

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор ООО «РБС»



Бондырев А.А.

«___» декабря 2023 г.

**Система менеджмента качества
Стандарт организации
«Анализ и улучшение деятельности»**

Содержание

СОДЕРЖАНИЕ	2
1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	3
2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3. АНАЛИЗ ДАННЫХ И АНАЛИЗ СМК СО СТОРОНЫ РУКОВОДСТВА	4
3.1 АНАЛИЗ ДАННЫХ	4
3.2 АНАЛИЗ СМК СО СТОРОНЫ РУКОВОДСТВА	4
4. ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ	6
4.2 ПЛАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА.	6
4.3 ПОДГОТОВКА ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА.	6
4.4 ПРОВЕДЕНИЕ АУДИТА	7
4.5 КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	7

1. Назначение и область применения

СТО «Анализ и улучшение деятельности» является нормативным документом системы менеджмента качества ООО «РБС» (далее – организация).

Руководство устанавливает методики повышения результативности системы менеджмента качества (далее - СМК) посредством использования Политики и целей в области качества, результатов аудитов, анализа данных, корректирующих действий, а также анализа СМК со стороны руководства.

Руководство разработано в соответствии с требованиями и рекомендациями стандартов: ГОСТ РВ 0015-002, ГОСТ Р ИСО 19011.

2. Нормативные ссылки

ГОСТ РВ 0015-002-2020 СРПП ВТ. Системы менеджмента качества. Общие требования.

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.

ГОСТ Р ИСО 9000 - 2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

ГОСТ Р ИСО 19011-2021 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента.

3. Анализ данных и анализ СМК со стороны руководства

3.1 Анализ данных

3.1.1 Руководители всех уровней организации проводят анализ данных по результатам функционирования СМК, относящихся к их сфере деятельности. Для анализа данных используют информацию по:

- результатам планирования;
- соответствию разработанной конструкторской документации установленным требованиям;
- соответствие выполненных работ установленным требованиям;
- мониторингу и измерению выполненных работ;
- о степени удовлетворенности потребителей;
- о степени удовлетворенности персонала работой в организации;
- характеристикам и тенденциям процессов и деятельности организации.

3.1.2 Результаты анализа представляются в виде сообщений участников на совещаниях разного уровня, в протоколах совещаний.

3.1.3 Анализ данных является основой для установления причин проблем и разработки корректирующих и предупреждающих действий.

3.2 Анализ СМК со стороны руководства

3.2.1 Общие положения

3.2.1.1 Анализ СМК проводится один раз в первом квартале текущего года в ходе совещания с участием руководителей организации под руководством генерального директора.

3.2.1.2 Ответственным за организацию работ по анализу функционирования интегрированной системы менеджмента и контроль выполнения решений, принятых по результатам анализа, является Представитель руководства по СМК.

3.2.2 Входные данные для анализа

3.2.2.1 Входные данные для анализа СМК в рамках системы менеджмента качества включают:

- статус действий по результатам предыдущих анализов высшим руководством;
- изменений во внешних и внутренних факторах, касающихся системы менеджмента качества;
- удовлетворенности потребителей и отзывов заказчиков;
- степени достижений целей в области качества;
- показателей процессов и соответствию продукции и услуг;
- результатам мониторинга и измерений;
- результаты внутренних и внешних аудитов (проверок), результаты выполнения корректирующих действий;
- оценка деятельности внешних поставщиков;
- результативности действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей.
- предложения по совершенствованию СМК.

3.2.2.2 Представитель руководства по СМК обобщает полученную информацию и сообщает ее в форме доклада на совещании. Участники совещания разрабатывают решения по представленной информации и делают выводы о результативности функционирования системы менеджмента. Результаты анализа высшим руководством фиксируются в протоколе.

3.2.2.3 По результатам совещания оформляется протокол по анализу СМК по форме, размещенной на сервере в папке «Формы СМК». Протокол подписывается генеральным директором и секретарем (при наличии) и в электронном формате хранится на сервере в папке «Анализ СМК».

3.2.3 Результаты анализа высшим руководством

3.2.3.1 По результатам проведения анализа СМК Представитель руководства по СМК регистрирует принятые решения в Протоколе совещаний или подготавливает Приказ, в котором определяются необходимые мероприятия, ответственные и сроки исполнения решений по анализу функционирования СМК.

3.2.3.2 Контроль выполнения мероприятий по результатам анализа СМК осуществляет Представитель руководства по СМК. Результаты выполнения мероприятий рассматриваются на оперативных совещаниях в течении года с участием генерального директора.

4. Внутренние аудиты

4.1 Общие положения

4.1.1 Целью проведения внутренних аудитов СМК является контроль соответствия деятельности организации в области менеджмента качества требованиям сертификационных стандартов, своевременное предупреждение и устранение возникших несоответствий, а также того, что СМК результативна и поддерживается в рабочем состоянии (реализуется Политика и достигаются цели в области качества, выполняются требования документов СМК).

4.1.2 Ответственность за организацию и проведение анализа СМК, несет Представитель руководства по СМК.

4.1.3 Аудит проводится путем изучения и анализа документации СМК, применяемой в проверяемых подразделениях, опросов персонала, наблюдения за реализацией процессов и видов деятельности СМК, анализа отчетных документов.

