

9. Оценка результативности

- [Внутренний аудит СМК](#)
- [Проведение аудитов 5S](#)
- [Анализ СМК со стороны руководства](#)

Внутренний аудит СМК

[Логотип/Шапка ООО «АйТек»]

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

ДП-09-02 «Внутренний аудит СМК»

Код документа: ДП-09-02	УТВЕРЖДАЮ
Версия: 1.0	Генеральный директор
Дата введения: [указать дату]	ООО «АйТек»
Количество листов: 12	
Статус документа: Действующий	_____
	Виноградов К.П.
	«» _____ 20 г.

1. НАЗНАЧЕНИЕ

1.1. Настоящая документированная процедура устанавливает единый порядок планирования, проведения, документирования и оценки результатов внутренних аудитов системы менеджмента качества (далее – СМК) в ООО «АйТек» (далее – Компания).

1.2. **Цель процедуры** — получение объективной и достоверной информации о том, что СМК:

- соответствует требованиям **ISO 9001:2015** и собственным требованиям Компании;
- результативно внедрена, поддерживается и постоянно улучшается .

1.3. Детальная последовательность действий и взаимосвязи процессов представлены в **Карте процесса КП УП-03 «Внутренние аудиты СМК»**. Настоящая процедура устанавливает правила и методы выполнения этих действий.

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

2.1. Процедура распространяется на все структурные подразделения, процессы и виды деятельности, включённые в область применения СМК (РК-01, раздел 1.2).

2.2. Требования процедуры обязательны для:

- **Главного специалиста СМК по стандартизации и сертификации** (далее – Главный специалист СМК) – владельца процесса;
- **внутренних аудиторов**, включённых в реестр аудиторов;
- **руководителей проверяемых подразделений** (владельцев процессов).

3. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

3.1. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015), раздел 9.2 . 3.2. ГОСТ Р ИСО 19011-2021 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента». 3.3. ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Основные положения и словарь». 3.4. РК-01 «Руководство по качеству», разделы 9.2, 10.2. 3.5. **КП УП-03 «Внутренние аудиты СМК»** (карта процесса). 3.6. ДП-10-01 «Корректирующие действия». 3.7. ДП-07-04 «Управление документацией и записями».

4. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Термин	Определение
Аудит (проверка)	Систематический, независимый и документируемый процесс получения свидетельств аудита и их объективного оценивания для установления степени выполнения критериев аудита .
Критерии аудита	Совокупность политики, процедур, требований (ISO 9001, внутренние документы, законодательство), на соответствие которым проверяется СМК .
Свидетельства аудита	Записи, изложение фактов или иная информация, связанные с критериями аудита и проверяемые .
Наблюдение аудита	Результат оценивания свидетельств аудита в сопоставлении с критериями .
Заключение по аудиту	Итоговый выходной документ аудита, содержащий выводы и рекомендации .
Несоответствие (НС)	Невыполнение требования .
Значительное несоответствие	Отсутствие или полное невыполнение требования стандарта; системная проблема, влияющая на способность СМК достигать запланированных результатов .
Малозначительное несоответствие	Единичное, несистематическое упущение или ошибка, не оказывающие существенного влияния на результативность СМК .
Уведомление (наблюдение)	Свидетельство аудита, не носящее характер несоответствия, но фиксируемое в целях предотвращения возможного несоответствия или улучшения .

Сокращения:

Сокращение	Расшифровка
------------	-------------

ВА	Внутренний аудит
РГА	Руководитель группы аудита
НС	Несоответствие
КД	Корректирующее действие
КП	Карта процесса
СМК	Система менеджмента качества
Гл. спец. СМК	Главный специалист СМК по стандартизации и сертификации

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Роль / Должность	Ответственность в рамках процесса
Генеральный директор	Утверждение Программы внутренних аудитов на год. Обеспечение ресурсов. Анализ результатов аудитов (раздел 9.3 РК).
Главный специалист СМК	Владелец процесса. Разработка и актуализация Программы аудитов. Формирование группы аудита. Контроль выполнения процедуры. Мониторинг результативности корректирующих действий. Хранение документированной информации по аудитам.
Руководитель группы аудита (РГА)	Назначается из числа аттестованных аудиторов. Планирование конкретного аудита, распределение задач, проведение совещаний, формирование отчёта, оценка результативности КД по своему аудиту.
Внутренний аудитор	Качественное проведение проверки в закреплённой области, объективный сбор свидетельств, корректное оформление наблюдений, соблюдение этики аудитора .
Руководитель проверяемого подразделения	Обеспечение доступа к документам, записям и персоналу; участие в аудите; разработка и выполнение корректирующих действий (совместно с ДП-10-01).

6. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

6.1. Общая схема процесса

Процесс внутреннего аудита реализуется в соответствии с циклом PDCA и детализирован в **Карте процесса КП УП-03**. Настоящая процедура устанавливает правила и методы выполнения каждого этапа.

Основные этапы:

- 1. Планирование (разработка Программы аудитов).

