

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Управление несоответствиями, корректирующие и
предупреждающие действия СМК»**

СМК ДП – 04-2017

Экземпляр № 1 стр.1 из 18



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«Управление несоответствиями, корректирующие и
предупреждающие действия СМК»
СМК-ДП-04-2017**

Дата введения: «_10_»__08__2017 г.

г. Тавда
2017 г.

Содержание

1	Область применения и назначение процедуры	3
1.1	Область применения	3
1.2	Назначение процедуры	3
2	Нормативные ссылки	3
3	Термины, определения и сокращения	4
4	Общие положения	5
4.1	Управление несоответствиями	5
4.2	Выявление несоответствия и потенциального несоответствия	5
4.3	Идентификация несоответствия	6
4.4	Исправление несоответствия	6
4.5	Порядок проведения анализа выявленных несоответствий	7
4.6	Управление несоблюдением законодательных и прочих требований в области качества деятельности Учреждения	8
5	Корректирующие и предупреждающие действия	9
6	Ответственность	10
7	Характеристики процедуры «Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия СМК»	12
8	Записи	12
9	Приложение А - Блок-схема процедуры «Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия СМК»	13
10	Приложение Б - Форма плана мероприятий для проведения корректирующих и предупреждающих действий	15
11	Лист регистрации изменений	17
12	Лист рассылки и ознакомления	17

1. Область применения и назначение процедуры

1.1. Область применения

Положения настоящей документированной процедуры обязательны для всех сотрудников государственного автономного учреждения социального обслуживания населения Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних Тавдинского района» (Учреждение), деятельность которых связана с выполнением требований к системе менеджмента качества Учреждения.

1.2. Назначение процедуры

Настоящая процедура устанавливает общие требования к идентификации, анализу и устранению несоответствий, порядок проведения корректирующих и предупреждающих действий и оценки результативности их выполнения. Данная процедура развивает положения РК-01 «Руководство по качеству» в части выполнения требования п. 10.2 «Несоответствия и корректирующие действия». Настоящая документированная процедура устанавливает общие требования к:

- анализу несоответствий (включая жалобы потребителей);
- определению причин несоответствий;
- оцениванию необходимости действий, направленных на избежание повторения несоответствий;
- определению и осуществлению необходимых действий;
- записям результатов предпринятых действий;
- анализу результативности предпринятых корректирующих действий.

Процедура входит в состав обязательных документов, обеспечивающих функционирование системы менеджмента социальной ответственности в Учреждении, и соответствует требованиям международного стандарта ISO 9001.

2. Нормативные ссылки

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

- Международный стандарт ISO 9001 «Система менеджмента качества. Требования»;
- РК 01-2017 «Руководство по качеству»;
- Документированная процедура СМК ДП-01-2017 «Управление документацией СМК»;

- Документированная процедура СМК ДП-03-2017 «Внутренний аудит СМК».

3.Термины, определения и сокращения

В настоящей документированной процедуре примечаются термины с соответствующими определениями, представленные в **таблице 1.**

Таблица 1 - Термины и определения

№	Термин	Определение
1	Анализ	деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности, результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей.
2	Качество	степень соответствия присущих характеристик требованиям
3	Корректирующие действия	действия, предпринятые для устранения причин обнаруженного несоответствия.
4	Коррекция	действие предпринятое в отношении несоответствующей услуги, для того чтобы она соответствовала требованиям
5	Несоответствие	невыполнение установленных требований
6	Неустранимое несоответствие	несоответствие, устранение которого невозможно по объективным причинам или экономически нецелесообразно
7	Отклонение	невыполнение установленного требования
8	Предупреждающие действия	действия, предпринятые для устранения причины потенциального несоответствия.
9	Результативность	степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.
10	Система менеджмента качества	система менеджмента для руководства и управления Учреждением применительно к качеству
11	Требование	потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным

В настоящей документированной процедуре применяются сокращения представленные в **таблице 2.**

