



Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Обь-Иртышское управление по гидрометеорологии и мониторингу
окружающей среды»
(ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»)

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

ДП СМК 05-2017

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»

Н.И. Криворучко

« 04 » *Сентябрь* 2017 г.



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

**Управление несоответствиями
и корректирующими действиями**

Омск
2017

Предисловие

Сведения о документе

1 РАЗРАБОТАН Федеральным государственным бюджетным учреждением «Обь-Иртышское управление по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды» (ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»)

2 УТВЕРЖДЕН начальником ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС» «07» 09 2017 г.

3 ВНЕДРЕН В СРОКИ, установленные приказом ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС» от «07» 09 2017 г. № 148

4 ВНЕДРЕН ВЗАМЕН СТО СМК 8.3-2013, СТО СМК 8.5-2013

Разработка, согласование, утверждение, издание (тиражирование), обновление (изменение или пересмотр) и отмена настоящей документированной процедуры производится Учреждением – разработчиком. Информация об изменениях настоящей документированной процедуры приведена в таблице 1, а текст изменений и поправок (издаваемый при необходимости внесения в документ каких-либо данных) – в приказе об изменении.

Таблица 1 - Информация об изменениях

№ изменения	№ измененной страницы/раздела/подраздела	Дата и номер приказа об изменении	Подпись лица, внесшего сведения об изменении в данный документ

Настоящая документированная процедура является внутренним документом ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС» и не подлежит представлению другим сторонам без разрешения начальника ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 3 из 21

СОДЕРЖАНИЕ

1 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	4
2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
3.1 Термины, определения	5
3.2 Обозначения и сокращения.....	5
4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	6
5 УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ	7
5.1 Выявление и регистрация несоответствий	7
5.2 Принятие решения по несоответствию.....	8
5.3 Анализ несоответствия и причины его появления	8
5.4 Повторная верификация	9
6 КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	9
6.1 Управление корректирующими действиями.....	9
6.2 Разработка корректирующих действий	10
6.3 Организация и проведение корректирующих и/или предупреждающих действий при выявлении несоответствий на аудите СМК	10
6.4 анализ результативности предпринятых корректирующих и/или предупреждающих действий... ..	11
7 ИЗМЕРЕНИЕ, МОНИТОРИНГ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПРОДУКЦИИ (УСЛУГИ)	12
8 ПРОВЕДЕНИЕ СОВЕТА ПО КАЧЕСТВУ	12
9 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	13
ПРИЛОЖЕНИЕ А Схема управления несоответствиями.....	15
ПРИЛОЖЕНИЕ Б Формы журналов.....	16
ПРИЛОЖЕНИЕ Б1 Форма журнала регистрации отзывов и предложений (жалоб, претензий, запросов)	17
ПРИЛОЖЕНИЕ В Форма Плана-отчета корректирующих и/или предупреждающих действий	18
БИБЛИОГРАФИЯ.....	19

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
Система менеджмента качества**

УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ И КОРРЕКТИРУЮЩИМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Дата внедрения 2017-09-07

1 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящая документированная процедура (ДП) устанавливает требования к выявлению, идентификации и управлению несоответствиями в системе менеджмента качества (СМК) ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС» и его филиалов (далее – учреждение), а также общий порядок проведения корректирующих действий и оценки результативности их выполнения.

1.2 Целью управления несоответствиями является предотвращение непреднамеренного использования или предоставления продукции (услуг), не соответствующих установленным требованиям в области гидрометеорологии и смежных с ней областях в соответствии с требованиями п. 8.7 и п. 10.2 ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

1.3 Требования ДП обязательны для исполнения работниками всех отделов (подразделений)¹ учреждения.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей ДП использованы ссылки на документы, приведенные в таблице 2.

Таблица 2 – Нормативные ссылки

Обозначение документа	Наименование документа
ГОСТ Р ИСО 9000 – 2015 (ISO 9000:2015)	Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015)	Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования
ПК СМК 01-2017	Руководство по качеству
ДП СМК 04- 2017	Управление внутренними аудитами
ДП СМК 06- 2017	Управление рисками и предупреждающими действиями
ДП СМК 07- 2017	Альбом карт процессов

Примечание - При пользовании настоящим документом следует проверить действие ссылочных нормативных документов по состоянию на 1 января текущего года и по информационным указателям к ним, опубликованным в текущем году. Если ссылочный документ заменен (изменен), то при пользовании настоящим документом следует руководствоваться замененным (измененным) документом. Если ссылочный документ отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку.