2. Подготовка к конкретному аудиту (план, чек-листы).
3. Проведение аудита (сбор свидетельств).
4. Оформление отчёта и регистрация несоответствий.
5. Корректирующие действия и оценка их результативности.
6. Мониторинг и анализ процесса.

6.2. Планирование внутренних аудитов (Программа аудитов)

6.2.1. **Главный специалист СМК** ежегодно, до 15 декабря, разрабатывает «**Программу внутренних аудитов СМК на ____ год**» (форма 9.2-01).

6.2.2. **Входные данные для разработки Программы :**

- важность (значимость) процессов для качества продукции/услуг;
- результаты предыдущих аудитов (где были НС, туда чаще);
- изменения в организации (структура, технологии, персонал);
- жалобы и рекламации потребителей;
- риски процессов (данные из ДП-06-01);
- результаты анализа со стороны руководства.

6.2.3. **Применение риск-ориентированного подхода:**

- процессы **высокой значимости** (производство, ОТК, снабжение) проверяются **не реже 1 раза в год**;
- процессы **средней значимости** — **1 раз в 1-2 года**;
- процессы **низкой значимости** (при стабильных результатах) — **1 раз в 3 года** .

6.2.4. Программа утверждается **Генеральным директором** и доводится до руководителей подразделений не позднее 31 декабря предшествующего года.

6.2.5. **Внеплановые аудиты** инициируются Главным специалистом СМК при:

- резком росте несоответствий или рекламаций;
- существенных изменениях в процессах;
- требованиях руководства .

6.3. Подготовка к аудиту

6.3.1. На каждый аудит, включённый в Программу, назначается **Руководитель группы аудита (РГА)** из числа аттестованных аудиторов.

6.3.2. РГА разрабатывает «**План проведения аудита**» (форма 9.2-02), который включает:

- цели и область аудита;
- критерии аудита (разделы ISO 9001, РК, ДП, КП);
- дату, время, состав группы;
- распределение проверяемых процессов/подразделений по аудиторам;

- перечень сопровождающих лиц (при необходимости).

6.3.3. План направляется проверяемому подразделению **не позднее, чем за 5 рабочих дней** до начала аудита .

6.3.4. Аудиторы **самостоятельно** разрабатывают **опросные листы (чек-листы) (форма 9.2-03)**. Чек-лист — рабочий документ, **не подлежит обязательному хранению после аудита**, но рекомендуется для систематизации.

6.3.5. **Ключевое требование:** аудиторы должны быть **независимы** от проверяемой деятельности. Запрещается назначать аудитором сотрудника, отвечающего за проверяемый процесс .

6.4. Проведение аудита

6.4.1. Аудит начинается с **предварительного совещания**. РГА:

- подтверждает план и область;
- поясняет методы проверки;
- согласует время заключительного совещания .

6.4.2. **Методы сбора свидетельств :**

- **интервьюирование** (беседы с сотрудниками всех уровней);
- **наблюдение** за выполнением работ, состоянием рабочих мест, маркировкой;
- **анализ документированной информации** (записи, журналы, отчёты, протоколы).

6.4.3. Все наблюдения аудита (соответствия, несоответствия, уведомления) **документируются**. Формулировка НС должна быть:

- **конкретной** (что не выполнено);
- **ссылочной** (на какой пункт требования);
- **объективной** (подтверждённой свидетельством).

Пример:

□ «Плохо ведётся журнал». □ «В «Журнале учёта НП» (цех №2) отсутствует запись о дате выявления брака за 10.02.2026, что является невыполнением требования ДП-08-02, п. 6.3.2».

6.4.4. Аудит завершается **заключительным совещанием**, на котором РГА:

- доводит предварительные итоги;
- подтверждает формулировки НС с проверяемыми (принцип «без сюрпризов»);
- согласует сроки предоставления корректирующих действий.

6.5. Оформление результатов и отчётность

6.5.1. РГА в течение **3 рабочих дней** после аудита оформляет «**Отчёт о внутреннем аудите**» (форма 9.2-04).

6.5.2. Отчёт содержит :

- общую информацию (дата, группа, область, критерии);
- **выявленные несоответствия** (с классификацией: значительные / малозначительные);
- **уведомления** (наблюдения, возможности для улучшения);
- **выводы** о степени соответствия и результативности СМК.

6.5.3. Отчёт направляется:

- проверяемому подразделению;
- Главному специалисту СМК;
- Генеральному директору (для анализа со стороны руководства).

6.6. Корректирующие действия и оценка результативности

6.6.1. **По каждому зарегистрированному несоответствию** руководитель проверяемого подразделения **обязан**:

- выполнить **коррекцию** (немедленно устранить проявление несоответствия);
- инициировать **корректирующее действие (КД)** в соответствии с **ДП-10-01** для устранения **причины** несоответствия и предотвращения повторения .

6.6.2. **Уведомления** не требуют обязательного КД, но должны быть рассмотрены для улучшений.

6.6.3. Главный специалист СМК ведёт «**Реестр корректирующих действий по итогам аудитов**» (может быть интегрирован с Реестром КД из ДП-10-01).

