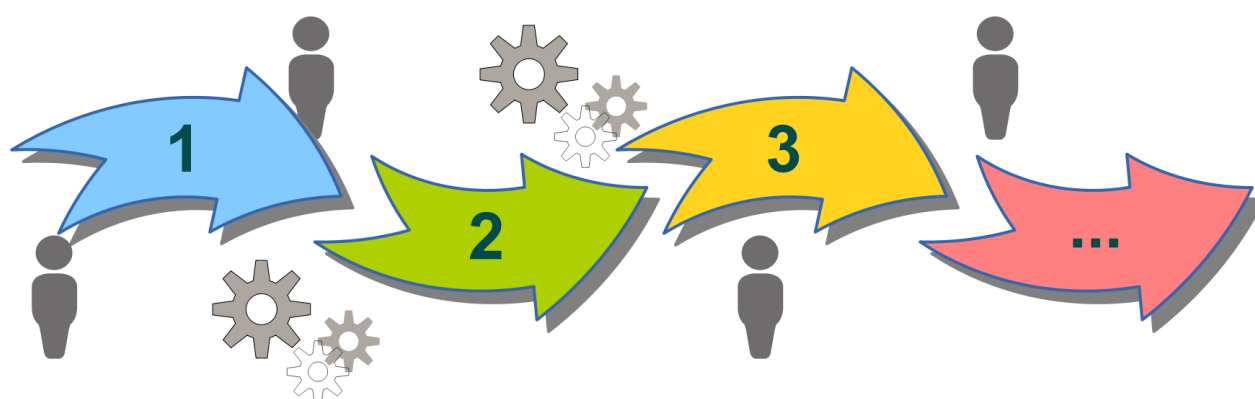




شرکت آب و فاضلاب استان تهران



راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه

شرح	تأیید کننده		تصویب کننده
نام و نام خانوادگی	سهیل امیری	احمد هجرانفر	محمدرضا بختیاری
سمت	مدیر دفتر توسعه مدیریت و تحقیقات شرکت آبفای استان تهران	رئیس کمیته ساختار و فن آوری های مدیریتی شرکت آبفای استان تهران	مدیرعامل و رئیس هیئت مدیره شرکت آبفای استان تهران
امضا			
کد سند: (۰۱) P-۰۱۲-۰۱	تاریخ بازنگری: ۹۹/۰۹/۳۰		سطح محرمانگی: غیر محرمانه

فهرست راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه

عنوان بخش‌ها:	شماره صفحه
بخش اول: مدیریت فرآیند	۲
بخش دوم: مدیریت مستندات و سوابق	۱۷
بخش سوم: ممیزی داخلی	۳۱
بخش چهارم: شناسایی و ارزیابی ریسک‌ها و فرصت‌ها	۴۱
بخش پنجم: تغییرات سازمانی	۵۲
بخش ششم: عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی	۶۰
بخش هفتم: بازنگری مدیریت	۶۸
بخش هشتم: مدیریت دانش	۸۰



بخش اول: مدیریت فرآیند

۰. مقدمه:

مدیریت فرآیند، به معنای شناخت دقیق با نگرش فرآیندگرا به سازمان می باشد که می بایست در ابتدا تمامی فرآیندها شناسایی و مکانیزمی در جهت پایش آن ها تعریف گردد. هدف از این پایش، تعیین میزان اثربخشی و کارایی و در نهایت بهره وری کل سیستم می باشد.

➤ جانمایی سند در ماتریس فرآیندی

فرآیند	گروه کسب و کار	حوزه کسب و کار
مدیریت فرآیند	مدیریت کیفیت سازمانی	توسعه و مدیریت قابلیت های کسب و کار

۱. هدف:

هدف از تدوین این روش اجرایی، تشریح چگونگی تدوین شناسنامه فرآیند، تعیین میزان تأثیر فرآیندها، پایش / اندازه گیری و تجزیه و تحلیل نتایج بر اساس شاخص های کلیدی عملکرد و میزان دستیابی به آن ها می باشد.

۲. دامنه کاربرد:

مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران

۳. مراجع الزامی:

بند مرتبط / جزییات	عنوان	سرفصل
بند ۴-۴ سیستم مدیریت کیفیت و فرآیندهای آن بند ۹-۱ پایش، اندازه گیری، تجزیه و تحلیل و ارزیابی	ISO ۹۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت کیفیت
بند ۴-۴ سیستم زیست محیطی بند ۹-۱ پایش، اندازه گیری، تجزیه و تحلیل و ارزیابی	ISO ۱۴۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت زیست محیطی
بند ۴-۴ سیستم مدیریت OH&S بند ۹-۱ پایش، اندازه گیری، تجزیه و تحلیل و ارزیابی	ISO ۴۵۰۰۱:۲۰۱۸	سیستم مدیریت ایمنی و بهداشت شغلی
بند ۸ الزامات سیستم مدیریت یکپارچه	ISO ۱۷۰۲۵:۲۰۱۷	سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی
بند ۷ عملیات فرآیند رسیدگی به شکایت بند ۴-۸ پایش فرآیند رسیدگی به شکایت	ISO ۱۰۰۰۲:۲۰۱۴	سیستم رسیدگی به شکایت مشتریان
بند ۵-۶-۷ ارزیابی اثربخشی اقدامات انجام شده بند ۸ نگهداری و بهبود فرآیندهای پایش و اندازه گیری	ISO ۱۰۰۰۴:۲۰۱۲	سیستم پایش و اندازه گیری رضایت مشتری
بند ۴-۶-۱ پایش، اندازه گیری و تجزیه و تحلیل	ISO ۵۰۰۰۱:۲۰۱۱	سیستم مدیریت انرژی
بند ۳-۵-۳ ارزیابی خدمت فراگیری	ISO ۲۹۹۹۰:۲۰۱۰	سیستم آموزش

سرفصل	عنوان	بند مرتبط / جزییات
	ISO ۱۰۰۱۵:۱۹۹۹	بند ۵ پایش و بهبود فرآیند آموزش
آیین نامه و استانداردهای ملی	-	-
سند ابلاغی بالادستی	-	-

۴. تعاریف:

۴،۱. **حوزه کسب و کار (سطح یک فرآیند):** یک حوزه مجموعه‌ای از چند گروه کسب و کار می‌باشد که در مجموع

یک سیاست‌گذاری در کسب و کار را مشخص می‌نماید. حوزه کسب و کار، سطح یک فرآیند نامیده می‌شود.

۴،۲. **گروه کسب و کار (سطح دو فرآیند):** یک گروه مجموعه‌ای از چند فرآیند کسب و کار می‌باشد که در مجموع،

یک هدف در کسب و کار را مشخص می‌نماید. گروه کسب و کار، سطح دوم فرآیند نامیده می‌شود.

۴،۳. **فرآیند کسب و کار (سطح سه فرآیند):** مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط در یک کسب و کار می‌باشد

که با استفاده از منابع در اختیار، ورودی‌ها را باهدف ایجاد ارزش افزوده به خروجی (محصول/ خدمت) تبدیل

می‌کند. به عبارت دیگر مجموعه‌ای کامل، پویا و هماهنگ از فعالیت‌های به هم مرتبط و تراکنشی است. فرآیند

کسب و کار، سطح سوم فرآیند نامیده می‌شود.

۴،۴. **فرآیند رهبری:** فرآیندهایی که وظیفه هدایت و رهبری نیروی انسانی را در دستیابی به اهداف سازمانی و کل

فرآیندها دنبال می‌کنند. این طبقه از فرایندها به مأموریت و چشم‌انداز سازمان بستگی دارند و نقش هدایت،

حمایت و نظارت بر سایر فرآیندها را دارند. این فرآیند یکی از فرآیندهای سطح صفر را تشکیل می‌دهد.

۴،۵. **فرآیند اصلی:** فرآیندهایی که هسته مرکزی و فرآیندهای ارزش سازند که ضمن ایجاد ارزش افزوده، سهم

عمده‌ای در موفقیت سازمان دارند. مشتریان خارجی ابتدا و انت‌های فرآیندهایی هستند که به صورت محوری در

شرکت اجرا می‌شوند. این فرآیند یکی از فرآیندهای سطح صفر را تشکیل می‌دهد.

۴،۶. **فرآیند پشتیبانی:** این فرآیندها به صورت مستقیم ارزش ساز نیستند، اما برای پشتیبانی فرآیندهای اصلی مورد نیاز

هستند. منجر به ایجاد داده و اطلاعات یا قانونمندسازی روش اجرایی می‌شوند. این فرآیند یکی از فرآیندهای

سطح صفر را تشکیل می‌دهد.

۴،۷. **نقشه فرآیند:** نمایش کلی فرآیندهای سازمان تا سطح دوم فرآیند می‌باشد.

۴،۸. **شناسنامه فرآیند:** سندی است که بر اساس یک مدل مشخص، اجزای یک فرآیند را تعیین می‌نماید.

۴،۸،۱. **محدوده فرآیند:** مجموعه/ شرکتی که فرآیند با شرایط ذکر شده در حدود آن اجرا می‌شود.

۴،۸،۲. **هدف فرآیند:** هدف کلی فرآیند است که در راستای اهداف، مأموریت‌ها و چشم‌اندازهای شرکت

قرار دارد.

۴،۸،۳. **مالک فرآیند:** دفتر/ گروه/ فردی که نسبت به اجرای فرآیند احساس مسئولیت و نگرانی می‌کند.

- ۴،۸،۴. **محرك:** اتفاق/ رویدادی که منجر به آغاز فرآیند یا گامی از آن می‌شود.
- ۴،۸،۵. **ورودی:** جزئی از یک فرآیند است که از محیط وارد فرآیند شده و برای اجرای آن فرآیند مصرف می‌شود. ورودی‌ها در طول اجرای فرآیند از بین رفته یا تغییر شکل می‌دهند. ورودی‌ها شامل موضوعاتی هستند که فرآیند برای مصرف یا استفاده از آن‌ها بهره می‌برد که می‌تواند بسته به نوع فرآیند اطلاعات، نامه، مصوبات، دستورات، راهنمایی‌ها، فرآیندها و ... باشند.
- ۴،۸،۶. **خروجی/نتایج:** ماحصل انجام فرآیند که در قالب محصول فرآیند، ورودی برای فرآیند یا عامل بعدی پس از اجرای کامل فرآیند ایجاد می‌گردد را خروجی/نتایج فرآیند گویند. خروجی‌های هر فرآیند بسته به ماهیت فرآیند و فعالیت‌های آن دربرگیرنده، خروجی تمامی فعالیت‌هایی (تشریح شده در شرح گام) باشد که در درون فرآیند به فرآیند بعدی یا خدمت ارائه می‌نمایند.
- ۴،۸،۷. **فعالیت:** یک فعالیت بیانگر کاری است که در داخل یک فرآیند کسب‌وکار توسط عاملی مشخص و در زمانی معین انجام می‌شود. فعالیت باید بتواند با تأثیری که بر فرایند می‌گذارد (اضافه کردن ارزش) در جهت تأمین اهداف فرایند که از قبل تعیین شده‌اند، حرکت کند.
- ۴،۸،۸. **مسئول/مسئولان فعالیت:** نزدیک‌ترین فرد مسئول به اجرای فعالیت که تنها یک نفر (با ذکر پست سازمانی)/واحد می‌باشد را مسئول فعالیت گویند.
- ۴،۸،۹. **زیر فرآیند/گام (وظیفه):** جز تشکیل‌دهنده فعالیت که قابل تخصیص به پست سازمانی بوده و خردترین سطح شکست فرآیند است.
- ۴،۸،۱۰. **شناسنامه فعالیت:** سندی است که جزئی‌ترین مشخصات اجرای فعالیت را بر اساس قالب معینی مشخص می‌نماید.
- ۴،۸،۱۱. **میانگین تأخیر در فعالیت:** میزان تأخیر قابل قبول در اجرای یک فعالیت که در شناسنامه فعالیت تعیین می‌شود.
- ۴،۸،۱۲. **شاخص‌های فرآیند:** پارامتری قابل اندازه‌گیری برای ارزیابی عملکرد فرآیند است.
- ۴،۸،۱۳. **کارایی (Efficiency):** کارایی با توجه به میزان منابع استفاده شده برای انجام یک فعالیت مشخص سنجیده می‌شود و افزایش کارایی که گاهی در ادبیات مهندسی به آن راندمان هم گفته می‌شود، به معنای کاهش اتلاف منابع در انجام یک فعالیت است. توجه داشته باشید که در تعریف کارایی، مهم نیست که اصل کار، در مسیر درستی انجام می‌شود یا نه. ما به "میزان مصرف منابع برای همین کار فعلی" توجه داریم.
- وقتی امروز یک فعالیت مشخص را با منابعی کمتر از دیروز انجام می‌دهید، می‌توان گفت کارایی شما در آن فعالیت نسبت به دیروز افزایش یافته است

۴.۸.۱۴. **اثربخشی (Effectiveness):** اثربخشی با توجه به میزان "همسو بودن فعالیت‌ها با هدف‌های تعیین شده" سنجیده می‌شود. بنابراین افزایش اثربخشی به این معناست که فعالیت‌های ما، بیش از گذشته باهدف‌هایمان همسو شده است.

چه در زندگی شخصی و چه سازمانی، اثربخشی زمانی معنا و مفهوم پیدا می‌کند که مأموریت، چشم انداز و اهداف تعریف شده باشند. چون این المان‌ها جهت‌گیری کلی را مشخص می‌کنند و پس از مشخص شدن جهت است که می‌توان همسو بودن اقدام‌ها با جهت‌گیری مطلوب را سنجید و بررسی کرد. اگر ندانیم چه می‌خواهیم بکنیم، هرگز نمی‌توانیم اثربخشی را افزایش دهیم (اگرچه در همین حالت ندانستن و نفهمیدن، می‌توان فعالیت‌های فعلی را با کارایی بیشتری انجام داد).