¹ В данной документированной процедуре под подразделением следует понимать любое структурное подразделение учреждения, в котором разрабатываются и проводятся корректирующие и/или предупреждающие действия

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины, определения

В настоящей ДП использованы термины и определения, приведенные в таблице 3.

Таблица 3 – Термины и определения

Термин	Определение
Верификация	Подтверждение, посредством представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены
Выход	Результат процесса
Запись	Документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности
Корректирующее действие	Действие, предпринятое для устранения причины несоответствия и предупреждения его повторного возникновения
Коррекция	Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия
Несоответствие	Невыполнение требования
Потребитель	Лицо или организация, которые могут получать или получают продукцию или услугу, предназначенные или требуемые этим лицом или организацией
Предупреждающее действие	Действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации
Продукция	Выход организации, который может быть произведен без какого-либо взаимодействия между организацией и потребителем
Прослеживаемость	Возможность проследить историю, применение или местонахождение объекта
Процесс	Совокупность взаимосвязанных и (или) взаимодействующих видов деятельности, использующих входы для получения намеченного результата
Разрешение на отклонение	Разрешение на использование или выпуск продукции или услуги, которые не соответствуют установленным требованиям
Результативность	Степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов
Соответствие	Выполнение требования
Услуга	Выход организации с, по крайней мере, одним действием, обязательно осуществленным при взаимодействии организации и потребителя
Эффективность	Соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами
Примечание – данные термины и определения приведены из ГОСТ Р ИСО 9000 – 2015	

3.2 Обозначения и сокращения

В настоящей ДП применяются следующие обозначения и сокращения:

ГУ СМК – группа по управлению СМК;

ДП – документированная процедура;

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 6 из 21

ИСО /ISO - международная организация по стандартизации;
 ПРК – представитель руководства по качеству;
 РК – руководство по качеству;
 СМК – система менеджмента качества;
 УПК – уполномоченный по качеству;
 ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС» – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Обь-Иртышское управление по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды».

4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1 Обеспечение идентификации и управление несоответствиями, выявленных в процессе деятельности в области гидрометеорологии и смежных с ней областях, является необходимым условием эффективного функционирования СМК учреждения.

4.2 Целью управления несоответствиями является их выявление и устранение для поддержания соответствия процессов и продукции (услуг) установленным требованиям, предотвращения непреднамеренного предоставления несоответствующей продукции (услуг) пользователям (потребителям) и сокращения затрат, связанных с предоставлением несоответствующей продукции (услуг).

4.3 Достижение указанной цели обеспечивается решением следующих задач:

- идентификация и регистрация выявленной несоответствующей продукции (услуг) на всех этапах жизненного цикла продукции (услуг) и обеспечивающих процессов;
- анализ несоответствующей продукции (услуг) для определения возможности ее коррекции и/или проведения необходимых корректирующих действий;
- обеспечение коррекции продукции (услуг) для устранения обнаруженного несоответствия и/или проведение корректирующих действий в установленные сроки;
- регистрация информации о решениях и действиях, предпринятых в отношении несоответствующей продукции (услуг);
- обеспечение верификации исправленной продукции (услуг) для подтверждения соответствия требованиям нормативной документации;
- предоставление информации для разработки, проведения и оценки результативности корректирующих действий с целью исключения повторных несоответствий по уже выявленным причинам;
- санкционирование с одобрения пользователя (потребителя), где это применимо, выпуска или использования несоответствующей продукции (услуг);
- обеспечение действий, адекватных последствиям (потенциальным последствиям) несоответствия, в случае его выявления, после того как пользователям (потребителям) уже была предоставлена продукция (услуга).

4.4 Основными причинами появления несоответствий могут быть:

- невыполнение и/или ненадлежащее выполнение требований организационно-распорядительной документации учреждения;
- несоответствие продукции (услуги) и процессов их предоставления требованиям нормативно-правовых документов;
- отсутствие установленных требований;
- отказ оборудования, приборов в процессе жизненного цикла продукции (услуги);
- несоответствие требованиям нормативных правовых документов в части, касающейся критериев оценки продукции (услуги), необходимых с точки зрения применения у пользователей (потребителей).

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 7 из 21

4.5 Входами процесса «Управление несоответствиями» является выявленное несоответствие и информация о его характеристиках. Выходом процесса является идентифицированное, зарегистрированное несоответствие и зарегистрированная информация о решениях и действиях, предпринятых в отношении несоответствия. Схема управления несоответствиями приведена в Приложении А.