6.6.4. **Оценка результативности КД** проводится в сроки, установленные в плане КД. Подтверждением результативности является **отсутствие повторного несоответствия** по тому же пункту в течение установленного периода (не менее 3 месяцев).

6.7. Хранение документированной информации

Документ	Ответственный за хранение	Срок хранения
Программа внутренних аудитов	Главный специалист СМК	3 года после замены
Планы аудитов	Главный специалист СМК	3 года
Отчёты о внутренних аудитах	Главный специалист СМК	5 лет
Заполненные чек-листы	<i>(на усмотрение аудитора)</i>	Не обязательны
Подтверждения результативности КД	Главный специалист СМК	3 года

7. ТРЕБОВАНИЯ К КОМПЕТЕНТНОСТИ ВНУТРЕННИХ АУДИТОРОВ

7.1. Внутренним аудитором может быть назначен сотрудник, **прошедший подготовку** по программе «**Внутренний аудитор СМК ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015)**» с получением подтверждающего документа (свидетельства / удостоверения) .

7.2. Требования к знаниям и навыкам :

- знание стандартов ISO 9000, ISO 9001, ISO 19011;
- понимание процессного подхода и риск-ориентированного мышления;
- владение методами опроса, наблюдения, анализа документов;
- навыки оформления отчётности.

7.3. Личные качества аудитора :

- этичность, беспристрастность, дипломатичность;
- наблюдательность, настойчивость, уверенность.

7.4. Поддержание компетентности:

- участие во внутренних аудитах **не реже 1 раза в год**;
- периодическое повышение квалификации (не реже 1 раза в 3 года).

7.5. Главный специалист СМК ведёт «**Реестр внутренних аудиторов**» (форма 9.2-05).

8. ПРИЛОЖЕНИЯ (ФОРМЫ)

Форма 9.2-01. Программа внутренних аудитов СМК на ____ год

УТВЕРЖДАЮ: Генеральный директор _____ / Виноградов К.П. «_» _____ 20 г.

№	Месяц	Объект аудита (процесс/по дразделени е)	Критерии аудита	Основание (периодичн ость/риск)	РГА / Состав группы	Примечание
1	Февраль	Процесс ОП-04 «Производство»	ISO 9001: п. 8.5; РК; ДП-08-02	Высокая значимость, НС-2025	Иванов (РГА), Петрова	
2	Апрель	Процесс ВП-01 «Управление персоналом»	ISO 9001: п. 7.1, 7.2, 7.3; ДП-07-01	Плановый (1 раз в год)	Сидоров	

Форма 9.2-02. План проведения аудита № ____

ООО «АйТек»	УТВЕРЖДАЮ
ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ АУДИТА № ____ от «» ____ 20 г.	Главный специалист СМК _____ / [ФИО]

1. Цель аудита: _____
2. Область аудита: _____
3. Критерии аудита: _____
4. Дата и время: _____
5. Руководитель группы: _____
6. Состав группы: _____
7. Проверяемое подразделение/процесс: _____
8. Распределение работы: _____

Время	Проверяемый процесс/подразделение	Аудитор	Представитель проверяемой стороны
10:00-11:30	Процесс «Закупки»	Иванов	Петров
...	...	...	...

1. Предварительное совещание: : Заключительное совещание: :

С планом ознакомлен(ы): _____ / _____ (подпись, дата)

Форма 9.2-03. Опросный лист (чек-лист) аудитора (рекомендуемая форма, необязательна для хранения)

№	Проверяемый пункт / вопрос	Ссылка на требование	Свидетельство / Наблюдение	Оценка (Да/Нет/Частично)	Примечание
1					

Форма 9.2-04. Отчёт о внутреннем аудите № ____

ООО «АйТек»	УТВЕРЖДАЮ
ОТЧЁТ О ВНУТРЕННЕМ АУДИТЕ № ____ от «» ____ 20 г.	Главный специалист СМК _____ / [ФИО]

1. Объект аудита (процесс/подразделение): _____
2. Дата проведения аудита: _____
3. Руководитель группы / аудиторы: _____
4. Критерии аудита: _____
5. Результаты аудита: 5.1. Соответствия и сильные стороны: _____
- 5.2. Выявленные несоответствия: _____

№	Описание несоответствия	Требование (пункт)	Классификация (Зн/Мал)
1			

5.3. Уведомления (наблюдения, улучшения): _____

1. Выводы и заключение:

- СМК в проверенной области: ☐ соответствует требованиям ☐ требует улучшений
- Несоответствия подлежат устранению в рамках ДП-10-01.

2. Приложения: Листы регистрации несоответствий (при наличии).

Руководитель группы: _____ / [ФИО] (подпись)

С отчётом ознакомлен(ы): _____ / [ФИО] (подпись, дата)

Форма 9.2-05. Реестр внутренних аудиторов

№	ФИО	Должность, подразделение	Дата подготовки	№ свидетельства	Дата след. аттестации	Участие в аудитах (год, №)
1	Иванов И.И.	Инженер-конструктор	15.03.2025	25-078	15.03.2028	2025-03, 2025-07
2	...	...	...	...	...	...