Таблица 2 - Обозначения и сокращения

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Управление несоответствиями, корректирующие и
предупреждающие действия СМК»
СМК ДП – 04-2017 Экземпляр № 1 стр.5 из 18**

№	Полное наименование	Полное наименование
1	ДП	документированная процедура
2	КД	корректирующие действия
3	ПД	предупреждающие действия
4	Ответственный руководитель	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО
5	РГ	рабочая группа
6	СМК	система менеджмента качества

4. Общие положения

4.1. Управление несоответствиями

4.1.1. Объектами управления в рамках настоящей процедуры являются:

- несоответствующая услуга;
- закупленные материалы, комплектующие, оборудование и т.д. несоответствующие требованиям договора;
- несоответствия, выявленные в результате внутренних и внешних аудитов;
- несоответствия, выявленные при оценке взаимодействия с заинтересованными сторонами и оценки достижения целей в области социальной ответственности;
- потенциальные несоответствия или тенденции к их появлению.

4.1.2. Установленный порядок действий по обращению с несоответствиями направлен на защиту потребителей от непреднамеренного предоставления социальной услуги, не отвечающей установленным требованиям. Разрешение на отклонение от исходных установленных требований к конечной услуге предусмотрено по согласованию с заказчиком услуги. Алгоритм процедуры приведен в **приложении А**.

4.1.3. Управление несоответствиями предусматривает:

- оперативное обнаружение и идентификацию;
- оценку значимости несоответствий и анализ причин;
- принятие решения о последующих действиях с несоответствиями;
- коррекцию (устранение, переделка);
- повторную оценку соответствия установленным требованиям;
- разработку и реализацию корректирующих и предупреждающих мер (при необходимости);
- оценку результативности процедуры.

4.2. Выявление несоответствия и потенциального несоответствия

4.2.1. Выявление потенциального несоответствия происходит:

- на основании претензий и жалоб потребителей;

- по результатам внутренних и внешних аудитов;
- по замечаниям сотрудников;
- по результатам анализа потребностей и ожиданий потребителя;
- по результатам анализа потребностей и ожиданий заинтересованных сторон;

СМК ДП-04-2017 Экземпляр № 1 стр. 6 из 17

- по результатам анализа удовлетворенности заинтересованных сторон;
- по результатам анализа данных контроля в процессе предоставления услуги;
- выходных данных анализа со стороны руководства.

4.2.2. Выявление несоответствий и потенциальных несоответствий, уведомление руководителей подразделения, в котором выявлены несоответствия - обязанность каждого сотрудника Учреждения.

4.3. Идентификация несоответствия

4.3.1. Документирование в случае предоставления социальной услуги, несоответствующей установленным требованиям, зафиксировано в рекламациях от потребителей (жалобы, претензии, обращения, письма, заявления).

4.3.2. При обнаружении закупленной несоответствующей продукции (товара/услуги) составляется главным бухгалтером рекламационный акт и направляется поставщику. Для предотвращения непреднамеренного использования данная продукция идентифицируется удобным и наглядным способом.

4.3.3. Несоответствия по результатам внутренних аудитов идентифицируются и управляются согласно требованиям, установлены в СМК Д11-03 «Внутренний аудит СМК».

4.3.4. Сотрудник, выявивший потенциальное несоответствие либо тенденцию его появления, сообщает руководителю подразделения, в котором оно обнаружено в письменной форме (служебная записка, письмо и т.д.).

4.3.5. Несоответствия и потенциальные несоответствия, выявленные по результатам проведенных аудитов СМК, анализа функционирования СМК со стороны руководства, или других процедур мониторинга взаимодействия с заинтересованными сторонами, фиксируются в соответствующих формах и протоколах (акты о несоответствиях, протоколы совещаний, отчеты работы подразделений, протокол анализа СМ СО и т.д.)

4.4. Исправление несоответствия

4.4.1. Несоответствие, которое возможно устранить, подвергается коррекции с целью устранения несоответствия.