5 УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ

5.1 Выявление и регистрация несоответствий

5.1.1 Все случаи несоответствий, выявленные на всех этапах жизненного цикла продукции (услуг), должны идентифицироваться и регистрироваться немедленно после обнаружения.

5.1.2 Основные источники информации для выявления несоответствий в процессе осуществления деятельности в области гидрометеорологии и смежных с ней областях и способы ее регистрации представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Источники информации для выявления несоответствий и способы их регистрации

№ п/п	Источник информации	Документ/записи регистрации информации о несоответствии
1	Результаты анализа авиаметеорологической информации (TAF, METAR, SPECI, SIGMET)	Соответствующие записи мониторинга ОРМЕТ данных, Журналы
2	Результаты анализа гидрометеорологической информации	Соответствующие записи, Журналы
3	Результаты контроля на различных этапах жизненного цикла продукции (услуг) исполнителями работ, начальниками отделов (подразделений)	Соответствующие записи, Журналы
4	Результаты внутренних аудитов СМК	Протоколы несоответствий (уведомлений)
5	Результаты внешних аудитов СМК	Отчеты о результатах внешнего аудита СМК
6	Результаты плановых инспекций отделами (подразделениями) учреждения, инспекций надзорных органов	Акты о результатах инспекционного контроля
7	Претензии от пользователя (потребителя)	Книга регистрации отзывов и предложений
8	Результаты оценки удовлетворенности пользователей (потребителей)	Анкеты, Отчет о функционировании СМК

5.1.3 Учет и регистрацию несоответствия, обнаруженного при непосредственном выполнении работ в области гидрометеорологии и смежных с ней областях, осуществляет работник, обнаруживший несоответствие.

Учет и регистрация несоответствия осуществляется в течение рабочего дня (смены).

При обнаружении факта несоответствия работник извещает начальника отдела (подразделения) об обнаруженном несоответствии с обязательной регистрацией в производственном журнале форма которого установлена ведомственными документами и приведена в Приложении Б (в отдельных отделах (подразделениях) обязательная регистрация

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 8 из 21

осуществляется в журналах, форма которых установлена и приведена в локальных нормативных актах учреждения).

5.1.4 В случае обнаружения несоответствия в процессе внутренних аудитов их регистрация и управление ими осуществляется в соответствии с ДП СМК 04 Управление внутренними аудитами.

5.1.5 Управление несоответствиями, выявленными по итогам проведенных плановых инспекций, осуществляет проверяющий отдел (подразделение) в соответствии с установленными требованиями НД к инспекционному контролю.

Инспектор передает результаты проведенной инспекции о выявленных несоответствиях и мероприятиях об их устранении в ГУ СМК (для ПРК), УПК филиалов для анализа со стороны руководства.

5.1.6 Информация о несоответствии, полученная от пользователя (потребителя) в форме обращения (жалоба, претензия, запрос), регистрируется канцелярией (в филиалах – секретарь или ответственное лицо, назначенное УПК) в Журнале регистрации отзывов и предложений (жалоб, претензий, запросов) (Приложение Б1).

Обращение (жалоба, претензия, запрос) идентифицируется в зависимости от вида документа (телефонограмма, письмо, факс, эл. почта, анкета и др.). Оригинал передается начальнику учреждения/филиала, копия – лицу, ответственному за подготовку ответа на обращение, под подпись в Журнале регистрации отзывов и предложений (жалоб, претензий, запросов).

5.2 Принятие решения по несоответствию

5.2.1 Решение о дальнейших действиях с несоответствиями может быть одним из следующих:

- осуществить действия с целью устранения обнаруженных несоответствий, т.е. провести коррекцию продукции (услуги), если несоответствия являются устранимыми в соответствии с действующей нормативной документацией;
- санкционировать передачу продукции (услуги) в соответствии с действующей нормативной документацией.

5.3 Анализ несоответствия и причины его появления

5.3.1 После регистрации, учета и предварительного анализа несоответствия проводится последующий анализ для выявления причин возникновения несоответствия и выработки мероприятий, направленных на устранение несоответствия и предупреждение повторного возникновения несоответствия.

5.3.2 При анализе несоответствия рассматриваются причины его появления, а также степени его влияния на качество предоставляемой информационной продукции (услуги) в области гидрометеорологии и смежных с ней областях, определяются методы устранения несоответствий, объемы и масштабы мероприятия, затраты на устранение несоответствия.