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящая процедура подлежит пересмотру не реже 1 раза в 3 года, а также при изменении требований стандарта ISO 9001, организационной структуры или по результатам внешних аудитов.

9.2. Все сотрудники, назначенные внутренними аудиторами, должны быть ознакомлены с настоящей ДП под подпись.

Разработал: Главный специалист СМК по стандартизации и сертификации _____
/ [Ваша Фамилия И.О.]

Согласовано: (по необходимости)

- Начальник ОТК _____ / Гапон Д.А.
- Начальник производства _____ / [ФИО]

Проведение аудитов 5S

УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор

ООО «АйТек»

_____ К.П. Виноградов

« ____ » _____ 2025г.

Процедура

Проведение аудитов на соответствие системе 5S

Редакция 1

РАЗРАБОТАНО:		Подпись	Дата
Операционный директор			
Хлопяникова М.И.			
СОГЛАСОВАНО:		Подпись	Дата
Заместитель генерального директора			
Баранов А.Н.			

1. НАЗНАЧЕНИЕ

Настоящая процедура определяет порядок проведения аудитов на соответствие системе 5S в ООО «АйТек».

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Требования и правила настоящей процедуры распространяются на все структурные подразделения участвующих в процессе изготовления готовой продукции – сборочные цеха, отдел технического контроля, склад, а также на сотрудников, назначенных ответственными за проведение аудитов.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНОВ И ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем документе используются следующие термины, обозначения и сокращения:

Наименование	Расшифровка
5S	система организации и рационализации рабочего пространства
Рабочее место	часть рабочего пространства, оснащённая необходимыми техническими средствами (столы, стулья, верстаки, уборочный инвентарь, стеллажи), в которой совершается трудовая деятельность работника
Рабочая зона	часть производственной площади (цеха, отдела, склада), включающая одно или несколько рабочих мест, проходы, зоны хранения, необходимые для выполнения определенных функций
Сортировка	отделение необходимого от ненужного и удаление последнего
Соблюдение порядка	организация хранения необходимых предметов для легкого и быстрого доступа
Содержание в чистоте	поддержание рабочего места в чистоте и порядке
Стандартизация	разработка и соблюдение правил и стандартов первых трех S
Совершенствование	формирование привычки и постоянное улучшение
Аудит на соответствие 5S	систематическая, независимая и документированная проверка состояния организации рабочего пространства по критериям системы 5S

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Ответственность за выполнение установленных требований системы 5S к организации рабочего места несет персонал ООО «Айтек», выполняющий задание на данном рабочем месте.

Ответственными за соблюдение требований системы 5S? проведение ежедневных осмотров рабочих зон/мест и устранения полученных замечаний, являются руководители структурных подразделений – сборочные цеха, отдел технического контроля, склад.

Ответственными за проведение еженедельных аудитов являются – Операционный директор, Главный специалист СМК по стандартизации и сертификации, Заместитель операционного директора по проектированию и разработке продукции. При необходимости возможно привлечение и других специалистов компании к проведению еженедельных аудитов.

Ответственные за проведение оценки результативности процесса являются руководители структурных подразделений.

5. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

5.1 Цель процесса

Основной целью метода 5S является создание условий для эффективного выполнения операций, повышение производительности труда и эффективности производственного процесса. Проведение аудитов направлено на поддержание и развитие метода 5S в ООО «Айтек».

5.2. Периодичность проверки

Руководители подразделений на ежедневной основе, в конце рабочего дня, совершают обход своих подразделений с целью контроля за выполнением установленных требований системы 5S в рабочих зонах/местах. Пункты, требующие внимания определены в чек-листах проверки зон (Приложение №1). Выявленные замечания устраняются оперативно на месте.

Ответственные за проведение аудитов еженедельно, в конце рабочего дня (с 17:00 до 18:00), совершают обход структурных подразделений – сборочные цеха, отдел технического контроля, склад. Вторник – Склад, Среда – ОТК, Четверг – Сборочный цех и рабочие места монтажников. Пункты, требующие внимания определены в чек-листах проверки зон (Приложение №1). График проведения еженедельных аудитов может быть скорректирован Операционным директором при необходимости.

5.3. Результаты проведения аудита

Результатом проведения аудита является оформленный чек-лист (Приложение №1) и бланк/отчет (Приложение №2) с фотофиксацией замечаний (при наличии замечаний).

Оформленный чек-лист, фото замечаний и бланк/отчет передается по электронной почте ответственному руководителю подразделения для устранения.

Сроки устранения замечаний:

- Простые замечания (мусор, неубранный инструмент, пыль и т.д.) устраняются немедленно или в течение смены/дня.
- Замечания, требующие небольших ресурсов (отсутствие маркировки, мелкий ремонт и т.д.), устраняются в течение 1–3 рабочих дней.
- Замечания, требующие значительных ресурсов/ремонта/закупок и т.д., устраняются в срок до 1 месяца, но с обязательным предоставлением плана устранения в течение 3 дней.