4.1.4 Результаты внутренних аудитов анализируются и обобщаются Представитель руководства по СМК один раз в год и включаются в состав входных данных для анализа СМК руководством организации.

4.1.5 Документированная информация с результатами внутренних аудитов может быть представлена для ознакомления ВП.

4.1.6 Во внутренних аудитах может принимать участие представитель ВП.

4.2 Планирование внутреннего аудита.

4.2.1 Представитель руководства по СМК является ответственным за организацию проведения внутренних аудитов СМК. По графику на календарный год в организации проводится внутренний аудит для проверки всех аспектов системы менеджмента качества организации.

4.2.2 Представитель руководства по СМК разрабатывает график проведения внутреннего аудита на текущий год с учетом статуса и важности процессов, подлежащих аудиту, а также результатов предыдущих аудитов. Разработанный график внутренних аудитов при необходимости утверждается генеральным директором.

4.2.3 График внутренних аудитов может корректироваться по решению Представителя руководства по СМК в случаях:

- внесения существенных изменений в СМК, связанных с изменениями организационной структуры управления, введением в действие вновь утвержденных или изменением действующих документов СМК;

- получения от заказчиков претензий по качеству выполненных работ;

- возникновения существенных замечаний к деятельности подразделений или к сотрудникам организации.

4.2.4 Каждому аудиту присваивается номер, состоящий из порядкового номера аудита в течение календарного года и года проведения проверки (например, 1/2009, 2/2009 и т.д.). Этот номер указывается в плане аудита и в отчете об аудите.

4.2.5 Все формы по проведению внутреннего аудита хранятся в электронном формате в папке СМК.

4.3 Подготовка проведения внутреннего аудита.

4.3.1 Для проведения проверки Представитель руководства по СМК определяет группу аудиторов. Группу возглавляет главный аудитор. Группа может состоять из одного аудитора.

4.3.2 Аудитором может быть специалист, не работающий постоянно в организации, но имеющий подготовку и достаточный опыт по проведению аудитов.

4.3.3 Главный аудитор должен разработать план аудита, установив критерии аудита и область проверки.

Главный аудитор не позднее, чем за пять рабочих дней до даты проведения аудита, предупреждает руководителя подразделения/сотрудника организации о предстоящем аудите и согласовывает время проведения аудита.

4.4 Проведение аудита

4.4.1 Руководитель подразделения или сотрудник деятельность которого проверяется обязан обеспечить доступ к необходимым документам и оказывать содействие аудиторам во время аудита.

4.4.2 В случае выявления несоответствий (или предложений по улучшению) аудиторы фиксируют их в своих записях.

4.4.3 В случае обнаружения несоответствий Главный аудитор записывает их в отчет по проверке, и в форму справки о корректирующих действиях.

4.4.4 На каждое несоответствие оформляется отдельная справка. Справки о корректирующих действиях идентифицируются следующим образом: номер отчета-номер несоответствия по данной проверке. Например; 1-2023-1.

4.4.5 Главный аудитор готовит отчет по аудиту и предоставляет его руководителю подразделения/сотрудникам для дальнейшей работы.

4.4.6 Заключительное совещание главного аудитора с руководителем проверяемого подразделения/сотрудниками организации проводится для:

- подведения итогов аудита;
- ознакомления руководителя подразделения/сотрудников организации с несоответствиями, если таковые были выявлены;
- обсуждения корректирующих действий и согласования сроков их проведения, а также сроков проверки устранения несоответствий.

4.4.7 Коррекция и корректирующие действия разрабатываются руководителем проверяемого подразделения/сотрудником ответственным за проверяемый процесс. Содержание коррекций и корректирующих действий, ответственные исполнители, сроки выполнения мероприятий вписываются в соответствующую графу справки о корректирующих действиях.

4.4.8 Главный аудитор должен согласовать предлагаемые мероприятия и сроки выполнения коррекции и корректирующих действий. Это может быть сделано в день завершения аудита или по согласованию с главным аудитором в течении 10 рабочих дней.

4.5 Корректирующие действия

4.5.1 Ответственность за реализацию корректирующих действий несут руководители проверяемых подразделений или назначенные сотрудники.

4.5.2 Информацию о выполнении коррекций и корректирующих действий руководитель подразделения/ответственный за качество сообщает главному аудитору.

4.5.3 Главный аудитор несет ответственность за проверку выполнения корректирующих действий в срок, указанный в Справке о корректирующих действиях, подписывает и закрывает несоответствие, а также проставляет дату фактического устранения несоответствия.

4.5.4 Если реализация корректирующего действия по объективным причинам не укладывается в установленный срок, руководитель проверяемого подразделения/ответственный сотрудник сообщает об этом Представителю руководства по СМК, который принимается решение о возможном переносе срока корректирующего действия. Принятое решение регистрируется в соответствующей графе справки о корректирующих действиях.

4.5.5 Если корректирующее действие не выполнено или выполнено неудовлетворительно, вопрос выносится Представителем руководства по СМК на рассмотрение генерального директора.

4.5.6 После выполнения корректирующих действий по всем несоответствиям отчет об аудите и справки о корректирующих действиях хранятся в электронной форме в папке «Внутренние аудиты».