5.3.3 Информация о несоответствии рассматривается и анализируется начальником отдела (подразделения) с привлечением работников отдела (подразделения).

5.3.4 В зависимости от сложности случая анализ причин возникновения несоответствия рассматривается на Совете по качеству. Подробно проведение Совета по качеству описано в п.8 настоящей ДП.

5.3.5 Участниками Совета по качеству могут быть представители отделов (подразделений), имеющих отношение к выявленному несоответствию или процессу, начальники

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 9 из 21

отделов (подразделений), аналогичных по сфере деятельности и компетентные в возникших вопросах, а также ПРК, УПК филиалов и ГУ СМК.

5.3.6 После коррекции исправленная продукция (услуга) подлежит повторной верификации (контролю) согласно требованиям п. 5.4 настоящей ДП с целью подтверждения её соответствия.

5.3.7 По результатам анализа выявленных несоответствий разрабатываются корректирующие и/или предупреждающие действия согласно п. 6 настоящей ДП.

5.4 Повторная верификация

5.4.1 После коррекции исправленная продукция (услуга) подлежит повторной верификации (контролю) с целью подтверждения её соответствия установленным требованиям.

5.4.2 В случае положительных результатов повторной верификации руководство делает вывод о результативности коррекции и соответствии продукции (услуги) установленным требованиям.

5.4.3 В случае отрицательных результатов повторной верификации исправленной продукции (услуги) на заседании Совета по качеству принимается одно из следующих решений:

- разработка и проведение дополнительных корректирующих действий;
- поставка продукции (услуги) пользователю (потребителю) с отклонениями от установленных требований, в случае имеющегося согласия пользователя (потребителя).

6 КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

6.1 Управление корректирующими действиями

6.1.1 Целью разработки и проведения корректирующих действий является устранение причин несоответствий для предупреждения их повторного появления.

6.1.2 Управление корректирующими действиями включает следующие этапы:

- анализ несоответствий, выявленных на всех стадиях жизненного цикла продукции (услуг);
- разработка и выполнение корректирующих действий, с привлечением необходимых ресурсов;
- оценка выполнения корректирующих действий с целью подтверждения их результативности.

6.1.3 Все выявленные несоответствия подлежат регистрации в соответствующих журналах, указанных в п. 5.1.3 настоящей ДП, с обязательным указанием предпринятых действий и коррекции. Ответственное лицо за ведение данных журналов определяется начальником отдела (подразделения).

6.1.4 Входными данными для корректирующих действий являются:

- информация о выявленных несоответствиях;
- персонал учреждения;
- требования настоящей ДП по реализации и анализу корректирующих действий.

6.1.5 Выходными данными по результатам реализации корректирующих действий являются:

- анализ результативности проведения корректирующих действий;
- актуализированные по результатам корректирующих действий документы СМК и др.

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 10 из 21

6.2 Разработка корректирующих действий

6.2.1 Разработанное корректирующее действие должно удовлетворять следующим требованиям:

- обоснованности, т.е. должно основываться на объективных закономерностях и убедительных доказательствах;
- выполнимости, т.е. должно учитывать реальные возможности его реализации;
- непротиворечивости, т.е. не должно содержать мер, несовместимых или несогласованных с другими мерами в СМК, приводящих к дезорганизации их выполнения;
- адресности, т.е. предусматривать конкретных исполнителей в соответствии с их профессионализмом и компетентностью;
- конкретности во времени, т.е. должно содержать конкретные сроки его реализации;
- своевременности, т.е. должно приниматься в надлежащее время и не допускать дальнейшего усложнения проблемы;
- результативности, т.е. результаты его реализации должны соответствовать запланированной деятельности.

6.2.2 К разработке КД и/или ПД по несоответствию, выявленному в ходе внутреннего аудита СМК, следует привлекать внутренних аудиторов, выявивших и зарегистрировавших факт несоответствия в соответствии с ДП СМК 04-2017 Управление внутренними аудитами.

6.2.3 Для реализации процесса управления КД и/или ПД начальник учреждения определяет и выделяет следующие необходимые ресурсы:

- рабочее пространство;
- квалифицированный персонал (ПРК, УПК, работники ГУ СМК, начальники и работники отделов (подразделений), ответственные за процесс, члены рабочей группы и внутренние аудиторы);
- материальные ресурсы: оборудование рабочих мест, компьютеры и лицензионное программное обеспечение, необходимое для надлежащего выполнения требований настоящей ДП, расходные материалы, необходимые помещения и т.п.;
- финансовые ресурсы на выполнение КД и/или ПД.