5.4. Результаты устранения замечаний

Результатом устранения является устранение выявленных несоответствий в установленные сроки, подтвержденное повторной проверкой аудитора (или ответственного за подразделение) и отметкой в бланке/отчете (Приложение №2).

6. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА

Для оценки результативности процесса проводится расчет вовремя устранённых замечаний, оформленных в бланк/отчете по каждому подразделению.

Данные результата оценки предоставляются ежемесячно на Дне Качества руководителями подразделений.

Показатель	Описание	КПЭ			Отчетный период
Нижний уровень	Целевое значение	Уровень совершенства			
Соблюдение требований 5S, %	$5S = (\text{Кзам устр.})/(\text{Кзам общ.}) \times 100\%$, где Кзам устр. - количество устраненных замечаний в срок в отчетном периоде, Кзам общ. - общее количество выявленных замечаний в отчетном периоде.	≥ 80	≥ 90	100	Месяц

Приложение №1

Чек-листы проверки

Подразделение - Сборочный цех Дата проверки _____		
1 балл – соответствует, 0 баллов – не соответствует		
Критерий	Балл	
Рабочие места бригадиров оснащены контейнерами для документации		
Все рабочие места имеют табличку с индивидуальным номером и ФИО		
Все перекатные тумбочки и столы имеют возможность идентификации		

Все стеллажи для комплектующих оборудованы табличками для фиксации № заказа		
Все тележки для комплектующих оборудованы табличками для фиксации № заказа		
Комплектующие изделий расположены в строго отведенных местах		
Все напольные изделия имеют идентификационный номер и сроки передачи в ОТК		
Все расходные материалы располагаются в строго установленных местах		
Расходные материалы в местах хранения упорядочены, аккуратно сложены и имеют возможность идентификации		
Все рабочие поверхности в местах общего пользования не содержат мусор, пыль, стружку и т.д.		
На подоконниках отсутствуют любые предметы		
Инструменты общего пользования имеют возможность идентификации		
Инструмент общего пользования расположен в строго отведенных местах и имеет перечень		
Станки имеют возможность идентификации и дату последнего проведенного ТО		
Сборочные линии, рабочие места и места хранения имеют разметку и возможность идентификации		
Уборочный инвентарь расположен в строго отведенных местах		
Баки для отходов имеют соответствующую маркировку и располагаются в строго отведенных местах		
Рабочее место монтажника Дата проверки _____		

1 балл – соответствует, 0 баллов – не соответствует		
Критерий	Балл	
На рабочем месте в специально отведенных местах, расположены индивидуальные инструменты и оборудование используемые ежедневно.		
Инструменты и оборудование общего пользования возвращены на место.		
Все предметы подписаны (где применимо). Маркировка в хорошем состоянии.		
Комплектующие размещены на стеллаже, на табличке указан номер заказа, с которым проводится работа		
Рабочая документация актуальная и расположена в кармане для документации		
Документы на комплектующие расположены в одном месте (коробке/контейнере для документации)		
Отсутствуют личные вещи в рабочей зоне		
Отсутствуют неиспользуемые/неактуальные документы.		
В рабочей зоне (стол/стеллаж/пол) отсутствует мусор, пыль, отходы производства		
Мусорный бак освобожден от содержимого.		
Подразделение - Склад Дата проверки _____		
Критерий	Балл	
1 балл – соответствует, 0 баллов – не соответствует		
На полу нет предметов, которые должны храниться на стеллажах		

Стеллажи, шкафы, столы не загружены неиспользуемыми предметами		
В зоне приёмки и отгрузки нет ненужных предметов		
Оборудование и инструмент хранятся в определённых местах и имеют возможность идентификации		
В проходах нет неиспользуемых предметов, проходы к дверям и пожарным выходам свободны		
Все места хранения имеют ясные кодовые обозначения		
Пол, стеллажи, подоконники, столы содержатся в чистоте		
Зона карантина содержится в порядке		
Зона несоответствующей продукции содержится в порядке		
ТМЦ в зоне карантина имеют возможность идентификации		
ТМЦ в зоне несоответствующей продукции имеют возможность идентификации		
Подразделение - ОТК Дата проверки _____		
Критерий		Балл
1 балл – соответствует, 0 баллов – не соответствует		
В зоне отсутствуют посторонние предметы, не относящиеся к процессу проверки.		
Все инструменты и оборудование (стол для резки, лазеры, компьютеры) используются регулярно. Неиспользуемые предметы удалены.		
Зоны хранения (инструментов, изделий на проверку) четко обозначены и не перегружены.		
Рабочие столы, стеллажи и оборудование размещены согласно утверждённой планировке.		

Оборудование и инструмент хранятся в определённых местах и имеют возможность идентификации		
Зоны для изделий на проверку отделены от рабочих мест сотрудников.		
Рабочие поверхности (столы, стеллажи, оборудование) чистые, без пыли и производственных отходов.		
Полы и проходы свободны от мусора, препятствий и разлитых жидкостей.		
Оборудование (компьютеры, лазеры и тд) обслуживается и очищается регулярно.		
Используются визуальные метки (разметка пола, таблички) для обозначения зон (проверки, хранения, рабочих мест).		
Документы (планировка, инструкции) доступны и актуальны.		