4.4.2. Несоответствующая социальная услуга, которую возможно исправить подвергается изменению с целью устранения несоответствия.

4.4.3. После устранения выявленных несоответствий проводится повторный контроль в полном объеме

4.4.4. Решение о действиях с несоответствующей социальной услугой принимается заместителем директора, главным бухгалтером и обязательно согласовывается с директором и заказчиком.

4.4.5. Закупленная несоответствующая продукция (товар/услуга) подлежит обмену или возврату по согласованию с поставщиком.

4.4.6. Для устранения причины и предотвращения повторного возникновения несоответствия проводят анализ выявленных несоответствий и разрабатывают корректирующие действия

4.4.7. Разработку корректирующих действий осуществляют заведующие отделениями, главный бухгалтер и специалистами отдела кадров совместно с ответственным руководителем.

4.5. Порядок проведения анализа выявленных несоответствий

4.5.1. Заведующие отделениями, главный бухгалтер, специалист по кадрам при выявлении несоответствия или тенденций к его появлению проводит анализ и определение причин.

При необходимости (значительное несоответствие, сложность проведения анализа) ответственный руководитель по обращению руководителя подразделения может собирать рабочую группу для проведения анализа и определения причин выявленного несоответствия или тенденций к его появлению.

В рабочую группу привлекаются руководители других подразделений и специалисты причастных подразделений Учреждения.

4.5.2. В ходе анализа определяют специфику и степень значимости выявленного несоответствия.

Степень значимости выявленного несоответствия определяют с позиции его фактического и возможного влияния на удовлетворение требований потребителей, издержки производства, затрат на выполнение корректирующих и (или) предупреждающих действий и пр.

4.5.3. Классификация несоответствий проводится в соответствии с **таблицей 3**

Таблица 3 - Классификация несоответствий

Наименование несоответствий	Содержание несоответствий
Значительное несоответствие	Полный элемент системы (требование стандарта) или значительная часть элемента

	пропущены или неэффективны, или в том случае, если предоставленная социальная услуга не соответствует установленным требованиям
Незначительное несоответствие	Незначительный недочет в пределах системы (результат человеческого фактора), который может быть быстро исправлен. Несколько второстепенных недочетов одного содержания (неправильное издание документации) при применении в нескольких местах демонстрирует развал системы, и поэтому они могут рассматриваться как одно значительное

4.5.4. Для определения специфики несоответствие дополнительно классифицируют по следующим признакам:

- 1) по возможности устранения: (устранимое / неустранимое)
- 2) по частоте встречаемости: (разовое / повторяющееся)

4.5.5. На основании выявленных причин и источников появления несоответствия могут быть сделаны выводы о:

- недостаточной квалификации, подготовке персонала;
- нерациональном (несогласованном) управлении деятельностью подразделений;
- несоблюдении требований к качеству закупаемых оборудования, материалов;
- недостаточной оснащенности материально-технической базы.

4.5.6. На основании выводов формируются предложения по устранению причин появления несоответствия. Рекомендуются использовать комплексный подход, учитывающий несколько причин.

4.5.7. Факты обнаружения несоответствий регистрируются в записях подразделений Учреждения и доводятся до Ответственного руководителя.

4.6. Управление несоблюдением законодательных и прочих требований в области качества деятельности Учреждения

4.6.1. В случае возникновения нарушения законодательства Учреждение:

- сообщает об этом в соответствующие органы, а также доводит до сведения другим заинтересованным сторонам любым доступным способом информацию о наличии угрозы причинения вреда и способах его предотвращения;
- приостанавливает оказание услуг, которые с разумной степенью могут рассматриваться как предоставляющие неизбежную или серьезную угрозу жизни или здоровью заинтересованных сторон Учреждения;
- отзывает несоответствующую продукцию, в том числе продовольственное сырье и пищевые продукты, представляющую опасность для жизни, здоровья заинтересованных сторон;
- участвует в принятии решений и деятельности, относящихся к охране труда и обеспечению безопасности, включая расследование инцидентов и несчастных случаев;

- устраняет выявленные несоответствия;
- проводит дополнительные профилактические мероприятия.