کارها و فرایندهای بسیاری در سازمان‌ها وجود دارند که می‌توان آن‌ها بهبود بخشید؛ سرعت انجامشان را افزایش داده و یا اتلاف منابع در آن‌ها را کاهش داد. همه این کارها زیرمجموعه افزایش کارایی قرار می‌گیرند و معمولاً مدیرانی که بیش‌تر درگیر این نوع محاسبات و ملاحظات هستند، مدیران عملیاتی نامیده می‌شوند. اما مدیران استراتژیک کسانی هستند که به اثربخشی هم‌فکر می‌کنند و پیوسته از خود می‌پرسند: آیا اصلاً این کار یا آن فرایند باید اجرا شود؟ آیا نمی‌توانیم منابعمان را به کارها و فرایندهای بهتری اختصاص دهیم؟ هر دو سؤال در سازمان بسیار مهم هستند و همه مدیران باید به هر دو جنبه توجه داشته باشند. اما معمولاً هر چه سطح سازمانی مدیران بالاتر باشد، انتظار می‌رود دغدغه‌های استراتژیک بیش‌تری داشته باشند.

۴.۸.۱۵. **بهره‌وری (Productivity):** در تعریف نمادین بهره‌وری می‌گویند که حاصل جمع کارایی و اثربخشی است. اما این دو پارامتر از یک جنس نیستند و نمی‌توان آن‌ها را باهم جمع کرد. همان‌طور که امکان ندارد قد و وزن یک نفر را باهم جمع کرده و به‌عنوان یک شاخص اعلام نمود. به‌عبارت دیگر، وقتی از افزایش بهره‌وری سخن می‌گوییم منظورمان این است که در تلاش هستیم که هم در حوزه کارایی و هم در حوزه اثربخشی، بهبودهایی را ایجاد کنیم.

۴.۸.۱۶. **تجزیه و تحلیل (Analysis):** ارزیابی و بررسی داده‌های حاصل از پایش / اندازه‌گیری.

۴.۸.۱۷. **شناسنامه شاخص‌های فرآیندی:** سندی است که در آن تمامی اجزای شاخص و چگونگی پایش / اندازه‌گیری آن مشخص می‌گردد.

۴.۸.۱۸. **معیار پذیرش:** معیار پذیرش، مقداری است برای شاخص که دستیابی به آن نشان‌دهنده تحقق حد معمولی از میزان دستیابی به اهداف می‌باشد.

۴.۸.۱۹. **ابزار پایش / اندازه‌گیری:** روش، ابزار، گزارش و سایر واسطه‌های جمع‌آوری اطلاعات پایش فرآیند است.

۴.۸.۲۰. **بانک اطلاعاتی ثبت گزارش:** محلی برای نگهداری اطلاعات و پردازش اطلاعات که معمولاً در قالب نرم‌افزارها و سیستم‌ها وجود دارد.

- ۴،۹. **ضریب تأثیر فرآیند:** میزان تأثیر هر فرآیند نسبت به تمامی فرآیندهاست و با دخالت عوامل ثابت و فرمول مشخصی محاسبه می گردد.
- ۴،۱۰. **اهمیت فرآیند:** شاخصی است جهت تعیین اهمیت فرآیند در اجرای دیگر فرآیندها و با توجه به میزان تبادل اطلاعات طی اجرای فرآیند محاسبه می شود.
- ۴،۱۱. **تأثیر بر محصول / مشتری نهایی:** یک فرآیند در صورتی بر مشتری / محصول نهایی تأثیرگذار است که به صورت مستقیم موجب افزایش کیفیت، افزایش میزان تولید، کاهش قیمت و ... گردد.
- ۴،۱۲. **نقش مدیریت استراتژیکی فرآیند:** منظور، تأثیر داشتن بر مدیریت استراتژیک (تدوین، اجرا و کنترل) می باشد.
- ۴،۱۳. **الزامات قانونی:** شاخصی مرکب از میزان الزامات و قوانین حاکم بر فرآیند و میزان اهمیت این قوانین (مطابق طیف های تعریف شده در فرم راهنمای محاسبه ضریب تأثیر).
- ۴،۱۴. **پیچیدگی فرآیند:** شاخصی است مرکب از تکنولوژی های استفاده شده در اجرای فرآیند و سیستم و روش انجام کار (مطابق طیف های تعریف شده در فرم راهنمای محاسبه ضریب تأثیر).
- ۴،۱۵. **مصرف منابع:** میزان مصرف بودجه (مطابق طیف های تعریف شده در فرم راهنمای محاسبه ضریب تأثیر).

۵. تاریخچه تغییرات:

شماره ویرایش	تاریخ بازنگری	شماره بند	توضیحات / شرح تغییرات
۰۰	۹۸/۰۳/۱۸	-	ایجاد مدرک در طرح یکسان سازی مستندات شرکت
۰۱	۹۸/۰۹/۰۵	۲۵-۴	اصلاح تعریف کارایی
		۲۶-۴	اصلاح تعریف اثربخشی
		۲۷-۴	اضافه نمودن تعریف بهره‌وری
		۵-۷	ایجاد و تعریف فرم محاسبه ضریب تأثیر فرآیندها
			اصلاح جدول ۲
		۷-۷	ویرایش ورود داده و تهیه گزارش
		۸	حذف فرم تجزیه و تحلیل داده‌ها

۶. مسئولیت‌ها:

۶.۱. مدیرعامل شرکت آبفای استان تهران: به عنوان مدیر ارشد، مسئول تصویب نهایی و ابلاغ مستندات فرآیندی می باشد.

۶.۲. معاون برنامه ریزی و منابع انسانی: مسئول ترویج رویکرد فرآیندی در شرکت، اطمینان از تدوین شناسنامه فرآیندها و تعیین توالی و تعامل آن‌ها، شاخص‌های کلیدی و پایش / اندازه گیری عملکرد فرآیندها می باشد.

۶.۳. مالک فرآیند: مسئول تدوین و نظارت بر حسن اجرای فرآیند و مستندات مربوط به آن شامل کنترل مدارک و سوابق، اقدام اصلاحی و فرصت بهبود، پاسخ گویی در ممیزی‌ها، ارائه مستندات قابل طرح در جلسه بازنگری مدیریت، صحت گذاری نحوه پایش و تحلیل داده‌های مرتبط با فرآیند می باشد.

۶.۴. مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری: بازبینی و نظارت بر به روز بودن مشخصات فرآیندی و پیگیری و دریافت گزارش‌ها و نتایج تجزیه و تحلیل عملکرد فرآیندها و جمع بندی در جلسات بازنگری مدیریت می باشد.

۶.۵. رابطین سیستم: مسئول جمع بندی مستندات فرآیندی حوزه تحت پوشش و همکاری جهت ارائه به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری می باشد

۷. شرح اقدام:

فعالیت ۱: شناسایی فرآیندها

۷.۱. تدوین / بهروزرسانی نقشه فرآیند:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان، موظف است فرآیندهای شرکت را بر اساس مدل پورتر و چارچوب فرآیندی APQC تا سطح سوم، شناسایی نماید. بر اساس فرآیندهای شناسایی شده تا سطح دوم فرآیندی، "نقشه فرآیند" ترسیم می‌گردد. این نقشه در صورت شناسایی فرآیندهای جدید در سازمان و یا تغییر فرآیندهای سازمانی می‌تواند در مقاطع زمانی مختلف، بهروزرسانی گردد. همان‌طور که در تعاریف بیان شده است تقسیم‌بندی فرآیندها بر اساس سطح یک، حوزه کسب‌وکار و بر اساس سطح دو، گروه کسب‌وکار نامیده می‌شود.

توجه ۱: شناسایی سطح اول و دوم فرآیندی می‌تواند با مطالعه مأموریت / فعالیت‌های شرکت و در صورت لزوم با برگزاری جلسات با مدیران و کارشناسانی که بر فعالیت‌های سازمان تسلط کافی دارند صورت پذیرد.

توجه ۲: دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری شرکت‌های زیرمجموعه نکته نظرهای احتمالی شرکت تحت سرپرستی خود را جهت بهروزرسانی نقشه فرآیند به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان اعلام می‌نمایند.

۷.۱/۱. مدل زنجیره ارزش پورتر:

یکی از مدل‌هایی که برای ارزیابی و تعیین حوزه‌های کسب‌وکار در سازمان‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد مدل زنجیره ارزش پورتر است. در این مدل حوزه‌های کاری مهم در بنگاه شناسایی و طبقه‌بندی می‌شوند. هرچند آقای پورتر این مدل را در ابتدا برای مؤسسات و شرکت‌های تولیدی و رقابتی مطرح نمود، لیکن از مفاهیم مطرح شده در این مدل می‌توان برای دسته‌بندی وظایف سازمان‌ها در حوزه‌های مختلف کسب‌وکار استفاده نمود.

مطابق این مدل حوزه‌های کاری یک بنگاه به دو گروه حوزه‌های کاری مأموریت‌های اصلی و حوزه‌های کاری مأموریت‌های پشتیبانی تقسیم می‌شوند. هرکدام از این دو گروه نیز به نوبه خود دسته‌بندی معینی دارند. این حوزه‌های کاری به تنهایی و در پیوند با یکدیگر برای بنگاه تولید ارزش اقتصادی می‌نمایند. مجموعه این حوزه‌های کاری، زنجیره ارزش (Value Chain) سازمان را تشکیل می‌دهند. درواقع ارزش‌های ایجاد شده در فعالیت‌ها و وظایف مختلف، منجر به شکل‌گیری ارزش در کل سازمان می‌گردد.

بر اساس مدل زنجیره ارزش پورتر، حوزه‌های کاری سازمان به دودسته کلی تقسیم می‌شوند:

- حوزه‌های کاری مأموریت‌های اصلی (Primary Activities)
- حوزه‌های کاری مأموریت‌های پشتیبانی (Support Activities)

۷.۱/۱/۱. حوزه‌های کاری مأموریت‌های اصلی:

حوزه‌های کاری مأموریت‌های اصلی، به آن دسته از حوزه‌های کاری زنجیره ارزش سازمان اطلاق می‌گردد که در جهت مأموریت و اهداف سازمان بوده و در بنگاه‌های تولیدی شامل ساخت فیزیکی کالا (تولید خدمت)، فروش

(عرضه) و انتقال آن به مصرف کننده و نیز خدمات بعد از فروش (و ارائه خدمات) مربوط می شوند. این حوزه های کاری که در واقع عملیات روزمره و جاری بنگاه را شامل می شوند، خود به پنج دسته قابل تقسیم هستند.

➤ **لجستیک ورودی (Inbound Logistics)**

شامل دریافت، انباشت و توزیع ورودی های سیستم تولیدی نظیر مواد اولیه، ملزومات تولید و ... است.

➤ **عملیات تولیدی (Operations)**

شامل کلیه فعالیت هایی است که در تبدیل ورودی ها به محصول نهایی نقش دارند.

➤ **لجستیک خروجی (Outbound Logistics)**

شامل جمع آوری، ذخیره و توزیع فیزیکی محصولات بین خریداران و مصرف کنندگان است.

➤ **بازاریابی و فروش (Marketing & Sales)**

شامل تمامی فعالیت هایی است که به آگاه شدن از خواسته مشتریان و مصرف کننده ها، آگاه ساختن آنها از محصولات و خدمات بنگاه و نیز فراهم کردن زمینه فروش محصولات مربوط می شود.

➤ **خدمات پس از فروش (Services)**

شامل نصب و راه اندازی محصولات، آموزش روش استفاده از محصولات، تأمین قطعات یدکی، تعمیر و سرویس محصولات و ... است.

۷، ۱، ۱، ۲. **حوزه های کاری مأموریت های پشتیبانی:**

حوزه های کاری مأموریت های پشتیبانی به آن دسته از حوزه های کاری زنجیره ارزش سازمان اطلاق می گردد که به نحوی حوزه های کاری مأموریت های اصلی بنگاه را مورد پشتیبانی و حمایت قرار می دهند. این حوزه های کاری خود به چهار دسته کلی تقسیم می شوند:

➤ **مدیریت عمومی کسب و کار (Infrastructure)**

شامل فعالیت هایی نظیر برنامه ریزی، نظارت، امور کلان مالی و ... است.

➤ **مدیریت منابع انسانی (Human Resource Management)**

شامل فعالیت هایی مانند جذب و استخدام، آموزش، ارزیابی، تشویق و توسعه نیروی انسانی است.

➤ **توسعه تکنولوژی (Technology Development)**

شامل حوزه وسیعی از فعالیت هایی است که به خلق یک محصول، فرآیند یا سیستم مدیریتی جدید و یا بهبود آنها در بنگاه منجر می شوند که اموری نظیر تحقیق و توسعه، بهبود سیستم ها و روش های انجام کار و ... را شامل می شود.

➤ **تأمین (Procurement)**

شامل کلیه تلاش های ستادی است که در جهت فراهم کردن مواد و ملزومات تولیدی (نظیر مواد خام، اقلام مصرفی تولید، ماشین آلات، تجهیزات و ...) و اجرایی صورت می گیرد.

هر یک از حوزه های کاری مأموریت های پشتیبانی، گاهی علاوه بر حوزه های کاری اصلی بنگاه، دیگر حوزه های کاری پشتیبانی را نیز مورد حمایت قرار می دهند.

۷/۱/۲. مدل مرجع مرکز بهره‌وری و کیفیت آمریکا:

چارچوب طبقه‌بندی فرآیندها (PCF) توسط APQC و شرکت‌های عضو آن به‌عنوان یک استاندارد باز جهت تسهیل بهبود سازمانی به کمک مدیریت فرآیندها و بهینه‌سازی و بدون توجه به زمینه فعالیت، اندازه یا موقعیت جغرافیایی چارچوب طبقه‌بندی فرآیندها (PCF) توسط APQC و شرکت‌های عضو آن به‌عنوان یک استاندارد باز جهت تسهیل بهبود سازمانی به کمک مدیریت فرآیندها و بهینه‌سازی و بدون توجه به زمینه فعالیت، اندازه یا موقعیت جغرافیایی سازمان‌ها توسعه داده شده است. این مدل، فرآیندهای عملیاتی و مدیریتی سازمان را در ۱۳ رده یا دسته اصلی در سطح سازمان، شامل گروه‌های فرآیندی همراه با بیش از ۱۰۰۰ فرآیند و فعالیت‌های مرتبط آن‌ها، طبقه‌بندی می‌کند. امروزه این چارچوب فرا صنعتی، تجربه بیش از ۱۵ سال استفاده خلاقانه توسط هزاران سازمان در سراسر دنیا را در پشت سر دارد و می‌توان گفت بهترین مدل مرجع فرایندی است که برای سازمان‌ها طراحی شده است. به‌طور کلی، چارچوب فرآیندی APQC یک‌زبان مشترک جامع برای سازمان‌ها به منظور برقراری ارتباط و تعریف فرآیندهای کاری است که با استفاده از این استاندارد، سازمان‌ها به یک چارچوب مشترک در فرآیندهای کاری خود دست خواهند یافت. مدل فرا صنعتی APQC یکی از کامل‌ترین مدل‌های مرجع فرآیندی موجود در دنیای مدیریت است که در آن تلاش شده تا تمامی فرآیندهای موجود سازمان، تا حد امکان در سطح وظایف، شناسایی شوند. فرآیندهای سازمان در پنج سطح مختلف تعریف می‌شوند که به شرح زیر هستند: حوزه فرآیندی، گروه فرآیند، فرآیند، فعالیت و وظیفه.