Приложение №2

Бланк/отчет по результатам аудита на соответствие системе 5S

Подразделение	Дата проведения	ФИО аудиторов

Количество обнаруженных несоответствий ____

Количество устраненных в срок несоответствий ____

Ответственный за устранение _____

(ФИО, должность)

Несоответствие (краткое содержание)	Срок устранения	Отметка об устранении в срок (Дата и подпись аудитора)

Составил (ФИО)	Дата составления	Подпись

Ознакомлен (ФИО)	Дата ознакомления	Подпись

Анализ СМК со стороны руководства

Проект: ДП-09-03 «Анализ со стороны руководства»

[Логотип/Шапка ООО «АйТек»]

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

ДП-09-03 «Анализ со стороны руководства»

Код документа: ДП-09-03	УТВЕРЖДАЮ
Версия: 1.0	Генеральный директор
Дата введения: [указать дату]	ООО «АйТек»
Количество листов: 9	
Статус документа: Действующий	_____
	Виноградов К.П.
	«» _____ 20 г.

1. НАЗНАЧЕНИЕ

1.1. Настоящая документированная процедура устанавливает порядок планирования, подготовки, проведения и документирования анализа Системы менеджмента качества (далее – СМК) со стороны руководства ООО «АйТек» (далее – Компания).

1.2. **Цель процедуры** — обеспечение постоянной пригодности, адекватности и результативности СМК, её соответствия стратегическому направлению Компании, а также принятие решений по улучшению .

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

2.1. Процедура распространяется на все процессы и структурные подразделения, входящие в область применения СМК (согласно РК-01, раздел 1.2).

2.2. Требования процедуры обязательны для:

- **Генерального директора** (председатель анализа);
- **Главного специалиста СМК по стандартизации и сертификации** (организатор, координатор, составитель отчёта);
- **Руководителей подразделений (владельцев процессов)** (предоставление входных данных, выполнение решений).

3. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

3.1. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015), раздел 9.3 . 3.2. ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Основные положения и словарь». 3.3. РК-01 «Руководство по качеству», раздел 9.3. 3.4. ДП-04-01 «Управление контекстом организации и заинтересованными сторонами» (интегрировано в РК). 3.5. ДП-06-01 «Управление рисками и возможностями». 3.6. ДП-07-04 «Управление документацией и записями». 3.7. ДП-08-02 «Управление несоответствующей продукцией». 3.8. ДП-09-02 «Внутренний аудит СМК» (КП УП-03). 3.9. ДП-10-01 «Корректирующие действия».

4. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термин	Определение
Анализ со стороны руководства	Регулярно проводимое высшим руководством заседание (совещание) для оценки СМК и принятия решений по улучшению .
Пригодность СМК	Способность СМК соответствовать текущим условиям, потребностям и специфике Компании.
Адекватность СМК	Достаточность и полнота СМК для достижения поставленных целей.
Результативность СМК	Степень достижения запланированных результатов и реализации запланированной деятельности .
Входные данные	Информация, собираемая и анализируемая перед проведением анализа (п. 9.3.2 ISO 9001) .
Выходные данные	Решения и действия, принимаемые по итогам анализа (п. 9.3.3 ISO 9001) .

Сокращения:

Сокращение	Расшифровка
АСР	Анализ со стороны руководства
ГД	Генеральный директор
Гл. спец. СМК	Главный специалист СМК по стандартизации и сертификации
КД	Корректирующие действия
РиВ	Риски и возможности

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Роль / Должность	Ответственность в рамках процесса
Генеральный директор	Председатель анализа. Определение даты проведения, утверждение повестки, руководство заседанием, утверждение отчёта и решений, обеспечение ресурсами для выполнения решений .
Главный специалист СМК по стандартизации и сертификации	Владелец процесса. Планирование АСР, сбор и анализ входных данных, подготовка проекта сводного отчёта, рассылка материалов, ведение протокола, контроль выполнения решений, подготовка отчёта о результативности .
Руководители подразделений (владельцы процессов)	Своевременное предоставление достоверных данных по своим процессам (достижение целей, показатели процессов, риски, возможности, потребность в ресурсах). Участие в заседании (при необходимости). Выполнение решений, закреплённых за подразделением.

6. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

6.1. Общая схема процесса (цикл PDCA)

ПЛАНИРОВАНИЕ → ПОДГОТОВКА ВХОДНЫХ ДАННЫХ → ПРОВЕДЕНИЕ ЗАСЕДАНИЯ → ОФОРМЛЕНИЕ ВЫХОДНЫХ ДАННЫХ → КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЕНИЯ → ВХОД В СЛЕДУЮЩИЙ ЦИКЛ

6.2. Периодичность и планирование

6.2.1. Анализ со стороны руководства проводится **не реже одного раза в календарный год** . Допускается проведение внеочередного анализа при существенных изменениях (реорганизация, смена стратегии, серьёзные проблемы с качеством).