6.2.4 Предупреждающие действия должны планироваться, исходя из уровня риска потенциальных несоответствий.

6.2.5 Потенциальные несоответствия, имеющие высокий уровень риска, должны быть устранены в кратчайшие сроки.

6.2.6 Если уровень риска признан низким, то допускается не проводить соответствующее предупреждающее действие.

6.3 Организация и проведение корректирующих и/или предупреждающих действий при выявлении несоответствий на аудите СМК

6.3.1 Корректирующие и/или предупреждающие действия по результатам аудита проводит начальник отдела (подразделения)/ответственный исполнитель на основании Плана – отчета КД и/или ПД (Приложение В).

6.3.2 Утвержденный оригинал Плана – отчета КД и/или ПД хранится в ГУ СМК, по филиалам – у УПК. Начальнику отдела (подразделения), разработавшему План – отчет КД и/или ПД передается его копия (в бумажном или электронном виде).

6.3.3 Начальник отдела (подразделения)/ответственный исполнитель после проведения корректирующих и/или предупреждающих действий делает отметку в Плане – отчете КД и/или

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 11 из 21

ПД с указанием фактической даты выполнения мероприятий и направляет копию данного документа в ГУ СМК, в филиалах – УПК.

6.3.4 Начальник отдела (подразделений) в процессе выполнения корректирующих и/или предупреждающих действий осуществляет постоянный мониторинг эффективности проводимых корректирующих действий, контролирует своевременность и полноту их выполнения.

6.3.5 В случае необходимости начальник отдела (подразделения) может инициировать изменение сроков и/или объема выполнения корректирующих и/или предупреждающих действий. Изменения должны быть обоснованы и предоставлены в ГУ СМК (в филиалах – УПК) в виде докладной записки не позднее чем за 2 рабочих дня до окончания установленного срока выполнения КД и/или ПД.

6.3.6 ПРК (в филиалах – УПК) анализирует ситуацию и принимает решение о дальнейших действиях:

- о представлении к дисциплинарной ответственности начальника отдела (подразделения), если срок и процедура реализации КД и/или ПД сорваны по его вине;
- о переносе сроков реализации КД и/или ПД, если есть обоснованное объяснение;
- о проведении внепланового внутреннего аудита.

6.3.7 Корректирующие и/или предупреждающие действия считаются выполненными, если в установленные сроки ПРК (в филиалах – УПК) предоставлена копия Плана – отчета КД и/или ПД с отметками об исполнении выполнения мероприятий. При отсутствии данной информации корректирующие/предупреждающие действия считаются невыполненными.

6.4 Анализ результативности предпринятых корректирующих и/или предупреждающих действий

6.4.1 После проведения корректирующих и/или предупреждающих действий начальник отдела (подразделения)/ ответственный исполнитель с привлечением работников отдела (подразделения) в рабочем порядке осуществляет анализ их результативности в целях обеспечения уверенности в том, что реализация КД и/или ПД устранила причину несоответствия.

6.4.2 Если по результатам анализа результативности установлено, что несоответствие и/или его причина не устранены, начальник отдела (подразделения) организывает дополнительные или повторяет уже разработанные мероприятия (если есть основание) для их устранения.

6.4.3 В случае, когда несоответствие появляется повторно или улучшение контролируемого показателя не произошло и/или возникло его ухудшение, несмотря на проведение корректирующих и/или предупреждающих действий, в срок, не превышающий 7 рабочих дней, разрабатываются новые мероприятия по устранению причины несоответствия.

6.4.4 При необходимости разработки новых мероприятий для устранения несоответствия, выявленного на аудите, разрабатывается новый План – отчет КД и/или ПД, а в предыдущем делается ссылка на него.

6.4.5 В случае, когда тенденция к улучшению не наблюдается, результативность проведенных действий рассматривается на Совете по качеству.

6.4.6 Оценка, мониторинг, анализ данных, относящихся к корректирующим и предупреждающим действиям, проводятся ежегодно.

6.4.7 УПК филиалов ежегодно не позднее января нового года формируют сводную информацию по результатам проведенных внутренних аудитов за отчетный период, количестве выявленных несоответствий и результативности проведенных мероприятий для включения ее в Анализ о функционировании СМК филиала (РК СМК 01-2017 Приложение В).