۷/۲. تهیه/به‌روزرسانی ماتریس سلسله‌مراتب فرآیندی:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان، بر اساس نقشه فرآیند تهیه‌شده فرآیندهای شرکت را در سطح سوم شناسایی و در "ماتریس سلسله‌مراتب فرآیندی" ثبت می‌نماید. **توجه ۳:** ثبت تمامی مراحل انجام‌شده، شامل تدوین/به‌روزرسانی نقشه فرآیند و ماتریس سلسله‌مراتب فرآیندی و ابلاغ مستندات به واحدهای سازمانی بر اساس فرآیند مدیریت مستندات و سوابق صورت پذیرد. **توجه ۴:** دفاتر پژوهش و بهبود بهره‌وری شرکت‌های زیرمجموعه نکته نظرهای احتمالی شرکت تحت سرپرستی خود را جهت به‌روزرسانی ماتریس سلسله‌مراتب فرآیندی به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان اعلام می‌نمایند.

فعالیت ۲: تشریح فرآیندها

۷/۳. تدوین/به‌روزرسانی شناسنامه فرآیندها/فعالیت‌ها:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری موظف است برای هر یک از فرآیندهای شناسایی‌شده در سطح سوم، یک "شناسنامه فرآیند" تهیه نماید. جهت شناسایی اجزای شناسنامه فرآیند و به‌روزرسانی آن، این دفتر، لازم است با هریک از واحدهای سازمانی که مرتبط با هریک از فرآیندهای شناسایی‌شده هستند، جلسه (جلساتی) را تشکیل دهد. پس از برگزاری جلسات، یک شناسنامه اولیه تهیه و جهت تأیید به واحد مربوطه ارائه می‌نماید.

توجه ۳: اجزای شناسنامه فرآیند عبارت‌اند از: نام فرآیند، کد فرآیند، محدوده فرآیند، هدف فرآیند، مالک فرآیند، محرک، ورودی، خروجی، شرح فعالیت، مسئول / مسئولان فعالیت، مستندات مورد استفاده در اجرای فرآیند، نتیجه و ستون توضیحات می‌باشد.

توجه ۵: در تدوین "شناسنامه فرآیند" باید مشخص شود که هر یک از ورودی‌ها از کدام فرآیند، ذینفع خارجی و یا واحد سازمانی به فرآیند مورد بررسی وارد شده‌اند.

توجه ۶: در "شناسنامه فرآیند" باید مشخص شود که هر یک از خروجی‌های فرآیند مورد بررسی به کدام فرآیندها، ذینفع خارجی و یا واحدهای سازمانی وارد می‌شوند.

توجه ۷: محرک فرآیند می‌تواند از جنس زمان، دریافت درخواست و یا وقوع یک رویداد باشد.

توجه ۸: "شناسنامه فعالیت" بر اساس روش اجرایی بهبود سیستم‌ها، فعالیت‌ها و روش‌ها تدوین می‌گردد.

۷،۴. طراحی مدل فرآیند / فعالیت:

مدل‌سازی فرآیند و فعالیت‌های آن بر اساس "روش اجرایی بهبود سیستم‌ها، فعالیت‌ها و روش‌ها" صورت می‌پذیرد و در فرم‌های "مدل فرآیند" و "مدل فعالیت" ثبت می‌گردد.

توجه ۸: شناسنامه و مدل‌سازی فرآیندها تحت نظارت دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری تهیه می‌گردد.

توجه ۹: شناسنامه و مدل‌سازی فعالیت‌ها تحت نظارت مرکز فن‌آوری اطلاعات و امنیت ارتباطات تهیه می‌گردد.

توجه ۱۰: ثبت تمامی مراحل انجام‌شده، شناسنامه‌های فرآیند و فعالیت، مدل فرآیند و فعالیت باید بر اساس فرآیند مدیریت مستندات و سوابق صورت پذیرد.

فعالیت ۳: تعیین ضریب تأثیر فرآیندها

۷،۵. تعیین ضریب تأثیر فرآیندها:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری موظف است ضریب تأثیر فرآیندها را در جدول "ضریب تأثیر فرآیندها" با استفاده از معیارهای تعریف‌شده تعیین / به‌روزرسانی نماید. تعیین این ضریب می‌تواند با نظر مالکان فرآیند صورت پذیرد و در صورت لزوم در قالب برگزاری جلسات باشد.

توجه ۱۱: ضریب تأثیر فرآیندها می‌بایست هر ساله پس از تدوین بودجه و همچنین پس از تغییر سایر متغیرهای مؤثر آن، مورد بازبینی قرار گیرد.

توجه ۱۲: عوامل مؤثر در محاسبه ضریب تأثیر فرآیند عبارت‌اند از: اهمیت فرآیند، تأثیر بر محصول / مشتری نهایی، فرآیندهای اصلی / پشتیبانی / رهبری، نقش مدیریت استراتژیکی فرآیند، الزامات قانونی، پیچیدگی فرآیند، مصرف منابع.

توجه ۱۳: در محاسبه مقدار اهمیت فرآیند، باید تعداد ورودی‌ها و خروجی‌هایی که منشأ و مقصد آن‌ها فرآیند است، مشخص گردد. منشأ ورودی و مقصد خروجی شامل فرآیندها، واحدهای سازمانی و یا ذینفعان خارجی مانند

سازمان‌های بالادستی است. برای مثال اگر در یک فرآیند سه ورودی از فرآیندهای دیگر و یک ورودی از یک منشأ ذینفع خارجی داشته باشد، هم‌چنین دو خروجی به دو فرآیند و دو خروجی به دو واحد سازمانی داشته باشد، مقدار صورت کسر در فرمول ارائه‌شده برای این فرآیند پنج خواهد بود. بعد از محاسبه صورت کسر برای تمامی فرآیندها، بالاترین مجموع ورودی‌ها و خروجی‌ها با منشأ و مقصد فرآیندی در بین فرآیندها به‌عنوان مخرج کسر در نظر گرفته می‌شود.

توجه ۱۴: داده‌های مربوط به عوامل تأثیرگذار بر ضریب فرآیند عبارت‌اند از:

- تأثیر بر محصول / مشتری نهایی، فرآیندهای اصلی / پشتیبانی / رهبری و نقش مدیریت استراتژیکی فرآیند که توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری محاسبه می‌گردد.
- الزامات قانونی، پیچیدگی فرآیند و مصرف منابع که جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به هریک از آن‌ها، پرسش‌نامه‌هایی با استفاده از جدول (۲) توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری طراحی می‌گردد. این پرسش‌نامه‌ها جهت تکمیل به مالکان فرآیند و افرادی که در فرآیندها صاحب‌نظر می‌باشند، ارائه می‌گردد. پس از جمع‌آوری داده، از فرمول‌های ارائه‌شده در جدول (۱) ضریب تأثیر فرآیندها محاسبه می‌گردد.

جدول ۱- نحوه محاسبه عوامل تأثیرگذار بر ضریب فرآیند		
ردیف	عوامل تأثیرگذار بر ضریب فرآیند	تعریف / نحوه محاسبه
۱	اهمیت فرآیند	مجموع ورودی‌ها و خروجی‌های هر فرآیند با منشأ و مقصد فرآیندی / ماکزیمم مجموع ورودی‌ها و خروجی‌ها با منشأ و مقصد فرآیندی
۲	تأثیر بر محصول / مشتری نهایی	بر محصول و مشتری نهایی تأثیر دارد: ضریب ۱ بر محصول و مشتری نهایی تأثیر ندارد: ضریب ۰.۲
۳	فرآیندهای اصلی / پشتیبانی / رهبری	فرآیندهای حوزه اصلی: ضریب ۱ فرآیندهای حوزه‌های پشتیبانی / رهبری: ضریب ۰.۲
۴	نقش مدیریت استراتژیکی فرآیند	بر مدیریت استراتژیک (تدوین، اجرا و کنترل) تأثیر مستقیم دارد: ضریب ۱ بر مدیریت استراتژیک (تدوین، اجرا و کنترل) تأثیر غیرمستقیم دارد: ضریب ۰.۵ بر مدیریت استراتژیک (تدوین، اجرا و کنترل) تأثیر ندارد: ضریب ۰.۲
۵	الزامات قانونی	میزان قوانین و الزامات حاکم بر فرآیند (طیف ۱ الی ۵) * میزان اهمیت قانون (طیف ۱ الی ۵) ۵ ۵
۶	پیچیدگی فرآیند	تکنولوژی موجود در کار (طیف ۱ الی ۵) * سیستم و روش انجام کار (طیف ۱ الی ۵) ۵ ۵
۷	مصرف منابع	میزان مصرف بودجه در فرآیند (طیف ۱ الی ۵) ۵
	ضریب تأثیر	میانگین حسابی عوامل بالا

جدول ۲- راهنمای تدوین پرسش‌نامه عوامل تأثیرگذار بر فرآیند	
تعداد قوانین و الزامات حاکم بر فرایند (۵-۱)	۱: قوانین و الزامات قانونی بر حداکثر ۲۰٪ گام‌های اجرایی یا چارچوب عملیاتی فرایند حاکم است.
	۲: قوانین و الزامات قانونی بر ۲۱٪ الی ۴۰٪ گام‌های اجرایی یا چارچوب عملیاتی فرایند حاکم است.
	۳: قوانین و الزامات قانونی بر ۴۱٪ الی ۶۰٪ گام‌های اجرایی یا چارچوب عملیاتی فرایند حاکم است.
	۴: قوانین و الزامات قانونی بر ۶۱٪ الی ۸۰٪ گام‌های اجرایی یا چارچوب عملیاتی فرایند حاکم است.
	۵: قوانین و الزامات قانونی بر بیش از ۸۰٪ گام‌های اجرایی یا چارچوب عملیاتی فرایند حاکم است.
میزان اهمیت قانون (۵-۱)	۱: تخطی از قوانین و الزامات قانونی حاکم بر فرایند، مجری فرایند را به دفتر رسیدگی به شکایات مردمی ارجاع دهد.
	۲: تخطی از قوانین و الزامات قانونی حاکم بر فرایند، مجری فرایند را به دفتر بازرسی داخلی ارجاع دهد.
	۳: تخطی از قوانین و الزامات قانونی حاکم بر فرایند، مجری فرایند را به دفتر کمیته انضباطی ارجاع دهد.
	۴: تخطی از قوانین و الزامات قانونی حاکم بر فرایند، مجری فرایند را به دفتر بازرسی کل ارجاع دهد.
	۵: تخطی از قوانین و الزامات قانونی حاکم بر فرایند، مجری فرایند را به دفتر مراجع قضایی ارجاع دهد.
تکنولوژی موجود در کار (۵-۱)	۱: خرابی تکنولوژی موجود تأثیر ناچیزی بر روند انجام فعالیت/ نتایج فرآیند خواهد داشت..
	۲: خرابی تکنولوژی موجود بر روند انجام فعالیت/ نتایج فرآیند تأثیر خواهد داشت ولی باعث ایجاد اختلال در روند انجام فعالیت نخواهد شد.
	۳: خرابی تکنولوژی موجود بر روند انجام فعالیت/ نتایج فرآیند تأثیر خواهد داشت ولی باعث ایجاد اختلال در روند انجام فعالیت نخواهد شد.
	۴: خرابی تکنولوژی موجود بر روند انجام فعالیت/ نتایج فرآیند تأثیر زیادی خواهد داشت و باعث توقف روند انجام فعالیت / تغییر در نتایج فرآیند خواهد شد.
	۵: خرابی تکنولوژی موجود باعث صدمات و خسارات جبران‌ناپذیری بر روند انجام فعالیت/ نتایج فرآیند خواهد شد.
سیستم و روش انجام کار (۵-۱)	۱: روند انجام کار ساده بوده و نیاز به آموزش نیست.
	۲: روند انجام نسبتاً ساده بوده و با کمترین میزان آموزش قابل یادگیری و انجام است.
	۳: روند انجام کار معمولی بوده و با آموزش قابل یادگیری و انجام است.
	۴: روند انجام کار پیچیده بوده و با آموزش تخصصی قابل یادگیری و انجام است.
	۵: روند انجام کار بسیار پیچیده بوده و به آموزش و تدوین شاخص‌های دقیق نیاز دارد.
میزان مصرف بودجه در فرایند (۵-۱)	۱: تا سقف معاملات گروه ۱ (زیر ۵۰ میلیون تومان)
	۲: تا سقف معاملات گروه ۲ (بین ۵۰ تا ۳۰۰ میلیون تومان)
	۳: بیش از ۳۰۰ تا ۸۰۰ میلیون تومان
	۴: بیش از ۸۰۰ میلیون تا ۲ میلیارد تومان
	۵: بالاتر از ۲ میلیارد تومان

فعالیت ۴: تدوین / به روزرسانی شاخص های ارزیابی فرآیند

۷،۶. تدوین / به روزرسانی شاخص های ارزیابی فرآیند:

دفتر پژوهش و بهبود بهره وری موظف است با همکاری مالکان و صاحب نظران فرآیندها، شاخص های فرآیندی را تدوین نماید. در این راستا در صورت لزوم، می توان جلسه / جلساتی را با مالکان فرآیند برگزار نمود.

توجه ۱۵: شاخص ها از جنس کارایی و اثربخشی به صورت توأم متناسب با ماهیت فرآیند تدوین می گردند تا امکان پایش عملکرد فرآیند در بازه های زمانی تعیین شده مهیا گردد. هر فرآیند دارای یک شناسنامه شاخص با عنوان "شناسنامه شاخص فرآیندی" می باشد. اجزای اصلی شناسنامه شاخص فرآیندی عبارتند از: نوع شاخص، ذینفع، مرجع، نحوه محاسبه شاخص، معیار پذیرش، دوره انجام پایش، ابزار پایش / اندازه گیری، مستندات مرتبط، نوع گزارش، بانک اطلاعاتی ثبت گزارش، مسئول ارائه گزارش و مسئول بررسی و تحلیل.