6.2.2. **Гл. спец. СМК** ежегодно, не позднее **15 ноября**, направляет Генеральному директору предложение о дате проведения АСР (рекомендуемый период: январь-февраль следующего года) и проект повестки.

6.2.3. После утверждения даты **Гл. спец. СМК** разрабатывает **«План подготовки и проведения АСР» (Приложение 1)**, в котором указываются:

- сроки предоставления входных данных ответственными лицами;
- перечень запрашиваемых данных;
- ответственные за подготовку разделов сводного отчёта.

6.3. Входные данные для анализа (подготовка)

6.3.1. **Гл. спец. СМК** не позднее чем за **20 рабочих дней** до даты АСР направляет руководителям подразделений запрос на предоставление информации согласно **«Перечню**

входных данных для АСР» (Приложение 2).

6.3.2. **Руководители подразделений** обязаны предоставить запрошенные данные в **электронном виде** в срок, установленный планом. Данные должны быть:

- **достоверными** (основанными на документальных записях);
- **актуальными** (за отчётный период);
- **измеримыми** (содержать цифры, проценты, тенденции).

6.3.3. **Гл. спец. СМК** обобщает и анализирует поступившую информацию, готовит проект **«Сводного отчёта о функционировании СМК» (Приложение 3)**, который включает следующие разделы :

Раздел	Источники данных	Ответственный за подготовку раздела
Выполнение решений предыдущего АСР	Отчёт по итогам предыдущего АСР, мониторинг выполнения	Гл. спец. СМК
Анализ контекста и заинтересованных сторон (изменения)	ДП-04-01 (Реестры факторов и сторон)	Гл. спец. СМК
Достижение целей в области качества	Отчёты по целям (раздел 6.2 РК)	Руководители подразделений
Удовлетворённость потребителей и обратная связь	CRM, опросы, анализ рекламаций, отзывы	Коммерческий директор
Результативность процессов (KPI)	Отчёты по мониторингу процессов	Владельцы процессов
Соответствие продукции (входной контроль, НП, брак)	ДП-08-02 (Акты о браке, журналы НП)	Начальник ОТК
Результаты внутренних аудитов	КП УП-03 (Отчёты по аудитам)	Гл. спец. СМК
Статус корректирующих действий	ДП-10-01 (Реестр КД)	Гл. спец. СМК
Результаты управления рисками и возможностями	ДП-06-01 (Реестр РиВ, отчёт по РиВ)	Гл. спец. СМК
Анализ работы поставщиков	Отчёты по оценке поставщиков	Начальник отдела снабжения
Достаточность ресурсов (персонал, инфраструктура, оборудование)	ДП-07-01, ДП-07-02, ДП-07-03	Начальник производства / Ведущий менеджер по персоналу
Возможности для улучшения (предложения)	Служебные записки, идеи сотрудников	Руководители подразделений

6.3.4. Проект отчёта и все подтверждающие документы рассылаются участникам не позднее чем за **5 рабочих дней** до даты АСР для предварительного ознакомления .

6.4. Проведение анализа (заседание)

6.4.1. Анализ проводится в форме **совещания под председательством Генерального директора** . Состав участников: Гл. спец. СМК, руководители ключевых подразделений (производство, ОТК, снабжение, сервис, склад, техотдел, лаборатория, персонал). При необходимости приглашаются иные сотрудники.

6.4.2. Повестка заседания:

1. Вступительное слово Генерального директора (цели анализа).
2. Доклад Гл. спец. СМК по основным разделам сводного отчёта.
3. Обсуждение проблемных вопросов, «узких мест», значительных рисков.
4. Рассмотрение предложений по улучшению.
5. Выработка и согласование решений.
6. Формулировка и утверждение выходных данных.

6.4.3. В ходе обсуждения оцениваются :

- пригодность Политики и целей в области качества;
- достаточность ресурсов;
- результативность процессов и СМК в целом;
- необходимость изменений в СМК.

6.4.4. **Гл. спец. СМК** ведёт протокол заседания, фиксируя все принятые решения, назначенных ответственных и сроки .

6.5. Выходные данные (решения и действия)

6.5.1. По итогам анализа оформляется **«Отчёт об анализе СМК со стороны руководства» (Приложение 4)**, который утверждается Генеральным директором в течение **5 рабочих дней** после заседания.

6.5.2. Отчёт обязательно содержит следующие **выходные данные (решения и действия)** :

Категория решений	Примеры
Возможности для улучшения	Корректировка целей на следующий период, улучшение процессов, внедрение новых технологий, изменение процедур, разработка новых продуктов.
Изменения в СМК	Изменение организационной структуры, пересмотр документов (РК, ДП), изменение области применения, пересмотр Политики.
Потребность в ресурсах	Выделение бюджета на закупку оборудования, найм персонала, обучение, ремонт инфраструктуры, приобретение ПО.

6.5.3. Решения, принятые на АСР, вносятся в **«План мероприятий по итогам АСР» (Приложение 5)** с указанием:

- конкретного действия;
- ответственного исполнителя;
- срока выполнения;
- ожидаемого результата.