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 12 из 21

6.4.8 На основании полученных данных от отделов (подразделений) учреждения и филиалов ГУ СМК формирует сводные данные о несоответствиях и результативности КД и/или ПД для Отчета о функционировании СМК.

7 ИЗМЕРЕНИЕ, МОНИТОРИНГ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПРОДУКЦИИ (УСЛУГИ)

7.1 В учреждении проводится мониторинг и измерение несоответствующей продукции (услуги) посредством: разбора неоправдавшихся прогнозов, сомнительных результатов, мониторинг ОРМЕТ данных (АМЦ, АМСГ), проведения технической учебы, внутренних аудитов и плановых инспекций.

7.2 В процессе мониторинга оценивается несоответствие значений гидрометеорологических параметров установленным критериям и результатов мониторинга загрязнения окружающей среды.

7.3 Все записи по мониторингу несоответствующей продукции (услуге) должны быть отражены в Отчете о функционировании СМК.

8 ПРОВЕДЕНИЕ СОВЕТА ПО КАЧЕСТВУ

8.1 Совет по качеству это орган управления, созываемый для коллегиального принятия решений с целью координации действий отделов (подразделений) учреждения и его филиалов и разработки рекомендаций по наиболее важным вопросам деятельности в сфере создания и развития СМК.

8.2 Совет по качеству проводится по мере необходимости при возникновении сложной и/или неоднозначной ситуации.

8.3 Председателем Совета по качеству является ПРК, в филиалах – УПК.

8.4 Решение о проведении Совета по качеству принимается его председателем, в том числе по обращению начальника отдела (подразделения), ответственного за процесс.

8.5 ПРК (в филиалах – УПК) организует проведение Совета по качеству, определяет участников, извещает их о повестке и обеспечивает полной, достоверной и объективной информацией о возникшей ситуации.

8.6 Состав Совета по качеству формируется из состава работников учреждения /филиалов:

- начальник или представитель отдела (подразделения), ответственного за процесс;
- начальники или представители отделов (подразделений), имеющие отношение к выявленному несоответствию/ процессу или аналогичные по сфере деятельности и компетентные в возникших вопросах;

- ПРК (в филиалах – УПК);

- ведущий инженер по качеству ГУ СМК.

8.7 Повестка Совета по качеству может содержать следующие вопросы:

- результаты деятельности подразделения и процессов СМК, в которых участвует данный отдел (подразделение);

- анализ несоответствия и причин его появления;

- выбор наилучшего варианта корректирующих и/или предупреждающих действий;

- оценка результативности выполнения корректирующих и/или предупреждающих действий, разработанных на предыдущих Советах по качеству.

8.8 В повестку Совета по качеству могут быть включены другие вопросы, касающиеся деятельности отдела (подразделения).

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 13 из 21

8.9 При необходимости (для удаленных отделов (подразделений)) Совет по качеству допускается проводить с использованием средств связи (интернет, телефон).

8.10 Принятые решения Совета по качеству оформляются протоколами, а в случае анализа несоответствующей продукции (услуги) и/или разработки корректирующих и предупреждающих действий, решения фиксируются непосредственно в Плане – отчете КД и/или ПД.

8.11 Оформление протоколов и/или внесение решения Совета по качеству в План – отчет КД и/или ПД осуществляет ведущий инженер по качеству ГУ СМК, в филиалах – УПК.

8.12 Решения в области менеджмента качества, принятые на Совете по качеству, являются обязательными для исполнения отделами (подразделениями) и работниками учреждения и его филиалов после утверждения начальником учреждения.

8.13 Контроль выполнения решений Совета по качеству осуществляет ПРК (в филиалах – УПК).

8.14 Ответственность за выполнение мероприятий, указанных в протоколе и/или Плане – отчете КД и/или ПД несут начальники соответствующих отделов (подразделений).

8.15 В случае невыполнения мероприятий рассматривается вопрос о причинах невыполнения и дальнейших действиях.

8.16 Копия протокола или Плана – отчета КД и/или ПД рассылаются начальникам отделов (подразделений), имеющим отношение к выявленному несоответствию или процессу, ПРК, УПК. Подлинник протокола хранится в ГУ СМК, в филиалах – у УПК.

8.17 Члены Совета по качеству имеют право:

- получать информацию, отчеты, материалы о текущем состоянии СМК;
- получать от отделов (подразделений) учреждения и его филиалов материалы и сведения, необходимые для выполнения работ;
- вносить предложения по обеспечению качества предоставления информации в области гидрометеорологии и смежных с ней областях, и по совершенствованию СМК учреждения.