توجه ۱۶: پس از تعیین شاخص، دفتر پژوهش و بهبود بهره وری باید شناسنامه شاخص را به واحد آمار، برنامه بودجه جهت تعریف شاخص در سیستم DSR ارائه نماید.

توجه ۱۷: برای تعیین معیار پذیرش هر شاخص، اولویت اول الزام قانونی تعیین شده می باشد. در صورتی که الزام قانونی برای آن وجود نداشته باشد و امکان دسترسی به داده های پیشین برای آن شاخص مهیا باشد، می توان از میانگین داده ها دوره های زمانی متوالی جهت تعیین معیار پذیرش استفاده نمود و اگر داده های مرتبط با آن از دوره های پیشین جمع آوری نشده باشد، پس از سه دوره پایش، با نظر مالکان فرآیند و افرادی که در زمینه فرآیند دارای تجربه کافی می باشند، معیار پذیرش شاخص تعیین خواهد گردید.

توجه ۱۸: ذینفع سازمان شامل ذینفع درون سازمانی، بالادستی و مشتریان می باشد.

فعالیت ۵: ارزیابی عملکرد فرآیندها و تجزیه و تحلیل داده های فرآیندی

۷،۷. ورود داده و تهیه گزارش:

مالکان فرآیند موظف اند در موعد زمانی تعیین شده داده های مربوط به شاخص های فرآیندی را در سیستم DSR وارد نمایند. پس از ورود داده ها، دفتر آمار، برنامه بودجه موظف است گزارشی از نتایج پایش شاخص ها به دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ارائه نماید.

توجه ۱۹: در صورت عدم وجود شاخص فرآیندی در سیستم DSR مالکین فرآیندها موظف اند گزارشی از نتایج پایش شاخص های مربوط به فرآیندهای خود را به دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ارائه نمایند.

۷،۸. بررسی گزارش ها:

دفتر پژوهش و بهبود بهره وری پس از بررسی گزارش ها و تجزیه و تحلیل شاخص ها، در صورتی که شاخصی خارج از محدوده پذیرش باشد، لازم است بر اساس فرآیند مدیریت عدم انطباق و برنامه های اصلاحی در صورتی که در نتیجه این بررسی و تجزیه و تحلیل فرصتی برای بهبود شناسایی گردد موظف است بر اساس فرآیند مدیریت پیشنهادها اقدام نماید.

۷,۹. تهیه گزارش تجمیعی:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها و شناسایی عدم انطباق‌ها و فرصت‌های بهبود مرتبط با نتایج تحلیل، موظف است یک گزارش تجمیعی تهیه نماید. در این گزارش لازم است که عملکرد فرآیندهای مختلف با در نظر گرفتن ضریب تأثیر فرآیندها مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

توجه ۱۹: گزارش تهیه شده جهت ارائه در میزهای، جلسات بازنگری مدیریت و ارائه به ذینفعان قابل به کارگیری می‌باشد.

۸. پیوست‌ها:

- ۸/۱. نقشه فرآیند به کد سند F-۰۱۲-۱۶
- ۸/۲. ماتریس سلسله مراتب فرآیندی به کد سند F-۰۱۲-۱۷
- ۸/۳. فرم شناسنامه فرآیند به کد سند F-۰۱۲-۱۸
- ۸/۴. فرم شناسنامه فعالیت به کد سند F-۰۱۲-۱۹
- ۸/۵. فرم مدل فرآیند به کد سند F-۰۱۲-۲۰
- ۸/۶. فرم مدل فعالیت به کد سند F-۰۱۲-۲۱
- ۸/۷. فرم شناسنامه شاخص‌های فرآیند به کد سند F-۰۱۲-۲۲
- ۸/۸. جدول تأثیر ضریب فرآیندها به کد سند F-۰۱۲-۲۳

۹. سند درون سازمانی مرتبط

- ۹/۱. روش اجرایی بهبود سیستم‌ها، فعالیت‌ها و روش‌ها
- ۹/۲. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی)
- ۹/۳. دستورالعمل نظام مشارکتی (نظام پیشنهادها)

۱۰. تهیه کننده‌های سند:

- ۱۰/۱. رویا یعقوبی‌نژاد (رئیس گروه بهبود بهره‌وری)
- ۱۰/۲. الهام موجودی (کارشناس بهبود بهره‌وری)



بخش دوم: مدیریت مستندات و سوابق

۰. مقدمه:

شرکت آب و فاضلاب استان تهران با توجه به گستردگی بالایی که در محدوده تحت پوشش خود دارد می‌بایست با توجه به نقش اثرگذار یکسان‌سازی، ایجاد و کنترل مدارک و سوابق در بهبود و تعالی سازمانی، گامی مؤثر در راستای یکسان‌سازی مستندات ستاد و متحدسازی اتوماسیون اداری بردارد.

➤ جانمایی سند در ماتریس فرآیندی

فرآیند	گروه کسب‌وکار	حوزه کسب‌وکار
مدیریت مستندات سوابق	مدیریت کیفیت سازمانی	توسعه و مدیریت قابلیت‌های کسب‌وکار

۱. هدف:

هدف از تدوین این روش، تشریح چگونگی یکسان‌سازی، تدوین، شناسایی، دست‌یابی، نگهداری، بازنگری، امحا و حصول اطمینان از تحت کنترل بودن مدارک و سوابق سیستم مدیریت یکپارچه می‌باشد.

۲. دامنه کاربرد:

مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران.

۳. مراجع الزامی:

بند مرتبط / جزئیات	عنوان	سرفصل
بند ۷-۵ اطلاعات مدون	ISO ۹۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت کیفیت
بند ۷-۵ اطلاعات مدون	ISO ۱۴۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت زیست‌محیطی
بند ۷-۵ اطلاعات مدون	ISO ۴۵۰۰۱:۲۰۱۸	سیستم مدیریت ایمنی و بهداشت شغلی
بند ۲-۸ مستندسازی سیستم مدیریت بند ۳-۸ کنترل مستندات سیستم مدیریت بند ۴-۸ کنترل سوابق	ISO ۱۷۰۲۵:۲۰۱۷	سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی
بند ۸-۱ جمع‌آوری اطلاعات	ISO ۱۰۰۰۲:۲۰۱۴	سیستم رسیدگی به شکایت مشتریان
بند ۴-۵-۱ الزامات مستندسازی بند ۴-۵-۲ کنترل مدارک	ISO ۵۰۰۰۱:۲۰۱۱	سیستم مدیریت انرژی
-	-	آیین‌نامه و استانداردهای ملی
- شیوه‌نامه نحوه نگهداری میکروفیلم و امحا اسناد و مدارک مالی و تعرفه خدمات مربوطه (دیوان محاسبات کشور ۸۸) - دستورالعمل امحا اوراق (وزارت نیرو ۸۸)		سند ابلاغی بالادستی

۴. تعاریف:

- ۴,۱. **مدرک (Document):** سندی است که به صورت مرجع مورد استفاده قرار می گیرد.
- ۴,۲. **سابقه (Record):** سندی است که در آن نتایج به دست آمده از فعالیت ها ثبت می شود و شواهدی را دال بر انجام فعالیت ها نشان می دهد (سابقه می تواند الکترونیک و یا کاغذی باشد).
- ۴,۳. **راهنما / روش اجرایی (Procedure):** سندی است که راه و روشی مشخص جهت انجام یک فعالیت یا فرآیند را بیان می کند.
- ۴,۴. **دستورالعمل (Working Instruction):** سندی است که چگونگی انجام یک وظیفه خاص را توسط فرد یا افرادی، مشخص و تشریح می نماید.
- ۴,۵. **مستندات (Record & Document):** به مجموعه مدارک و سوابق گفته می شود.
- ۴,۶. **فرم:** سندی است که نتایج حاصل از فعالیت ها و یا شواهد انجام فعالیت در آن ثبت می گردد.
- ۴,۷. **سند درون سازمانی:** سندی است که در مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران تدوین و ابلاغ شده است.
- ۴,۸. **سند برون سازمانی:** مجموعه ای از استانداردهای جهانی، آیین نامه و استانداردهای ملی و همچنین سندهای ابلاغی بالادستی است.
- ۴,۸,۱. **استانداردهای جهانی:** منظور مجموعه استانداردهای ISO/IEC می باشد که در مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران استقرار یافته است.
- ۴,۸,۲. **آیین نامه و استاندارد ملی:** منظور مجموعه استانداردهای قابل کاربرد در مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران می باشد که از سوی مراجع ذیصلاح ابلاغ شده است که این مراجع شامل موارد ذیل می باشد:

www.isiri.org

• موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران

www.thmporg.ir

• سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان تهران

www.irandoe.org

• اداره کل حفاظت محیط زیست استان تهران

www.kar-tehran.ir

• اداره کل کار و امور اجتماعی استان تهران

www.bazresi.ir

• سازمان بازرسی کل کشور

۴,۸,۳. **سند ابلاغی بالادستی:** سندی است که از سوی سازمان های بالادستی جهت اجرا ابلاغ شده است که

این مراجع شامل موارد ذیل می باشد:

www.moe.org.ir

• وزارت نیرو

www.nwww.co.ir

• شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور

۴,۹. **سند منسوخ:** سندی است که به علت ایجاد یک سند جدید و یا حذف آن، منسوخ می گردد.

۵. تاریخچه تغییرات:

شماره ویرایش	تاریخ بازنگری	شماره بند	توضیحات / شرح تغییرات
۰۰	۹۸/۰۳/۱۸	-	ایجاد مدرک در طرح یکسان سازی مستندات شرکت
۰۱	۹۹/۰۳/۱۷	۳-۷	بازبینی محتوایی ایجاد/ تغییر / حذف سند از طریق حوزه تخصصی ستاد شرکت (جابه جایی بندهای ۷-۳ و ۷-۴)
		۴-۷	بازبینی محتوایی ایجاد/ تغییر / حذف سند از طریق کارگروه یکسان سازی مستندات شرکت
		۶-۷	بازبینی جدول تأیید کننده و تصویب کننده (توجه ۱۰) اضافه کردن توجه ۱۲ در زیربند ۷.۶.۶
		۷-۷	اضافه کردن توجه ۱۳ در بند ۷-۷
		۸-۷	بازبینی محتوایی ابلاغ مستندات

۶. مسئولیت ها:

۶/۱. مدیرعامل شرکت آبفای استان تهران: مسئول نظارت بر حسن اجرای این روش و همچنین صدور ابلاغ احکام مجری های طرح می باشد.

۶/۲. معاون برنامه ریزی و منابع انسانی آبفای استان تهران: مسئول نظارت بر حفظ یکپارچگی مجموعه سیستم های مدیریتی استقرار یافته در مجموعه شرکت می باشد.

۶/۳. مدیران عامل شرکت های زیرمجموعه آبفای استان تهران: به عنوان مجری طرح یکسان سازی مسئول تعیین کارگروه تخصصی، ابلاغ احکام مربوطه و نظارت بر فرآیند اجرا می باشند.

۶/۴. معاون برنامه ریزی و منابع انسانی شرکت های زیرمجموعه آبفای استان تهران: مسئول نظارت بر حفظ یکپارچگی مجموعه سیستم های مدیریتی استقرار یافته در مجموعه شرکت تحت سرپرستی می باشد.

۶/۵. مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره وری آبفای استان تهران: مسئول هماهنگی برای اجرای این روش و همچنین مسئول به روز رسانی در فضای اشتراکی، کد گذاری و ابلاغ مستندات می باشد.

۶/۶. مدیرهای دفتر پژوهش و بهبود بهره وری شرکت های زیرمجموعه آبفای استان تهران: به عنوان دبیر کارگروه تخصصی تحت سرپرستی مجری، مسئول کنترل دقیق سازوکار اجرایی این روش و انجام هماهنگی های لازم با دیگر کارگروه های تخصصی تشکیل شده در سطح شرکت، نگهداری و بایگانی مستندات مرتبط با کارگروه تحت سرپرستی و همچنین جاری سازی مستندات ابلاغی در شرکت تحت سرپرستی می باشد.

۶/۷. مجری های سیستم: مسئول اجرا و شناسایی، دستیابی، به روز رسانی قوانین و مقررات سیستم مدیریت مربوطه می باشد.

۶/۸. مالک فرآیند: مسئول شناسایی، دستیابی، به روزرسانی قوانین و مقررات فرآیند و همچنین به روزرسانی ادواری مستندات فرآیند تحت سرپرستی می باشد.

۶/۹. رابطین سیستم: مسئول جمع آوری و کنترل مستندات حوزه تحت پوشش و همکاری جهت ارائه به دفتر پژوهش و بهبود بهره وری می باشد.

۶/۱۰. کارشناس ممیزی امنیت اطلاعات: مسئول شناسایی، دستیابی، به روزرسانی قوانین و مقررات سیستم مدیریت امنیت اطلاعات می باشد.

۷. شرح اقدام:

فعالیت ۱: شناسایی و به روزرسانی مدارک برون سازمانی

۷.۱. شناسایی مدارک برون سازمانی:

مجری سیستم / مالک هر فرآیند به صورت مستمر نسبت به شناسایی مستندات برون سازمانی قابل کاربرد اقدام می نماید و در صورت شناسایی مدرک جدید، اقدام می نماید.

۷.۲. به روزرسانی مدارک برون سازمانی:

مدارک شناسایی شده با هماهنگی دفتر پژوهش و بهبود بهره وری شرکت تحت سرپرستی به "دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد استان" جهت ابلاغ و به روزرسانی "فهرست مستندات برون سازمانی" اعلام می گردد. هم چنین به صورت سالانه نیز نسبت به روزرسانی مستندات برون سازمانی موجود اقدام می گردد.