4.6.2 Несоответствия в отношении выполнения требований заинтересованных сторон Учреждения выявляются в ходе конфликтов или несогласий с заинтересованными сторонами.

Конфликты и несогласия с заинтересованными сторонами разрешаются посредством:

- непосредственных дискуссий с затронутыми заинтересованными сторонами;
- предоставления письменной информации для того, чтобы снять заблуждения;
- рассмотрения жалоб;
- посредничества или арбитражных процедур;
- систем, обеспечивающих сообщение о причинении вреда без страха наказания;
- прочие типы процедур для удовлетворения жалоб.

4.6.3. Ответственные за устранение возможных несоответствий в этих областях - заместитель директора, главный бухгалтер, юрисконсульт.

4.6.4. Результаты проверок и мероприятия по устранению недостатков обсуждаются на оперативных совещаниях с директором Учреждения.

5. Корректирующие и предупреждающие действия

5.1. На основании данных анализа выявленных несоответствий и/или потенциальных несоответствий руководитель подразделения принимает решение о необходимости разработки корректирующих действий и/или предупреждающих действий и назначает ответственного за их осуществление.

5.2. Проведение предупреждающих действий является средством для улучшения качества услуг в сфере социального обслуживания населения, системы менеджмента качества. Предупреждающие действия проводятся с целью устранения причин потенциальных несоответствий.

5.3. В план корректирующих и предупреждающих действий включают все разработанные мероприятия и действия по устранению причин каждого выявленного несоответствия, а также устанавливают сроки выполнения данных действий и их ответственных исполнителей. Форма Плана корректирующих и предупреждающих действий приведена в приложении Б.

5.4. Ответственный за разработку корректирующих и/или предупреждающих действий:

- готовит План мероприятий по устранению несоответствия/потенциального несоответствия, проекты необходимых приказов и/или распоряжений с указанием конкретных действий, их исполнителей и сроков выполнения;
- согласовывает данные проекты с ответственным руководителем, по необходимости с руководителями причастных подразделений;
- обеспечивает реализацию корректирующих и/или предупреждающих действий;
- осуществляет контроль и несет ответственность за своевременность и полноту выполнения корректирующих действий.

5.5. Документы по корректирующим и/или предупреждающим действиям распространяются лицам под подпись, ответственным за выполнение мероприятий и исполнителям действий.

5.6. Результаты проведенных корректирующих и/или предупреждающих действий вносятся в План корректирующих и предупреждающих действий.

Выявленные несоответствия в ходе проведения внутреннего аудита оформляются в форме актов о несоответствии согласно документированной процедуре по проведению внутренних аудитов по СМК.

5.7. На основании результатов, проведенных корректирующих и предупреждающих действий Ответственный руководитель Учреждения проводит оценку их результативности.

5.8. При неудовлетворительных значениях показателей результативности действий проверяется своевременность и полнота их выполнения, достаточность и правильность разработанных мероприятий, проводится дополнительный анализ причин и др.

5.9. Для устранения причин вновь возникающих несоответствий разрабатываются дополнительные или новые корректирующие действия.

5.10. Результативность процедуры определяется, прежде всего, уменьшением количества случаев непреднамеренного использования несоответствующей продукции потребителям.

6. Ответственность

6.1. Ответственность за утверждение, внедрение и управление данной документированной процедуры несёт Ответственный руководитель.

6.2. Ответственность за своевременное осуществление анализа причин потенциальных несоответствий и их выявление, за разработку процедур и контроль реализации корректирующих и предупреждающих действий несут руководители подразделений.

6.3. Общий контроль реализации корректирующих и предупреждающих действий, разработанных на основе несоответствий, выявленных в ходе внутреннего аудита, осуществляет ведущий аудитор Учреждения.