8.18 Члены Совета по качеству несут ответственность за неисполнение в полном объеме поручений, возложенных на них решением Совета по качеству.

9 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

9.1 Начальник учреждения несет ответственность за выделение ресурсов для реализации корректирующих и/или предупреждающих действий.

9.2 Представитель руководства по качеству (в филиалах – УПК) несут ответственность за:

- внедрение ДП и поддержание ее в актуальном состоянии;
- контроль исполнения всеми работниками учреждения требований данной ДП;
- контроль своевременности составления Планов-отчетов КД и/или ПД и их выполнения;
- оценку эффективности и результативности КД и/или ПД.

9.3 Ответственность за разработку, издание настоящей ДП и поддержание документа в актуальном состоянии несет ведущий инженер по качеству ГУ СМК.

9.4 Начальники отделов (подразделений) несут ответственность за:

- исполнение требований настоящей ДП (в соответствии с областью деятельности);
- своевременную идентификацию и регистрацию несоответствий;
- анализ выявленных несоответствий и установление причин их возникновения;
- разработку, реализацию и постоянный мониторинг проведения коррекции, корректирующих и предупреждающих действий в соответствии со своими полномочиями;
- назначение ответственных исполнителей выполнения КД и/или ПД (в случае необходимости).

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 14 из 21

9.5 Ответственность других отделов (подразделений), задействованных при проведении корректирующих (предупреждающих) действий, определяется при разработке и утверждении соответствующих мероприятий.

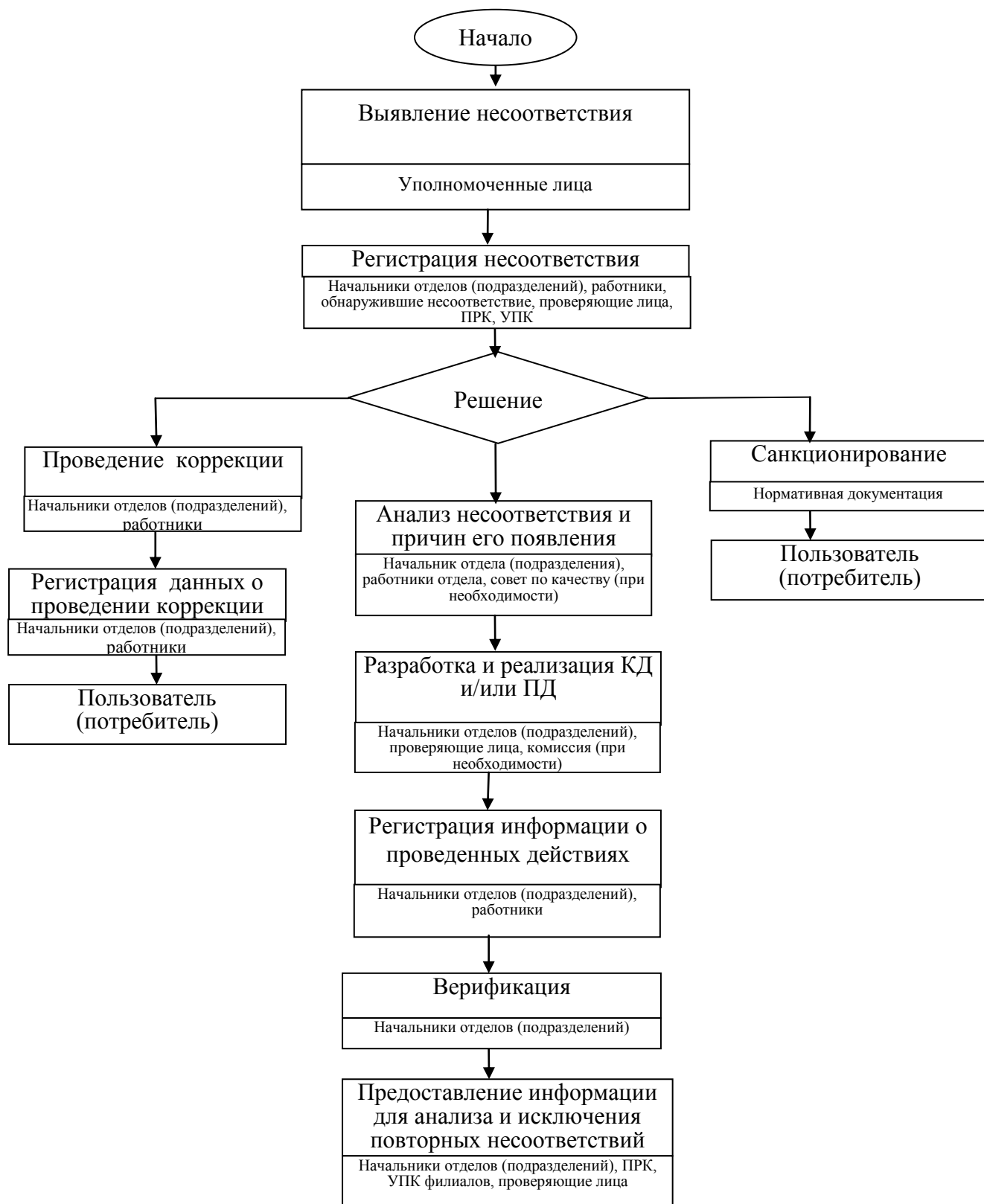
9.6 Работники учреждения и его филиалов несут ответственность за:

- выявление и регистрацию несоответствий в процессе выполнения деятельности;
- своевременное уведомление начальника отдела (подразделения) о выявленных несоответствиях;
- выполнение установленного объема и соблюдение сроков выполнения КД и/или ПД.

Ответственный исполнитель КД и/или ПД контролирует ход и сроки выполнения КД и/или ПД и отвечает за проверку результативности КД и/или ПД.

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(справочное)

Схема управления несоответствиями



ПРИЛОЖЕНИЕ Б1

(обязательное)

Форма журнала регистрации отзывов и предложений (жалоб, претензий, запросов)

Дата регистрации	Форма обращения (письмо, эл. почта, факс и др.)	Наименование организации от которой получено обращение	Лицо, ответственное за подготовку ответа на обращение (дата получения, должность, ФИО/ подпись)	Отметка об исполнении

ПРИЛОЖЕНИЕ В
(обязательное)
Форма Плана-отчета корректирующих и/или предупреждающих действий

УТВЕРЖДАЮ
Представитель руководства по качеству/
Уполномоченный по качеству филиала
_____ Ф.И.О
« ____ » _____ 20__ г.

План-отчет корректирующих и/или предупреждающих действий

Наименование отдела (подразделения): _____

Основание: наименование документа, идентификационный номер документа, дата составления документа

Вид и срок проведения аудита (проверки): _____

№ п/п	Описание несоответствия	Пункт ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (пункт и наименование документа нарушение требования которого выявлено)	Причина несоответствия	Описание коррекции, корректирующего/предупреждающего действия	Ответственный исполнитель	Срок исполнения	Отметка об исполнении с указанием даты

Начальник отдела (подразделения)

_____ (подпись) _____ (И.О. Фамилия) _____ (дата)

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 19 из 21

БИБЛИОГРАФИЯ

Код документа	Наименование документа
ГОСТ 1.1-2002	Межгосударственная система стандартизации. Термины и определения.
ГОСТ Р 1.4-2004	Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты организации. Общие положения
ГОСТ Р 1.5-2012	Национальный стандарт Российской Федерации. Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные. Правила построения, изложения, оформления и обозначения

ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»		
ДП СМК 05-2017	Управление несоответствиями и корректирующими действиями	Страница 20 из 21

Разработано:

Должность	Наименование отдела (подразделения)	ФИО	Дата	Подпись
Ведущий инженер по качеству	ГУ СМК	Дворецкая Л.И.		

Согласовано:

Заместитель начальника, ПРК	Учреждение	Амасенок Е.В.		
Заместитель начальника	Учреждение	Дранкович Н.П.		
Начальник	ЦМС	Иванова Н.В.		
Начальник, УПК	ОГНС	Муравьев Н.Д.		
Ведущий метеоролог, УПК	ОГНС	Григорьева Л.В.		
Начальник	ГМЦ	Литовкина Л.А.		
Заместитель начальника	ССИ	Коломиец М.А.		
Начальник	ЮО	Смурыгин И.М.		
Начальник	ОКиСР	Хорошевская И.Г.		
Начальник, УПК	Тюменский ЦГМС - филиал ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»	Морозова Т.В.		
Начальник, УПК	Ханты-Мансийский ЦГМС - филиал ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»	Волковская О.М.		
Начальник, УПК	Ямало-Ненецкий ЦГМС - филиал ФГБУ «Обь-Иртышское УГМС»	Оревков В.М.		