6.6. Контроль выполнения и анализ результативности

6.6.1. **Гл. спец. СМК** ведёт мониторинг выполнения Плана мероприятий, регулярно (не реже 1 раза в квартал) запрашивая информацию у ответственных.

6.6.2. При завершении мероприятия ответственный предоставляет **подтверждение выполнения** (копии документов, отчёты, фото и т.п.).

6.6.3. **Оценка результативности** выполненных мероприятий проводится Гл. спец. СМК совместно с ответственными и докладывается на следующем АСР .

6.6.4. Информация о статусе выполнения решений предыдущего АСР является **обязательным входным данным** для следующего анализа .

7. ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ЗАПИСИ)

Код формы	Наименование	Ответственный за ведение	Место хранения	Срок хранения
Приложение 1	План подготовки и проведения АСР	Гл. спец. СМК	Электронная папка / СМК	3 года
Приложение 2	Перечень входных данных для АСР	Гл. спец. СМК	Электронная папка / СМК	Постоянно
Приложение 3	Сводный отчёт о функционировании СМК	Гл. спец. СМК	Электронная папка / СМК	5 лет
Приложение 4	Отчёт об анализе СМК со стороны руководства (с протоколом)	Гл. спец. СМК	Электронная папка / СМК	5 лет
Приложение 5	План мероприятий по итогам АСР	Гл. спец. СМК	Электронная папка / СМК	До завершения + 3 года

Управление документами и записями – по ДП-07-04.

8. МОНИТОРИНГ И АНАЛИЗ ПРОЦЕССА (МЕТА-АНАЛИЗ)

8.1. Результативность самого процесса АСР оценивается по:

- своевременности проведения анализа (не реже 1 раза в год);
- полноте учёта всех входных данных;
- проценту выполненных решений по итогам предыдущих анализов;

- наличию зафиксированных улучшений СМК.

8.2. Оценка проводится **Гл. спец. СМК** и докладывается Генеральному директору при необходимости корректировки процедуры.

9. ПРИЛОЖЕНИЯ (ФОРМЫ)

Приложение 1. План подготовки и проведения АСР на 20__ год

УТВЕРЖДАЮ: Генеральный директор _____ / Виноградов К.П. «_» _____ 20 г.

№	Мероприятие	Срок	Ответственный за предоставление	Примечание
1	Предоставление данных по целям в области качества	до ..20__	Руководители подразделений	
2	Предоставление данных по процессам (KPI)	до ..20__	Владельцы процессов	
3	Предоставление данных по аудитам	до ..20__	Гл. спец. СМК	
...	...	...	...	
10	Рассылка проекта сводного отчёта	до ..20__	Гл. спец. СМК	
11	Проведение заседания АСР	..20__	Генеральный директор	

Приложение 2. Перечень входных данных для АСР (справочно, включён в п. 6.3.3)

Приложение 3. Сводный отчёт о функционировании СМК за 20__ год

(Формируется как отдельный документ, содержащий таблицы, графики и аналитические выводы по каждому разделу п. 6.3.3.)

Приложение 4. Отчёт об анализе СМК со стороны руководства № __

ООО «АйТек»	УТВЕРЖДАЮ
ОТЧЁТ № __ от «_» _____ 20 г.	Генеральный директор
об анализе СМК со стороны руководства	_____ / Виноградов К.П.

Присутствовали: [список]

Рассмотренные вопросы (входные данные):

1. Выполнение решений предыдущего АСР (№ __ от ..20__): [статус]

2. Анализ контекста и заинтересованных сторон: [выводы]
3. Достижение целей в области качества: [анализ]
4. Удовлетворённость потребителей: [анализ]
5. Результативность процессов (KPI): [анализ по ключевым процессам]
6. Соответствие продукции и анализ НП: [данные, тенденции]
7. Результаты внутренних аудитов: [итоги, несоответствия]
8. Статус корректирующих действий: [статус]
9. Управление рисками и возможностями: [анализ реестра РИВ]
10. Анализ работы поставщиков: [оценка]
11. Достаточность ресурсов: [выводы по персоналу, оборудованию, инфраструктуре]
12. Предложения по улучшению: [перечень]

Общая оценка СМК:

- Пригодность: ☐ соответствует / ☐ требует корректировки
- Адекватность: ☐ достаточна / ☐ требуется развитие
- Результативность: [оценка, напр., 85%]

Принятые решения (выходные данные): см. План мероприятий (Приложение 5).

Гл. спец. СМК: _____ / [ФИО]

Приложение 5. План мероприятий по итогам АСР № __ от «_» _____ 20 г.

№	Наименование мероприятия / решения	Ответственный исполнитель	Срок выполнения	Ожидаемый результат	Отметка о выполнении (дата, подпись)	Примечание
1						
2						
...						

Разработал: Главный специалист СМК по стандартизации и сертификации _____
/ [Ваша Фамилия И.О.]

Согласовано: (опционально, если нужна виза) Генеральный директор _____ /
Виноградов К.П.