7. Характеристика процедуры «Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия СМК»

Характеристика процедуры «Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия СМК» приведена в таблице 4.

**Таблица 4 Характеристики процедуры «Управление несоответствиями,
корректирующие и предупреждающие действия СМ СО»**

№	Характеристика процедуры	Содержимое характеристики
1	Полное наименование процедуры	Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия
2	Цель процедуры	Улучшение качества оказываемой услуги, процесса

№	Характеристика процедуры	Содержимое характеристики
		системы менеджмента качества
3	Владелец процедуры	Директор Учреждения
4	Руководитель процедуры	Ответственный руководитель за поддержание в рабочем состоянии СМК и СМ СО
5	Нормативы процедуры	ISO 9001 «Система менеджмента качества. Требования»; СМК ДП-03 «Внутренние аудиты СМК»; - нормативно-техническая документация.
6	Входы процедуры	- информация о несоответствиях; - выявленные несоответствия; - сообщения сотрудников; - претензии, жалобы и предложения
7	Поставщики процедуры	Все виды деятельности/процессы СМК
8	Выходы процедуры	- социальная услуга, соответствующая установленным требованиям; - откорректированный процесс; - достигнутый результат (снижение количества несоответствий)
9	Потребители процедуры	Все виды деятельности/процессы СМК
10	Ресурсы	- Персонал; - Оборудование; - Финансовые ресурсы; - Инфраструктура.
11	Измеряемые параметры процедуры	- Количество несоответствий, их значимость; - Количество повторяющихся несоответствий; - Количество претензий - Своевременная разработка планов корректирующих и предупреждающих действий

		действий. -Количество случаев невыполнения корректирующих/предупреждающих действий.
12	Показатели результативности процедуры	-Исключение причины несоответствия; -Значительное снижение вероятности возникновения несоответствия; -Снижение количества рекламаций, претензий и жалоб;

	Характеристика процедуры	Содержимое характеристики
		-Своевременное выполнение планов корректирующих и предупреждающих действий. -Результативность выполненных корректирующих/предупреждающих действий.
13	Периодичность оценки	Не реже одного раза в год