فعالیت ۲: تدوین / تغییر / حذف سند

تمامی پرسنل شرکت در صورت نیاز به تدوین / تغییر / حذف مستند نسبت به تکمیل فرم "درخواست تدوین / تغییر / حذف مستندات" اقدام نموده و پس از طی مراحل اداری از طریق دفتر پژوهش و بهبود بهره وری شرکت خود، نسبت به ارسال درخواست به دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد استان اقدام می نمایند. این دفتر نسبت به بررسی درخواست اقدام و در صورت تأیید موضوع، جهت نظر کارشناسی و اقدام به حوزه تخصصی در ستاد استان / کارگروه تخصصی یکسان سازی مستندات ارسال می گردد.

۷.۳. ایجاد / تغییر / حذف سند از طریق حوزه تخصصی ستاد شرکت:

در اکثر موارد حسب صلاح دید حوزه تخصصی ستاد آبفای استان تهران با هماهنگی دفتر پژوهش و بهبود بهره وری، سند در حوزه تخصصی ستاد تدوین / بازنگری / حذف می گردد.

۷.۴. تدوین / تغییر / حذف مستند از طریق کارگروه یکسان سازی مستندات شرکت:

در برخی موارد حسب نیاز و به تشخیص دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد، سند توسط کارگروه یکسان سازی تخصصی تدوین / بازنگری / حذف می گردد.

توجه ۳: کارگروه های یکسان سازی در سال ۹۴ بنابر ابلاغیه مدیریت عامل شرکت آب و فاضلاب استان تهران براساس "روش اجرایی تشکیل کمیسیون ها، کمیته ها و کارگروه های تخصصی و برگزاری جلسات" تشکیل گردید. مستند یکسان سازی شده پس از بررسی و تأیید توسط اعضای کارگروه به همراه صورت جلسه توسط رئیس کارگروه برای دفتر پژوهش و بهبود بهره وری آبفای استان تهران ارسال می گردد و از طریق آن دفتر مستند ابلاغ می گردد.

۷.۵. بازنگری مستندات:

تمامی مستندات سالانه مورد بازنگری قرار گرفته و در صورت نیاز به اصلاح، توسط حوزه تخصصی در ستاد استان / کارگروه تخصصی یکسان سازی مستندات و طی مراحل اعلام شده بازنگری شده و با شماره ویرایش جدید، منتشر می شوند.

توجه ۴: در صورت درخواست مدیران ارشد و یا ایجاد تغییر در رویه‌ها، دستورالعمل‌ها و فرم‌ها، می‌توان پس از تأیید حوزه تخصصی در ستاد استان/ کارگروه تخصصی یکسان‌سازی مستندات، قبل از دوره یک‌ساله به صورت موردی مستند را بازنگری نمود. در این مورد تکمیل فرم "درخواست تدوین/ تغییر/ حذف مستندات" الزامی می‌باشد.

توجه ۵: در ارتباط با گزارش‌های تدوین شده در قالب پروژه سیستم مدیریت امنیت اطلاعات نظیر گزارش‌های شناخت، گزارش‌های تست نفوذپذیری و غیره مستندات می‌بایست به تأیید شورای راهبری پروژه برسند.

توجه ۶: نسخه فیزیکی سوابق مربوط به تدوین/ بازنگری مستندات در دبیرخانه مدیریت کیفیت ستاد شرکت بایگانی می‌گردد.

۷/۶. ساختار مدارک درون سازمانی:

مستندات سیستم مدیریت یکپارچه بر پایه سه سطح مختلف می‌باشد.

سطح اول: شامل نظامنامه، خط‌مشی، چارت سازمانی و ... می‌باشد.

سطح دوم: شامل آیین‌نامه، روش اجرایی و دستورالعمل، راهنما و ... می‌باشد.

سطح سوم: شامل فرم‌ها، چک‌لیست‌ها و ... می‌باشد.

۷،۶،۱. **ساختار نظامنامه:** تا حد امکان مشابه ساختار مستندات سطح دوم می‌باشد و وجود فهرست در ابتدای آن الزامی است.

۷،۶،۲. **ساختار مستندات سطح دوم:** شامل موارد ذیل می‌باشد:

۰. **مقدمه:** انگیزه و دلیل تبیین را بیان می‌نماید و حاوی جدول جایگاه فرآیند می‌باشد.

فرآیند	گروه کسب و کار	حوزه کسب و کار

۱. **هدف:** موضوع و مقصود از تدوین سند را نشان می‌دهد.

۲. **دامنه کاربرد:** محدوده/ واحد/ گروه یا افرادی که موظف به استفاده از این سند می‌شوند را نیز مشخص می‌نماید.

۳. **مراجع الزامی:** شامل مراجع جهانی، آیین‌نامه و استاندارد ملی، سند ابلاغی بالادستی می‌باشد.

۴. **تعاریف:** معنی و مفهوم یک واژه، علامت، مفاهیم و یا اصطلاح خاص را که در سند آمده است و نیازمند توضیح بیش‌تر می‌باشد را بیان می‌نماید.

۵. **تاریخچه تغییرات:** جدولی است که بیانگر وضعیت ایجاد، تغییر و بازنگری سند می‌باشد.

۶. **مسئولیت‌ها:** مسئولیت‌های اصلی مرتبط با اجرای سند را مشخص می‌نماید.

۷. **شرح اقدام:** نحوه انجام فعالیت/ فرآیند و وظایف کارکنان مرتبط در یک فعالیت/ فرآیند را تشریح می‌نماید، این قسمت باید در صورت امکان به صورت فلوچارت ارائه گردد و مشخص نماید که چه کسی، چه فعالیتی را، کی، کجا و چرا باید انجام داده و نتایج آن در چه فرم/ سابقه‌ای ثبت می‌گردد.

۸. پیوست‌ها: فرم‌هایی است که در سند به آن‌ها ارجاع / اشاره شده و مبنای انجام کار می‌باشد را مشخص می‌نماید.

۹. سند درون‌سازمانی مرتبط: مستنداتی که در مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران تهیه و ابلاغ گردیده است.

۱۰. تهیه‌کننده‌های سند: کسانی که در تهیه سند نقش مؤثر داشته‌اند شامل: اعضا کارگروه یکسان‌سازی و یا افراد مستقل از کارگروه

توجه ۷: در صورتی که برخی از موارد فوق (بندها) مصداق نداشته باشد در آن قسمت عبارت " فاقد می‌باشد " ثبت خواهد شد. (مانند: فاقد پیوست می‌باشد)

۷/۶/۳. فرمت مستندات سطح دوم: شامل موارد ذیل می‌باشد:

- صفحه جلد که مواردی مانند نشان‌واره (لوگو) شرکت آب و فاضلاب استان تهران، نام سند، کد سند، تاریخ بازنگری، سطح محرمانگی، مشخصات تهیه‌کننده، تأیید کننده و تصویب کننده شامل نام و نام خانوادگی، سمت و امضا می‌باشد و به شکل زیر می‌باشد.

• Header: شامل لوگو شرکت، کد سند، سطح محرمانگی می‌باشد.

• Footer: شامل نام سند و شماره صفحه می‌باشد.

توجه ۸: صفحه رو جلد، فاقد Header و Footer می‌باشد.

توجه ۹: تدوین بخش نامه‌های داخلی، همانند دستورالعمل‌ها خواهد بود.

توجه ۱۰: جدول تأیید کننده و تصویب کننده به شکل زیر می‌باشد.

شرح	تأیید کننده			تصویب کننده
نام و نام خانوادگی				
سمت	مدیر حوزه تخصصی شرکت آبفای استان تهران	معاون / مدیریت تخصصی شرکت آبفای استان تهران	رئیس کمیته ساختار و فن آوری‌های مدیریتی شرکت آبفای استان تهران	مدیر عامل و رئیس هیئت مدیره شرکت آبفای استان تهران
امضا				
کد سند:	تاریخ بازنگری:			سطح محرمانگی: محرمانه / غیر محرمانه

۷/۶/۴. فرمت مستندات سطح سوم: شامل موارد ذیل می‌باشد:

• Header: شامل لوگو شرکت، نام فرم و نام شرکت می‌باشد.

• Footer: شامل کد سند، سطح محرمانگی و شماره صفحه می‌باشد.

۷/۶/۵. فونت مستندات: بر اساس جدول (۱) می‌باشد:

جدول ۱- اندازه و نوع فونت مستندات

عنوان	فونت	ضخامت	اندازه	وضعیت قرارگیری	رنگ زمینه	توضیحات
عنوان فرم	Bzar	Bold	۱۴	وسط چین Align center	سفید	-
سر تیتر جدول افقی / عمودی (فارسی)	Bzar	Bold	۱۲	وسط چین Align center	طوسی darker ۲۵%	-
سر تیتر جدول افقی / عمودی (لاتین)	Times New Roman	Bold	۱۱	وسط چین Align center	طوسی darker ۲۵%	-
محتوای جدول (فارسی)	Bzar	-	۱۲	وسط چین Align center	سفید	-
محتوای جدول (لاتین)	Times New Roman	-	۱۱	وسط چین Align center	سفید	-
عنوان های اصلی	Bzar	-	۱۴	-	سفید	-
عنوان های فرعی	Bzar	-	۱۲	-	سفید	-
متن	Bzar	-	۱۴	-	سفید	فاصله خطوط یک سانتیمتر

توجه ۱۱: چنانچه بنا به ضرورت تغییری در سایز فونت متن جدول ها صورت گرفت، بلامانع می باشد.

نحوه ترسیم فلوجارت ها با برنامه Visio: ۷/۶/۶

شروع	شروع
پایان	پایان
<div>اقدام کننده فعالیت</div> <div>نوع فعالیت</div>	فعالیت
<div>بررسی کننده شرط</div> <div>شرط؟</div>	شرط
عنوان فرم - کد فرم	فرم
یادداشت ۱	یادداشت

توجه ۱۲: استفاده از نمودار BPMN به جای فرمت نمودار شرح داده شده بلامانع می باشد.

۷،۷. کد گذاری مستندات:

کد گذاری مستندات توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری آبفای استان تهران بر اساس جدول‌های ۲ تا ۹ صورت می‌پذیرد.

جدول ۲- نحوه کد گذاری سند (XX) XXX-XX							
کاراکتر	۱	کلاس فاصله	۳ و ۲	۴	۶ و ۵	کلاس فاصله	۸ و ۷
معرف	نوع سند		حوزه فرآیند (۰۱-۱۰)	گروه فرآیند (۱-۹)	شمارنده سند (۰۱-۹۹)		شماره ویرایش درون پرانتز (۰۰-۹۹)

جدول ۳- نحوه کد گذاری فرآیند PID-XXXX					
کاراکتر	۲ و ۱	کلاس فاصله	۳ و ۴	۵	۶
معرف	نوع سند		حوزه فرآیند (۰۱-۱۰)	گروه فرآیند (۱-۹)	شماره فرآیند (۱-۹)

جدول ۴- نحوه کد گذاری فعالیت AID-XXXXXX						
کاراکتر	۲ و ۱	کلاس فاصله	۳ و ۴	۵	۶	۸ و ۷
معرف	نوع سند		حوزه فرآیند (۰۱-۱۰)	گروه فرآیند (۱-۹)	شماره فرآیند (۱-۹)	شماره فعالیت در فرآیند مربوطه

جدول ۵- نحوه کد گذاری مدل فرآیند BM-XXXX					
کاراکتر	۲ و ۱	کلاس فاصله	۳ و ۴	۵	۶
معرف	نوع سند		حوزه فرآیند (۰۱-۱۰)	گروه فرآیند (۱-۹)	شماره فرآیند (۱-۹)

جدول ۶- نحوه کد گذاری مدل فعالیت BM-XXXXXX						
کاراکتر	۲ و ۱	کلاس فاصله	۳ و ۴	۵	۶	۸ و ۷
معرف	نوع سند		حوزه فرآیند (۰۱-۱۰)	گروه فرآیند (۱-۹)	شماره فرآیند (۱-۹)	شماره فعالیت در فرآیند مربوطه

جدول ۷- نحوه کد گذاری شناسنامه فرآیند ID-XXXX (XX)							
کاراکتر	۲ و ۱	کلاس فاصله	۳ و ۴	۵	۶	کلاس فاصله	۸ و ۷
معرف	نوع سند		حوزه فرآیند (۰۱-۱۰)	گروه فرآیند (۱-۹)	شماره فرآیند (۱-۹)		شماره ویرایش درون پرانتز (۰۰-۹۹)

جدول ۸- نحوه کد گذاری شناسنامه شاخص / سنجه / ریسک ID-XX-XXX (XX)							
کاراکتر	۲ و ۱	کلاس فاصله	۳ و ۴	کلاس فاصله	۵	۶ و ۷ و ۸	۹ و ۱۰
شاخص	نوع سند		حوزه فرآیند (۰۱-۱۰)		I	شمارنده (۰۰۱-۹۹۹)	شماره ویرایش درون پرانتز (۰۰-۹۹)
سنجه					M		
ریسک					R		

جدول ۹- نحوه کد گذاری نوع سند

علامت اختصاری	نوع سند
P	راهنما/ روش اجرایی و آیین نامه
W	دستورالعمل
F	فرم/ تقویم/ چک لیست
M	نظامنامه/ سند
R	مدارک مرجع - بخش نامه ها (در شرایط ویژه نیاز به کدگذاری)
ID	فرآیند/ شناسنامه ها

توجه ۱۳: در مورد فرم های مرتبط با دستورالعمل های داخلی هر آزمایشگاه (خارج از فرم های ابلاغی پیوست راهنمای سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی) شماره شده سند مرتبط با جدول (۲) از عدد ۱۰۰ به بعد توسط آزمایشگاه هر شرکت کدگذاری می گردد.

۷/۸. ابلاغ مستندات:

دفتر پژوهش و بهبود بهره وری آبفای استان تهران با کنترل نهایی (ساختار و فرمت مستندات) و پس از کدگذاری و درج امضاهای مجاز نسبت به ابلاغ آن از طریق معاون برنامه ریزی و منابع انسانی ستاد شرکت اقدام می نماید. مستندات پس از ابلاغ در صورت غیرمحرمانه بودن فضای اشتراکی قرار خواهند گرفت. همچنین مستندات نیازمند پیاده سازی در سامانه اتوماسیون اداری به دفتر فناوری اطلاعات و ارتباطات ارجاع می گردد.

توجه ۱۴: پس از ابلاغ مستند، دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد استان علاوه بر فضای اشتراکی، فرم های "فهرست مستندات درون سازمانی"، "فهرست مدارک منسوخ" و ... را به روزرسانی می نماید.

