронном виде сотрудниками ОМиМК

Приложение 2 Форма плана контроля за проведением корректирующих действий[2]
(справочное)

№ п/п	№ Аудита	Наименование подразделения	Срок выполнения КД	Дата проверки	Отметка о выполнении

[2] Ведется в электронном виде сотрудниками ОМиМК

Приложение 3 Оценка уровня риска потенциального несоответствия
(справочное)

Оценка уровня риска потенциального несоответствия — это процесс, направленный на выявление, анализ и оценку возможных отклонений от установленных стандартов, норм или требований.

1 Уровень риска определяется согласно матрице оценки рисков (таблица 1).

2 Уровень риска классифицируется по 3 уровням (низкий, средний, высокий) в зависимости от степени влияния на результат процесса (минимальное, среднее, максимальное) и вероятности (маловероятно, вероятность существует, очень вероятно).

3 Согласно матрице:

– определяется, к какому последствию может привести реализация процесса (деятельности) (1, 2, 3);

– определяется, как часто данное последствие может наступить (1, 2, 3);

– уровень риска - уровень риска можно рассчитать по формуле:

Уровень\ риска = Вероятность идентификации × степень влияния.

Пример: Если вероятность возникновения риска равна 3 (очень вероятно/ высокая (постоянно: ежедневно), а степень влияния — 2 (среднее влияние на результат процесса), то уровень риска будет:

Уровень\ риска = 3 × 2 = 6

4 В соответствии с матрицей оценки рисков возможны следующие уровни:

– низкий уровень – действия не требуются, записи вести не нужно;

– средний уровень – должны быть приняты меры для снижения риска, но необходимо внимательно изучить и ограничить затраты на предупреждение. Мероприятия должны быть реализованы в установленные сроки.

– высокий уровень – возможна приостановка работы по процессу. Мероприятия выполнять до тех пор, пока риск не будет снижен. Там, где работы по улучшению ситуации непосредственно связаны с риском, должны быть предприняты немедленные меры.

5 Для наглядности уровни имеют цветовую идентификацию: низкий – зеленый, средний – желтый, высокий – красный.

Таблица 1 Матрица оценки рисков

			Степень влияния		
Вероятность идентификации			**1**	**2**	**3**
			Минимальное/низкое влияние на результат процесса	среднее влияние на результат процесса	Максимальное/высокое влияние на результат процесса
	3	очень вероятно/ высокая (постоянно: ежедневно)	средний	высокий	высокий
	2	вероятность существует/ средняя (часто: раз в месяц)	низкий	средний	высокий
	1	Маловероятно/ низкая (очень редко: раз в год и реже)	низкий	низкий	средний

Риски, имеющие данную степень влияния, подлежат обязательному рассмотрению и реагированию.

 Риски, имеющие данную степень влияния, подлежат наблюдению, разрабатываются мероприятия по снижению влияния

 Риски, имеющие данную степень влияния, подлежат наблюдению

При реализовавшемся риске матрица оценки риска должна быть пересмотрена и обновлена. Если риск реализовался, его вероятность может быть повышена. Необходимо оценить, насколько высока вероятность повторного возникновения этого риска. Оценить фактические последствия реализовавшегося риска и обновить матрицу с учетом новых данных. Это может включать финансовые потери, влияние на репутацию и другие факторы. Реализовавшийся риск может выявить новые, ранее неучтенные риски. Эти новые риски должны быть добавлены в матрицу. На основе опыта, полученного в результате инцидента, необходимо пересмотреть уровни риска для уже существующих категорий. Обновить список ответственных за управление рисками с учетом изменений в организации и в процессе управления рисками.

Приложение 4 Лист согласования стандарта СТО 004-2026
(обязательное)

СОГЛАСОВАНО:

Должность	Инициалы, фамилия	Дата	Подпись
Начальник управления по дополнительному образованию и социальной работе, представитель руководства по качеству	Б.Б. Пономарев	06.11.26.	
Проректор по учебной работе	В.В.Смирнов	06.11.26	
Проректор по кампусному и корпоративному управлению	С.С. Аносов	06.11.26	
Проректор по научной работе	А.М. Кононов	06.11.26	
Проректор по международной деятельности	С.С. Быков	06.11.26	
Проректор по молодёжной политике	Д.Н. Лобанова	06.11.26	
Советник ректора	Е.Г. Можаева	06.11.26	
Начальник управления планирования, бухгалтерского учета и аудита	Н.Б. Максимова	06.11.26	
Руководитель юридической службы	О.Л. Пенизева	06.11.26	

РАЗРАБОТАНО:

Ответственный за разработку: Начальник отдела мониторинга и менеджмента качества	О.С.Артемова	06.11.26	

Приложение 5 Лист регистрации изменений СТО 004-2026
(обязательное)

Порядковый номер изменения	**Основание (№ приказа, дата)**	**Дата введения изменения**	**Изменения внёс**	
			Фамилия, инициалы	**Подпись вносившего изменения, дата внесения**

Приложение 6 Лист ознакомления с СТО 004-2026
(обязательное)

№	И.О. Фамилия	Должность	Дата	Подпись