8. Записи

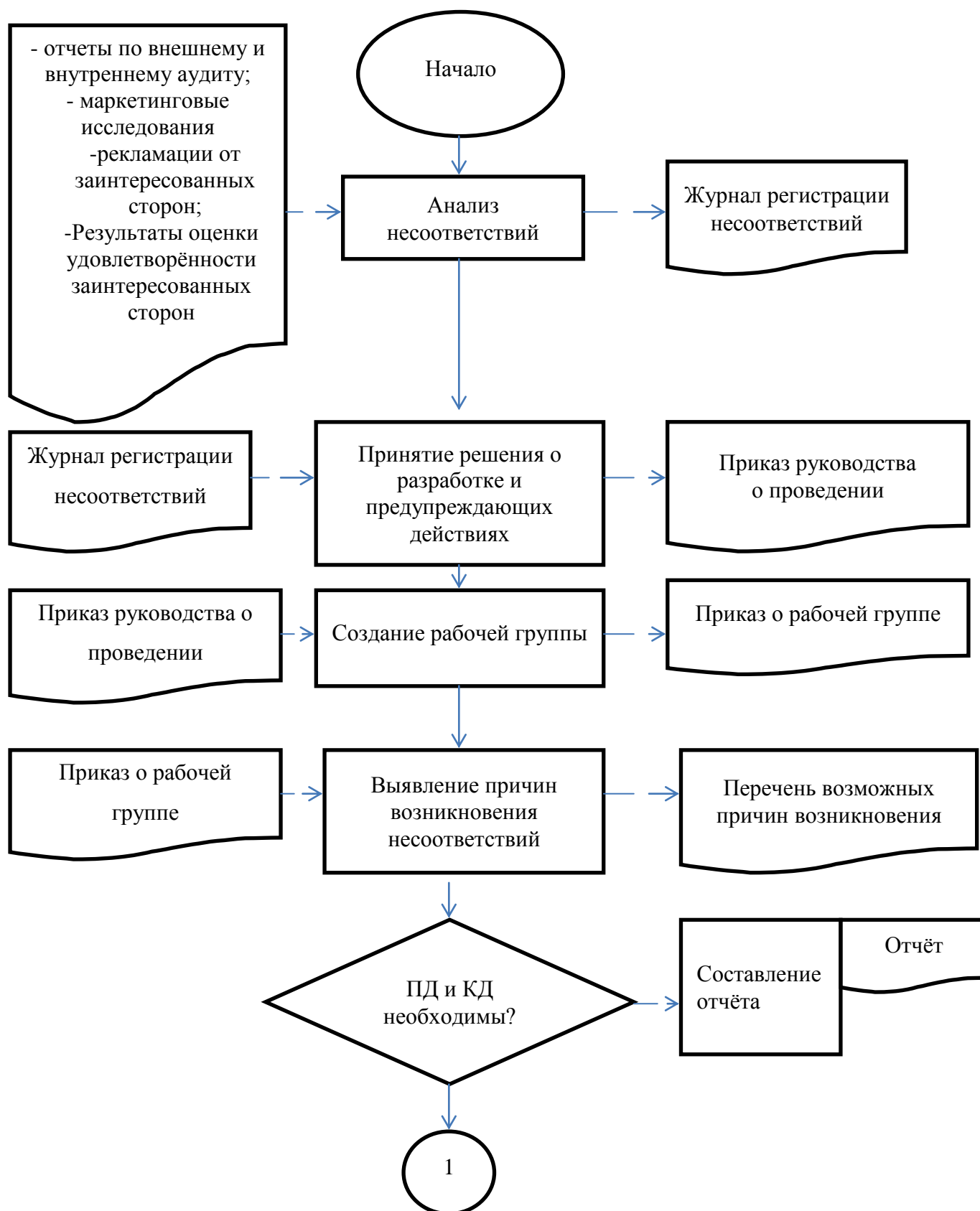
Все этапы планирования и проведения корректирующих и (или) предупреждающих действий должны сопровождаться соответствующими записями по социальной ответственности.

К записям относятся:

- Отчет о несоответствии;
- План корректирующих и предупреждающих действий;
- Анкеты для получателей социальных услуг и других заинтересованных сторон;
- Журнал регистрации неисправностей / устранения неисправностей оборудования;
- Журнал обращения граждан и т.д.

Приложение А

Блок-схема процедуры «Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия СМ СО»