فعالیت ۳: توزیع مستندات جدید و جمع آوری مستند منسوخ/ ویرایش قبلی

۷/۹. توزیع مستندات:

تمامی مستندات غیرمحرمانه با طبقه بندی داخلی به صورت فایل PDF تائید شده در فضای اشتراکی شرکت در اختیار تمامی کارکنان قرار خواهند گرفت و مستنداتی که ارزش اطلاعاتی ویژه برای شرکت دارند و محرمانه اعلام می گردند در واحد ویژه خود نگهداری می گردند.

آدرس فضای اشتراکی:

مستندات پروژه یکسان سازی \ سیستم مدیریت یکپارچه | ۱۹۲, ۱۶۸, ۱۴, ۲۰

توجه ۱۵: فرم ها/ چک لیست ها و ... که نیازمند ورود اطلاعات می باشند، علاوه بر فایل PDF به صورت فایل اصلی قابل ویرایش نیز در فضای اشتراکی قرار خواهد گرفت.

توجه ۱۶: پس از قرارگیری مستندات در فضای اشتراکی، دفتر پژوهش و بهبود بهره وری موظف است، مستندات تغییر داده شده را به اطلاع واحد مربوطه برساند.

توجه ۱۷: به منظور تحت کنترل نگه داشتن مستندات سیستم و هم چنین جلوگیری از دسترسی های غیرمجاز، استفاده و دسترسی های درست کارمندان به مدارک تهیه شده، سطح محرمانگی اطلاعات می بایست متناسب با ارزش، نیازهای قانونی، حساسیت و بحرانی بودن آنها، اعلام گردد.

توجه ۱۸: مرکز فن آوری اطلاعات و ارتباطات می بایست از مستنداتی که به صورت الکترونیکی نگهداری می شوند، نسخه پشتیبان را بر اساس "روش اجرایی نسخه پشتیبان" تهیه نماید.

۷/۱۰. جمع آوری مستندات منسوخ:

مستندات منسوخ موجود در فضای اشتراکی توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد استان جمع آوری و در فایل مخصوص نگهداری می گردد. نسخه فیزیکی مستندات منسوخ (مربوط به مستنداتی که حذف شده اند) و مستند با ویرایش قبلی (مستنداتی که بازنگری شده اند) توسط رابطین سیستم در سطح شرکت جمع آوری و تا زمانی که مالک فرآیند لازم می داند نگهداری می شود.

فعالیت ۴: نگهداری و کنترل سوابق

۷/۱۱. شناسایی سوابق:

سوابق به صورت مکتوب (کاغذی) و یا نرم افزاری می باشند. سوابق مرتبط با هر دستورالعمل یا روش اجرایی در بند ۸ (پیوست ها) اعلام می گردد و تمامی سوابق حاصل از تکمیل فرم ها و ... بر اساس موارد مندرج در فرم "شناسایی و نگهداری سوابق" قابل شناسایی / بایگانی می باشد.

۷/۱۲. نگهداری سوابق:

۷/۱۲،۱. نگهداری سوابق غیر فیزیکی (سیستمی):

سوابق غیر فیزیکی (سیستمی) که در کامپیوتر کاربران نگهداری می گردد، مطابق فرم "شناسایی و نگهداری سوابق" آدرس دهی دقیق می گردد.

۷/۱۲،۲. نگهداری سوابق فیزیکی:

چیدمان و دسترسی به زونکن ها و سوابق موجود در آنها می بایست به گونه ای باشد که به سرعت قابل دست یابی باشند. بدین منظور ترتیب بایگانی سوابق جهت باز یابی بهتر، بر اساس تاریخ تکمیل فرم و در مورد فرم هایی که دارای شماره سریال هستند، بر اساس شماره سریال خواهد بود. هم چنین زونکن ها بر اساس یک ساختار ۷ عنصری و به قرار ذیل با توجه به شماره اتوماسیون واحدها، کد گذاری می گردند:

*** - ***** - **

- قسمت اول: شامل دو عدد می باشد که معرف سال تشکیل زونکن می باشد.
- قسمت دوم: یک عدد ۵ رقمی می باشد که معرف کد واحد سازمانی است.
- قسمت سوم: یک عدد دورقمی می باشد که معرف شماره زونکن می باشد و به ترتیب برای هر واحد از شماره ۰۱ شروع می گردد.

توجه ۱۹: استفاده از کد زونکن اعلام شده الزامی نمی باشد و مدیر و یا رابط هر واحد، مجاز است که ترتیب بایگانی سوابق را بر اساس دسته بندی های دیگری که به سهولت بازیابی کمک می کند، تعریف نماید (مانند ترتیب حروف الفبا یا سایر کدهای معرفی شده در واحد ذی ربط).

۷،۱۳. حفاظت سوابق:

نگهداری سوابق فیزیکی می بایست به نحوی صورت پذیرد که تمام سوابق بنا بر حساسیت آنها به طور مناسب فایل شده و در محیط اداری نگهداری شوند و کنترل های محیطی خاص برای اجتناب از تخریب، زوال، یا از بین رفتن مشخص شده باشند و فقط افراد مجاز به دسترسی به سوابق که در "فرم شناسایی و نگهداری سوابق" معرفی شده اند، قادر به دسترسی به آنها بوده و از هر گونه خدشه، آسیب، محو شدن، دست کاری و مصون بمانند. از آنجا که سوابق و نامه های فاکس شده، خدشه پذیر می باشد، لازم است تصویر و یا اسکن این گونه سوابق نگهداری گردد. هم چنین این سوابق به صورتی نگهداری می شوند که به سهولت قابل بازیابی بوده و در آینده قابل تشخیص و خوانا باشند.

۷،۱۴. کنترل زمان نگهداری و تعیین تکلیف سوابق:

مدت زمان نگهداری هر سابقه در فرم "شناسایی و نگهداری سوابق" درج گردیده است. مالک هر فرآیند هر سال نسبت به بررسی مدت زمان نگهداری سوابق اقدام می نماید. سوابقی که مدت زمان نگهداری آنها از مدت زمان نگهداری قید شده در جدول ثبت سوابق گذشته است، به مجری سیستم مربوطه اعلام و در خصوص تمدید مدت زمان نگهداری و یا نحوه تعیین تکلیف آنها بر اساس "روش اجرایی امحاء" تعیین تکلیف می گردد.

توجه ۲۰: حداقل زمان نگهداری سوابق فیزیکی معادل ۳ سال از تاریخ صدور خواهد بود، مگر این که به طور خاص مشخص شده باشند.

توجه ۲۱: سوابقی که غیر فیزیکی (سیستمی) نگهداری می گردند، فاقد زمان نگهداری هستند و حداقل ۱۰ سال در سیستم حفظ و نگهداری می گردند.

توجه ۲۲: سوابق مربوط به مشتریان برای مدت توافق شده و برای هر قرارداد مشتری، حفظ می گردد.

توجه ۲۳: سوابق مربوط به پیمانکاران فرعی، همان طور که در قرارداد مشخص شده است، بنا بر نیاز می بایست حفظ و نگهداری گردد.

توجه ۲۴: سوابق مربوط به ممیزی های داخلی و بازنگری های مدیریت حداقل تا ۳ سال در دفتر پژوهش و بهبود بهره وری و مجری سیستم مربوطه نگهداری شوند.

توجه ۲۵: خدشه دار نمودن سابقه به هیچ وجه قابل قبول نخواهد بود و این گونه سوابق از درجه اعتبار ساقط می باشند، لذا مدیران واحدها و سایر تائید کننده های سابقه به این موضوع باید توجه داشته باشند.

توجه ۲۶: مسئولیت در دسترس قرار دادن آخرین ویرایش فرم خام سوابق به عهده مالک فرآیند مربوطه می باشد.

۸. پیوست‌ها:

- ۸/۱. فهرست مستندات درون‌سازمانی به کد سند F-۰۱۲-۲۵
- ۸/۲. فهرست مستندات برون‌سازمانی به کد سند F-۰۱۲-۲۶
- ۸/۳. فرم شناسایی و نگه‌داری سوابق به کد سند F-۰۱۲-۲۷
- ۸/۴. فهرست مدارک منسوخ به کد سند F-۰۱۲-۲۸
- ۸/۵. فرم درخواست تدوین/تغییر/حذف مستندات به کد سند F-۰۱۲-۲۹

۹. سند درون‌سازمانی مرتبط:

- ۹/۱. روش اجرایی تشکیل کمیسیون‌ها، کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی و برگزاری جلسات
- ۹/۲. روش اجرایی امحاء

۱۰. تهیه‌کننده‌های سند:

- ۱۰/۱. رویا یعقوبی‌نژاد (رئیس گروه بهبود بهره‌وری)
- ۱۰/۲. الهام موجودی (کارشناس بهبود بهره‌وری)



بخش سوم: ممیزی داخلی سیستم‌ها

۰. مقدمه:

پس از استقرار هر سیستم مدیریتی، ممکن است به دلیل عادت و یا عدم پویایی به تدریج الزامات سیستم دچار عدم انطباق گردند و کارکنان شرکت از مسیر اصلی خارج شوند. ممیزی به عنوان یک ابزار اثربخش و قابل اعتماد جهت پشتیبانی از خط مشی و کنترل مدیریتی است که اطلاعاتی را فراهم می سازد تا بر مبنای آن ها سازمان بتواند عملکرد خود را بهبود بخشد. پیروی از این اصول یک پیش نیاز ضروری برای دستیابی به نتیجه نهایی ممیزی است و هم چنین ممیزها را قادر می سازد تا ضمن کار مستقل به نتیجه های مشابهی دست یابند. ممیزی کردن بر پایه و اصول مشخصی استوار می باشد. در این بخش به چگونگی برنامه ریزی و نحوه انجام آن بر اساس فرآیند تدوین شده در مدل فرآیندی حوزه های کسب و کار اشاره می شود. این فرآیند شامل شناسنامه فرآیند، شناسنامه فعالیت ها، فرم های مربوطه، شاخص های فرآیندی و مدل فرآیند با استفاده از زبان مدل سازی BPMN می باشد که بر اساس روش اجرایی بهبود سیستم ها، فعالیت ها و روش ها تهیه شده است.

➤ جانمایی در ماتریس فرآیندی

فرآیند	گروه کسب و کار	حوزه کسب و کار
ممیزی داخلی سیستم ها	مدیریت ریسک، انطباق و برنامه های اصلاحی	توسعه و مدیریت قابلیت های کسب و کار

۱. هدف:

اطمینان از کفایت و پایش عملکرد سیستم مدیریت یکپارچه در انطباق با الزامات استانداردهای مرجع سیستم مدیریت یکپارچه

۲. دامنه کاربرد:

مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران

۳. مراجع الزامی:

بند مرتبط / جزییات	عنوان		سرفصل
بند ۹-۲ ممیزی داخلی	ISO ۹۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت کیفیت	استانداردهای جهانی
بند ۹-۲ ممیزی داخلی	ISO ۱۴۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت زیست محیطی	
بند ۹-۲ ممیزی داخلی	ISO ۴۵۰۰۱:۲۰۱۸	سیستم مدیریت ایمنی	
بند ۸-۸ ممیزی داخلی	ISO ۱۷۰۲۵:۲۰۱۷	سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی	
بند ۸-۵ ممیزی داخلی	ISO ۱۰۰۰۲:۲۰۱۴	سیستم رسیدگی به شکایت مشتریان	
بند ۴-۶-۳ ممیزی داخلی	ISO ۵۰۰۰۱:۲۰۱۱	سیستم مدیریت انرژی	
بند ۹-۴ ممیزی داخلی	ISO ۲۹۹۹۰:۲۰۱۰	سیستم مدیریت آموزش	
-	-	-	آیین نامه و استانداردهای ملی
-	راهنمای ممیزی داخلی آزمایشگاه های شرکت آب و فاضلاب ابلاغی شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور		سند ابلاغی بالادستی

۴. تعاریف:

- ۴/۱. **ممیزی (Audit):** فرایندی سیستماتیک، مستقل و مدون به منظور به دست آوردن شواهد ممیزی و ارزیابی عینی آن برای تعیین میزان برآورده شدن معیارهای ممیزی.
- ۴/۲. **معیارهای ممیزی (Audit criteria):** الزامات استاندارد، خط‌مشی‌ها، فرآیندها، روش‌های اجرایی و الزامات قانونی که به عنوان مرجع در ممیزی مورد استفاده واقع می‌شود.
- ۴/۳. **شواهد ممیزی (Audit Evidence):** سوابق، بایانه‌ها یا دیگر اطلاعات که مرتبط با معیارهای ممیزی و قابل تصدیق می‌باشند.
- ۴/۴. **یافته‌های ممیزی (Audit Findings):** حاصل مشاهدات و بررسی‌ها و ثبت آن‌ها به منظور تعیین کفایت یا عدم کفایت انطباق محصول، فرآیند و یا مشخصه‌های روش اجرایی نسبت به استاندارد تعیین شده می‌باشد.
- ۴/۵. **ممیز (Auditor):** شخص واجد صلاحیت و آموزش‌دیده که مستقل از فعالیت‌های مورد ممیزی، ممیزی را انجام می‌دهد.
- ۴/۶. **ممیزی شونده (Auditee):** سازمان، واحد یا فردی که مورد ممیزی قرار می‌گیرد.
- ۴/۷. **انطباق (Conformity):** برآورده شدن یک الزام یا نیازمندی مشخص شده.
- ۴/۸. **عدم انطباق (Nonconformity):** برآورده نشدن یک الزام یا نیازمندی مشخص شده.
- ۴/۹. **عدم انطباق بارز (Major Nonconformity):** فقدان مستندات یک الزام یا عدم اجرای کامل آن
- ۴/۱۰. **عدم انطباق خرد (Minor Nonconformity):** فقدان بخشی از مستندات یک الزام یا عدم اجرای بخشی از یک الزام استاندارد
- ۴/۱۱. **مشاهده (Observation):** سوابق، بیان واقعیات یا دیگر اطلاعات مربوط به معیارهای ممیزی و قابل تصدیق که امکان ارائه پیشنهادهای بهبود را فراهم می‌کند.
- ۴/۱۲. **ممیز داخلی (Internal Auditor):** فرد واجد شرایط که بر اساس سوابق، تجربه و تحصیلات مرتبط جهت انجام ممیزی تمامی یا بخشی از ممیزی فعالیت‌ها انتخاب می‌شود.
- ۴/۱۳. **سرپرست تیم ممیزی (Internal Audit Team Leader):** ممیز ارشدی است که مدیریت ممیزی داخلی گروه تحت سرپرستی خود را عهده‌دار می‌باشد.
- ۴/۱۴. **سر ممیز (Lead Auditor):** ممیز ارشدی است که مدیریت ممیزی داخلی را عهده‌دار می‌باشد.