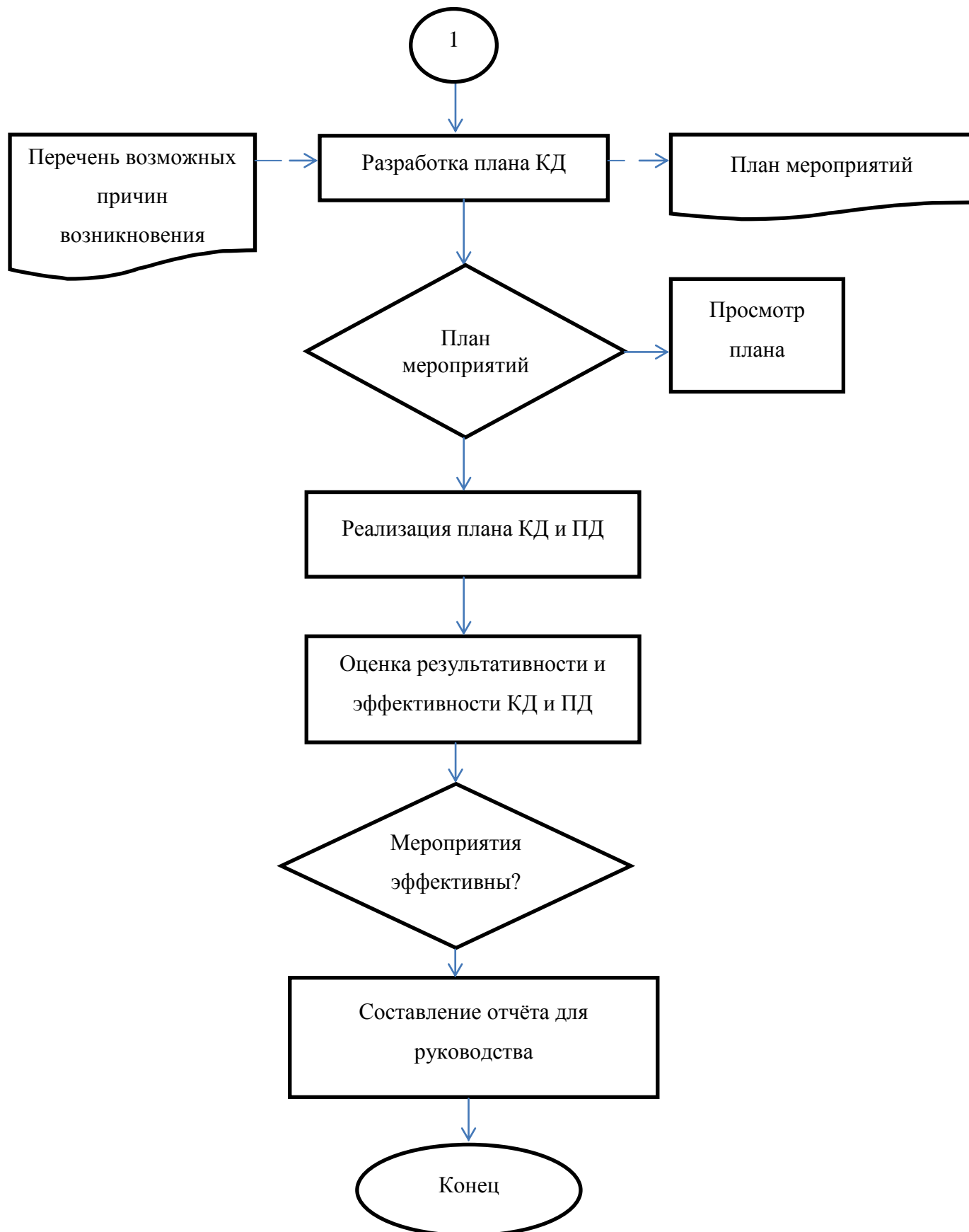


Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Управление несоответствиями, корректирующие и
предупреждающие действия СМК»

СМК ДП – 04-2017

Экземпляр № 1 стр.14 из 18

— ➤



ПРИЛОЖЕНИЕ Б

**Форма плана мероприятий
Для проведения корректирующих и предупреждающих действий**

№ п/п	Несоответствие	Причина несоответствия	Мероприятие	Ответственное лицо	Срок выполнения	Отметка о выполнении	Отметка о Результативности КД и ПД

Ответственный

Ф.И.О. и должность _____ « » ____ 20 ____ г.

Согласовано:

Ответственный руководитель: _____ « » ____ 20 ____ г.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Управление несоответствиями, корректирующие и
предупреждающие действия СМК»
СМК ДП – 04-2017 Экземпляр № 1 стр.16 из 18**

Лист регистрации изменений

№ из- ме- не- ния	Номера листов (страниц)			№ документа - основания	Подпись	Дата	Срок введения изменения
	замен- ных	новых	аннули- рованных				

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Управление документацией СМК»**

СМК ДП – 01-2017 Экземпляр № 1 стр.17 из 18

Лист регистрации ознакомления

[illegible]

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Управление документацией СМК»**

СМК ДП – 01-2017

Экземпляр № 1 стр.18 из 18