۵. تاریخچه تغییرات:

شماره ویرایش	تاریخ	شماره بند	توضیحات
۰۰		-	ایجاد مدرک در طرح یکسان سازی مستندات شرکت
۰۱	۹۸/۰۹/۰۵	۲-۷	توجه ۳ و ۴ اصلاح تعداد جلسات بازنگری مدیریت از ۲ بار در سال به یک بار
		۲-۷	توجه ۵- اصلاح تعداد ممیزی داخلی از دو بار در سال به یک بار
		۲-۷	اصلاح تیم ممیزی
		۴-۷	اصلاح واژه
		۵-۷	اصلاح متن توجه ۱۰
		۶-۷	اصلاح واژه و اعلام اسکوپ ممیزی
		۸-۷	توجه ۱۳- اصلاح تایید فرم ثبت شواهد ممیزی
		۹-۷	حذف زمان توزیع فرم ارزیابی ممیزی
		۱۰-۷	اصلاح ابلاغ کننده گزارش ممیزی
		۸	پیوست ها- بازنگری فرم تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه

۶. مسئولیت ها:

۶/۱. معاون برنامه ریزی: مسئول نظارت بر حسن اجرای این روش می باشد.

۶/۲. مجری سیستم مدیریت: مسئول همکاری با دفتر پژوهش و بهبود بهره وری به منظور تنظیم برنامه ممیزی داخلی و انجام فرآیند ممیزی تخصصی در حوزه خود می باشد.

۶/۳. مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره وری: مسئول تنظیم برنامه ممیزی و انجام آن و تعیین تیم ممیزی می باشد.

۶/۴. رابط سیستم مدیریت یکپارچه در واحدها: مسئول اطلاع رسانی مناسب و هماهنگی در زمان برگزاری ممیزی و هم چنین پیگیری رفع عدم انطباق های واحد خود می باشد.

۶/۵. مسئول دبیرخانه های سیستم مدیریت: هر یک از مجری های سیستم مدیریت در زیرمجموعه خود نسبت به تشکیل دبیرخانه سیستم مدیریت مربوطه اقدام و به معاون برنامه ریزی اعلام می نمایند. دبیرخانه فوق ملزم به نگه داری تمامی سوابق ممیزی و اقدام اصلاحی مربوطه و هم چنین هماهنگی با دفتر پژوهش و بهبود بهره وری، جهت درج مستندات در شبکه داخلی شرکت می باشد.

۷. شرح اقدام:

فعالیت ۱: تعیین الزامات و تقویم سالانه

۷/۱. بهروزرسانی الزامات:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان در هفته اول اردیبهشت نسبت بهروزرسانی / تعیین ارتباط بین فرآیندها و ساختار سازمانی و الزامات استانداردهای سیستم مدیریت یکپارچه با توجه به جدول شماره ۱ پیوست بخش چهارم اقدام می‌نماید.

۷/۲. تهیه تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه:

در هفته اول اردیبهشت ماه هر سال، دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری با هماهنگی سایر مجری‌های سیستم نسبت به تهیه "تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" پیشنهادی اقدام می‌نماید. در این تقویم باید زمان انجام ممیزی‌های داخلی و زمان برگزاری جلسات بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه تعیین گردد. تقویم تهیه شده به منظور تأیید و ابلاغ به ترتیب به معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و مدیرعامل ارائه می‌گردد.

توجه ۱: در صورتی که برنامه زمان‌بندی توسط معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی مورد تأیید قرار نگیرد، باید توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری اصلاح و مجدداً تنظیم گردد.

توجه ۲: یک نسخه از "تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" تکمیل شده شرکت‌های زیرمجموعه آبفای استان تهران می‌بایست به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد ارسال گردد.

توجه ۳: دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان موظف است علاوه بر تعیین زمان یک جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه خود، زمان جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت را که یک‌بار در سال برگزار می‌گردد نیز تعیین نماید. زمان این جلسه پس از تأیید معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و مدیرعامل، می‌بایست توسط مدیرعامل ستاد استان به شرکت‌های زیرمجموعه و واحدهای سازمانی ابلاغ گردد.

توجه ۴: جلسه‌های بازنگری مدیریت هریک از شرکت‌ها یک‌بار در سال انجام می‌گردد.

توجه ۵: ممیزی داخلی سالانه یک‌بار بر اساس زمان تعیین شده در "تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" انجام می‌گردد.

فعالیت ۲: عضویت در تیم ممیزی داخلی

۷/۳. تقاضا برای عضویت در تیم ممیزی داخلی:

در صورتی که فردی تقاضای عضویت در تیم ممیزی داخلی شرکت را داشته باشد، نسبت به تکمیل فرم "درخواست عضویت در تیم ممیزی داخلی" اقدام نموده و به همراه مستندات موردنیاز به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری محل خدمت تحویل می‌نماید.

در صورتی که افراد دوره ممیزی داخلی سیستم‌های مدیریتی استقرار یافته را آموزش دیده و دارای صلاحیت‌های زیر باشند، دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری نسبت به صدور "حکم ممیز داخلی" آن‌ها اقدام می‌نماید.

۷/۳/۱. شرایط احراز ممیزی داخلی:

- الف) آشنایی با فرآیندهای سازمان (حداقل دو سال سابقه کار)
- ب) دارای گواهینامه معتبر ممیزی داخلی هریک از سیستم‌ها (حسب نیاز)
- ج) سابقه فعالیت‌های مرتبط با سیستم (که می‌تواند شامل فعالیت‌های مشاوره در خارج از شرکت آب و فاضلاب، عضویت در کمیته‌ها و کارگروه‌های مرتبط با پیاده‌سازی و اجرای سیستم)

۷/۳/۲. شرایط احراز سر ممیزی:

- الف) دارای گواهینامه معتبر سرممیزی هر یک از سیستم‌ها
- ب) دارای حداقل پنج سال سابقه کار در صنعت آب و فاضلاب
- ج) دارای حداقل ۴۰ نفر روز تجربه ممیزی داخلی
- توجه ۶:** حکم ممیزی داخلی پرسنل هر شرکت توسط مدیرعامل همان شرکت ابلاغ می‌گردد. سپس، حکم و مستندات مربوطه به منظور به‌روزرسانی لیست "مشخصات ممیزی‌های داخلی سیستم مدیریت یکپارچه" به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان ارسال می‌گردد.
- توجه ۷:** مسئولیت به‌روزرسانی لیست "مشخصات ممیزی‌های داخلی سیستم مدیریت یکپارچه" بر عهده دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان می‌باشد و آخرین نسخه آن همواره در فضای اشتراکی موجود است.

فعالیت ۳: درخواست ممیزی خارج از برنامه**۷/۴. ممیزی خارج از برنامه:**

- بنا بر مصوبات هیئت‌مدیره، شورای معاونین و جلسات بازرنگری مدیریت و یا درخواست مدیرعامل، معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و مجریان سیستم می‌توان ممیزی خارج از برنامه برگزار نمود. این درخواست بر اساس فرم "درخواست ممیزی خارج از برنامه" به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه و بررسی می‌گردد.
- توجه ۸:** پس از بررسی درخواست، در صورت عدم موافقت مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری با درخواست، به فرد/واحد درخواست‌کننده اعلام می‌گردد. در صورتی که با درخواست موافقت گردد، دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری موظف به برنامه‌ریزی جهت انجام ممیزی می‌باشد.

فعالیت ۴: برنامه‌ریزی ممیزی داخلی**۷/۵. انتخاب تیم ممیزی داخلی:**

- در ممیزی‌های داخلی برنامه‌ریزی‌شده، تیم ممیزی یک ماه پیش از سررسید زمان ممیزی داخلی توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری از لیست "مشخصات ممیزی‌های داخلی سیستم مدیریت یکپارچه" تعیین می‌گردد.
- توجه ۹:** بدیهی است که سرممیز می‌تواند به‌عنوان سرپرست تیم و یا ممیز انجام‌وظیفه نماید و همچنین سرپرست تیم می‌تواند به‌عنوان ممیز در فرآیند ممیزی داخلی شرکت نماید.

توجه ۱۰: در انتخاب تیم ممیزی داخلی هر شرکت، اولویت اول با ممیزهای داخلی شاغل در همان شرکت می باشد. حداقل یک نفر از اعضای تیم ممیزی می بایست از ستاد استان تهران انتخاب گردد. در صورت نیاز امکان استفاده از ظرفیت ممیز سایر شرکت های زیرمجموعه میسر می باشد. وظیفه مکاتبه و هماهنگی با ممیزهای انتخاب شده از ستاد استان تهران و سایر شرکت های زیرمجموعه بر عهده دفتر پژوهش و بهبود بهره وری همان شرکت می باشد.

توجه ۱۱: سرممیز هر شرکت حتماً باید از اعضای شاغل در همان شرکت انتخاب گردد.

توجه ۱۲: جبران خدمات ممیزی انجام شده مطابق با ضوابط اجرایی تعیین شده بر عهده شرکت دریافت کننده خدمت می باشد.

توجه ۱۳: در صورت استفاده از خدمات برون سپاری برای فرآیند ممیزی داخلی نیروهای خدمات دهنده به عنوان نیروی داخلی همان شرکت تلقی می گردند.

۷/۶. تدوین و ابلاغ برنامه ممیزی داخلی:

در ممیزی های داخلی، برنامه ممیزی داخلی توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره وری با حضور اعضا تیم ممیزی حداقل ۳ هفته قبل از سررسید زمان ممیزی داخلی تعیین و بر اساس آن فرم "برنامه ممیزی داخلی سیستم مدیریت یکپارچه" تکمیل می گردد. این برنامه پس از بررسی و تأیید توسط مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره وری و معاون برنامه ریزی و منابع انسانی، توسط مدیرعامل به تمام واحدهای شرکت ابلاغ می گردد (محدوده ممیزی شامل تمامی واحدها و فرآیندهای شرکت در محدوده اسکوپ تعریف شده می باشد).

توجه ۱۴: در برنامه ممیزی، ممیزها حق اجرای ممیزی واحد/ فرآیند خود را ندارند. (استقلال از واحدهای ممیزی)

توجه ۱۵: برای ممیزی هر واحد/ فرآیند یک یا چند ممیز به عنوان تیم ممیزی معرفی می شوند و شماره تیم و نام اعضا در برنامه ثبت می گردد. اولین عضو معرفی شده به انتخاب سرممیز به عنوان سرپرست تیم فرعی تلقی می گردد.

۷/۷. به روزرسانی چک لیست ممیزی داخلی:

تیم ممیزی باید پیش از انجام ممیزی داخلی از طریق مطالعه مدارک لازم برای انجام ممیزی آمادگی پیدا کند. چک لیست های ممیزی بر اساس الزامات عناصر ذی ربط استاندارد توسط تیم ممیزی تهیه می گردد و در صورت وجود چک لیست، با توجه به مدارک و سوابق گزارش های ممیزی های قبل در صورت نیاز مورد بازبینی قرار می گیرد.

توجه ۱۶: براساس رهنمود گروه ممیزی آزمایشگاه های شرکت آب و فاضلاب ابلاغی شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور، تیم ممیزی سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی از متخصصین با رشته مرتبط هر آزمایشگاه انتخاب می شود و ممیزها بایستی دوره های آموزشی ممیزی ۱۷۰۲۵ را گذرانده و دارای گواهینامه باشند. ممیزی می تواند بنا به صلاح دید مجری آن سیستم مطابق با "تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" به صورت مستقل برگزار گردد. همچنین داده و شواهد ممیزی بر مبنای استاندارد مربوطه در دو چک لیست "ممیزی داخلی" و "جمع آوری شواهد عینی روش آزمون" تکمیل می گردد.

فعالیت ۵: انجام ممیزی داخلی و ارائه گزارش

۷،۸. برگزاری ممیزی:

۷،۸،۱. در شروع هر نوبت ممیزی داخلی، جلسه افتتاحیه توسط تیم ممیزی و با حضور مدیران ارشد و مجری‌های سیستم مدیریت یکپارچه با ریاست معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی برگزار می‌گردد و نتیجه آن در فرم "صورت-جلسه" ثبت می‌گردد.

توجه ۱۷: در تمام طول انجام ممیزی، مدیر واحد یا رابط سیستم باید با اعضای تیم ممیزی همراه بوده و در جریان مشاهدات قرار گیرد. در هر حال مدیر هر واحد پاسخگویی اقدام‌های انجام‌شده در واحد تحت سرپرستی می‌باشد.

توجه ۱۸: تمامی مشاهدات و نتایج به‌دست‌آمده در جریان ممیزی در همان روز و در حضور ممیزی شونده، در فرم "ثبت شواهد ممیزی داخلی" ثبت‌شده و در صورت امکان توسط ممیز به تأیید ممیزی شونده و سرپرست تیم ممیزی می‌رسد.

۷،۸،۲. ممیز موظف است بر اساس شواهد ثبت و تأیید شده نسبت به تکمیل "چک‌لیست ممیزی داخلی" و درج نتیجه به یکی از چهار صورت زیر و همچنین توضیحات و مشاهدات اقدام نماید.

- Ok
- Observation (obs)
- Minor (min)
- Major (maj)

سرپرست تیم ممیزی داخلی موظف است ظرف مدت حداکثر ۲۴ ساعت پس از انجام ممیزی هر واحد، نسبت به جمع‌بندی یافته‌های ممیزی، کنترل/ تکمیل نهایی "چک‌لیست ممیزی داخلی" و ارائه آن به سرممیز اقدام نمایند.

توجه ۱۹: مسئولیت تأیید چک‌لیست‌ها بر عهده سرممیز می‌باشد.

۷،۸،۳. سرممیز موظف است نتیجه نهایی ممیزی داخلی را حداکثر ظرف مدت یک هفته پس از پایان هر نوبت ممیزی داخلی در فرم "گزارش ممیزی داخلی" تنظیم نماید.

۷،۸،۴. مطابق با زمان تعیین‌شده در "برنامه ممیزی داخلی سیستم مدیریت یکپارچه"، جلسه اختتامیه با حضور مدیران ارشد و مجری‌های سیستم مدیریت یکپارچه با ریاست معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی برگزار می‌گردد، موارد ذیل توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه و نتیجه آن در فرم "صورت‌جلسه" ثبت می‌گردد.

✓ گزارش روند اجرای ممیزی

✓ ارائه هرگونه توصیه در مورد بهبود روند ممیزی داخلی در نوبت‌های آتی

✓ نتایج کلیدی و آماری از یافته‌های ممیزی داخلی

✓ تحلیل مقایسه‌ای از ممیزی داخلی صورت گرفته

مدیرعامل نتیجه گزارش ممیزی را به تمامی واحدهای ممیزی شونده ابلاغ می‌نماید.

فعالیت ۶: ارزیابی عملکرد ممیزی داخلی

۷.۹. ارزیابی عملکرد ممیزی داخلی:

پس از پایان هر نوبت ممیزی داخلی، دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری اقدام به توزیع فرم "ارزیابی عملکرد ممیزی داخلی" به حوزه‌های ارزیابی شده می‌نماید. هر یک از حوزه‌ها با توجه به شاخص‌های معین شده در فرم، ممیزی داخلی مرتبط با واحد خود را ارزیابی نموده و نتایج را به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری اعلام می‌نماید. دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری با توجه به نظرات اخذ شده اقدام به تکمیل فرم می‌نماید. از نتایج حاصل در انتخاب تیم ممیزی در دوره‌های آتی استفاده خواهد شد.

توجه ۴۰: ارزیابی عملکرد ممیزی داخلی در پایان هر نوبت ممیزی داخلی سازمان انجام می‌شود و مهلت پاسخ به آن توسط ممیزی شونده حداکثر یک هفته در نظر گرفته شده است.

فعالیت ۷: اجرای اقدامات لازم و جمع‌بندی

۷.۱۰. ابلاغ گزارش ممیزی داخلی:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری پس از دریافت گزارش ممیزی گزارش مربوطه را به معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و مدیرعامل ارائه می‌نماید. مدیرعامل یا نماینده مورد تایید ایشان گزارش ممیزی را به واحدهای ممیزی شونده ابلاغ می‌نماید.

۷.۱۱. برنامه‌های اصلاحی ممیزی داخلی:

هر یک از واحدهای ممیزی شونده پس از دریافت گزارش مربوط به واحد خود، گزارش مربوطه را بررسی می‌نمایند.

۷.۱۱.۱. در موارد شناسایی شده تحت عنوان "فرصت بهبود" در گزارش ممیزی داخلی، ممیزی شونده/ممیز موظف است حداکثر ظرف مدت دو هفته پس از ابلاغ گزارش ممیزی داخلی، نسبت به تکمیل و ارسال فرم مربوط به ثبت پیشنهاد بر اساس فرآیند نظام پیشنهادها اقدام نماید. توصیه می‌شود، پیشنهاد فوق حتی‌المقدور به صورت گروهی ثبت گردد.

۷.۱۱.۲. در موارد شناسایی شده تحت عنوان "عدم انطباق" در گزارش ممیزی داخلی، ممیزی شونده موظف است حداکثر ظرف مدت سه روز پس از ابلاغ گزارش ممیزی داخلی، نسبت به تکمیل و ارسال فرم مربوط به ثبت عدم انطباق بر اساس فرآیند "مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی" اقدام نماید.

۷.۱۱.۳. دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری نتایج را بررسی می‌نماید و در صورتی که اقدامی در لیست پیگیری اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود ثبت نشده باشد، اقدام به ثبت آن می‌نماید. این دفتر مسئولیت جمع‌بندی نتایج ممیزی‌های داخلی و تدوین گزارش تجمیعی ممیزی داخلی جهت طرح در جلسه بازنگری مدیریت را به عهده دارد.

۸. پیوست‌ها

- ۸/۱. تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه به کد سند F-۰۱۴-۰۱
- ۸/۲. فرم درخواست ممیزی خارج از برنامه به کد سند F-۰۱۴-۰۲
- ۸/۳. فرم درخواست عضویت در تیم ممیزی داخلی به کد سند F-۰۱۴-۰۳
- ۸/۴. فرم حکم ممیز/سر ممیز داخلی به کد سند F-۰۱۴-۰۴
- ۸/۵. مشخصات ممیزهای داخلی سیستم مدیریت یکپارچه به کد سند F-۰۱۴-۰۵
- ۸/۶. برنامه ممیزی داخلی سیستم مدیریت یکپارچه به کد سند F-۰۱۴-۰۶
- ۸/۷. فرم ثبت شواهد ممیزی داخلی به کد سند F-۰۱۴-۰۷
- ۸/۸. چک‌لیست ممیزی داخلی به کد سند F-۰۱۴-۰۸
- ۸/۹. فرم گزارش ممیزی داخلی به کد سند F-۰۱۴-۰۹
- ۸/۱۰. فرم ارزیابی عملکرد ممیز داخلی به کد سند F-۰۱۴-۱۰

۹. سند درون‌سازمانی مرتبط

- ۹/۱. روش اجرایی برگزاری جلسات
- ۹/۲. دستورالعمل نظام مشارکتی (نظام پیشنهادها)
- ۹/۳. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی)
- ۹/۴. راهنمای سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاه

۱۰. تهیه‌کننده‌های سند:

- ۱۰/۱. رویا یعقوبی نژاد (رئیس گروه بهبود بهره‌وری)
- ۱۰/۲. الهام موجودی (کارشناس بهبود بهره‌وری)



بخش چهارم: شناسایی و ارزیابی ریسک‌ها و فرصت‌ها

۰. مقدمه:

ریسک و فرصت مفهوم گسترده‌ای دارند که در موضوعات مختلف کاربرد دارند. مدیریت ریسک و فرصت به دنبال به حداقل رساندن نتایج حاصل از رویدادهای نامطلوب و به حداکثر رساندن نتایج حاصل از رویدادهای مطلوب می‌باشد. تعریف، شناسایی، ارزیابی، پیشگیری، حذف یا کنترل حالات خطا و اثرات بالقوه آن در یک سیستم، فرآیند، طرح یا خدمت، پیش از آنکه محصول یا خدمت به دست مشتری برسد و همچنین یافتن فرصت‌های مطلوب برای دستیابی هر چه سریع‌تر به نتیجه موردنظر، امری قابل توجه در راستای تضمین کیفیت محصولات و خدمات است. Failure Mode and Effect Analysis یا به بیان دیگر FMEA، یک ابزار نظام‌یافته بر پایه کارگروهی و یک روش تحلیلی در ارزیابی ریسک است که می‌کوشد تا حد ممکن خطرات بالقوه موجود در محدوده‌هایی که در آن ارزیابی ریسک انجام می‌شود و همچنین علل و اثرات مرتبط با آن را شناسایی و ارزیابی کند.

➤ جانمایی در ماتریس فرآیندی

فرآیند	گروه کسب و کار	حوزه کسب و کار
شناسایی و ارزیابی ریسک‌ها و فرصت‌ها	مدیریت ریسک، انطباق و برنامه‌های اصلاحی	توسعه و مدیریت قابلیت‌های کسب و کار

۱. هدف

ارزیابی، تجزیه، تحلیل و رتبه‌بندی عوامل شکست و آثار آن، به منظور برنامه‌ریزی جهت کنترل مخاطرات و کاهش شدت و احتمال خطرات و افزایش قدرت پیش‌بینی آن‌ها و شناسایی فرصت‌های فرآیندهای سازمانی

۲. دامنه کاربرد:

مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران

۳. مراجع الزامی:

بند مرتبط / جزئیات	عنوان	سرفصل
بند ۶-۱ اقدامات برای در نظر گرفتن ریسک‌ها و فرصت‌ها	ISO ۹۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت کیفیت
بند ۶-۱ اقدامات برای در نظر گرفتن ریسک‌ها و فرصت‌ها	ISO ۱۴۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت زیست محیطی
بند ۶-۱ اقدامات برای در نظر گرفتن ریسک‌ها و فرصت‌ها	ISO ۴۵۰۰۱:۲۰۱۸	سیستم مدیریت ایمنی و بهداشت شغلی
بند ۵-۸ اقدامات مربوط به ریسک‌ها و فرصت‌ها	ISO ۱۷۰۲۵:۲۰۱۷	سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی
بند ۴-۵ مدیریت مالی و مدیریت ریسک	ISO ۲۹۹۹۰:۲۰۱۰	سیستم آموزش
		استانداردهای جهانی

بند ۶-۱ اقدامات رسیدگی به ریسک‌ها و فرصت‌ها	ISO ۵۰۰۰۱:۲۰۱۸	سیستم مدیریت انرژی	
-	-	-	آیین‌نامه و استانداردهای ملی
-	-	-	سند ابلاغی بالادستی

۴. تعاریف

۴/۱. **ریسک (Risk):** رویدادی نامعین یا موقعیتی که اگر اتفاق بیفتد بر اهداف تأثیر منفی خواهد داشت. ریسک دلیلی دارد و در صورت اتفاق تجربه‌ای از آن حاصل می‌شود.

۴/۲. **فرصت (Opportunity):** رویدادی نامعین یا موقعیتی که اگر اتفاق بیفتد بر اهداف، تأثیر مثبت خواهد داشت.

۴/۳. **آنالیز حالات بالقوه خطا و آثار آن (Failure Mode and Effect Analysis/ FMEA)**

روشی جهت شناسایی خطاهای احتمالی برنامه‌ها و پروژه‌ها در مراحل انجام و بررسی جزئیات آن می‌باشد.

۴/۴. **حالات احتمالی خطا (Potential failure mode):** شرایطی که امکان آسیب رساندن به کارکنان، محیط‌زیست، تجهیزات و ساختمان‌ها، مواد یا کاهش قدرت کارایی در اجرای یک عمل از پیش تعیین شده را دارا باشد.

۴/۵. **اثرات بروز خطا (Potential effects of failure):** تأثیراتی است که رویداد حالات خطا به دنبال خواهد داشت. به همان اثری اطلاق می‌شود که در نتیجه وقوع خطا بروز می‌کند.

۴/۶. **علل احتمالی بروز خطا (Potential causes):** زمینه‌ها و عواملی که می‌توانند موجب بروز خطا شوند.

۴/۷. **اقدامات کنترلی (Current process control):** اقداماتی که به منظور حذف علت وقوع خطا، هشدار پیش از وقوع خطا و یا ردیابی پیامدهای وقوع خطا صورت می‌گیرند.

۴/۸. **ضریب وقوع (Occurrence Rating):** رتبه‌ای است که احتمال وقوع خطا را در طول عمر پیش‌بینی شده در فرآیند، نشان می‌دهد. اگر مقدار احتمال را نتوان تخمین زد، از سوابق مربوط به سیستم‌های مشابه استفاده می‌شود.

۴/۹. **ضریب شدت (Severity Rating):** رتبه‌ای است که حاد بودن اثر حالت بالقوه خطا را نشان می‌دهد.

۴/۱۰. **ضریب کشف (Detection Rating):** رتبه‌ای است که احتمال تشخیص خطا را نشان می‌دهد. نوعی ارزیابی از میزان توانایی است که به منظور شناسایی یک علت یا مکانیزم وقوع خطا پیش از رخ دادن آن است.

۴/۱۱. **عدد اولویت ریسک (Risk Priority Number /RPN):** ترکیبی از احتمال، شدت و قدرت کشف تبدیل یک حالت احتمالی خطابه رویداد قطعی و پیامدهای ناشی از وقوع آن.

۴/۱۲. **ضریب تأثیر فرآیند:** میزان تأثیر هر فرآیند نسبت به تمامی فرآیندهاست و با دخالت عوامل ثابت و فرمول مشخصی محاسبه می‌گردد.

۴/۱۳. کمترین حد قابل قبول و کاربردی: کاهش ریسک به کمترین اندازه، با به کارگیری زمان، امکانات و

توان شرکت برای کاهش ضریب اولویت ریسک‌ها که قابلیت اجرایی داشته باشد.

۴/۱۴. اشتراک‌گذاری ریسک: یک روش مدیریت ریسک است که در آن ریسک بین تعدادی از ذینفعان تقسیم

می‌شود.

۴/۱۵. سرفصل ریسک: منظور نوع ریسک شناسایی شده با توجه به دسته‌بندی زیر می‌باشد:

- فرآیندی (متولی دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری)،
- مخاطرات شغلی، ایمنی و بهداشت حرفه‌ای (متولی دفتر بهداشت، ایمنی و محیط‌زیست)،
- جنبه‌های زیست‌محیطی (متولی دفتر بهداشت، ایمنی و محیط‌زیست)،
- مدیریت مصرف انرژی (متولی دفتر مدیریت انرژی)،
- پدافندی، شرایط اضطراری، بحران‌های محتمل و فجایع (متولی دفتر مدیریت بحران و پدافند غیرعامل)،
- برنامه ایمنی آب (متولی دفتر کنترل کیفیت و بهداشت آب و فاضلاب)،
- امنیت اطلاعات (متولی مرکز فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات)،
- ریسک‌های فرآیند مدیریت تغییرات سازمانی (متولی دفتر توسعه پایدار و اقتصاد محیط‌زیست).

۵. تاریخچه تغییرات:

شماره ویرایش	تاریخ بازنگری	شماره بند	توضیحات
۰۰	۹۸/۰۳/۱۸	-	ایجاد مدرک در طرح یکسان‌سازی مستندات شرکت
۰۱	۹۸/۰۹/۰۵	۳	اضافه شدن سیستم مدیریت انرژی
		۴	اضافه شدن بند ۱۵-۴ (سرفصل ریسک)
		۷	تلفیق ۵ فرم شناسایی ریسک، ارزیابی ریسک، اندازه‌گیری ریسک، تعیین ریسک‌های بارز و گزارش ریسک بازنگری تمامی زیربندهای مرتبط با توجه به تلفیق فرم‌ها
		۱-۷	اضافه شدن توجه ۸ (امکان عدم تشکیل رسمی گروه و کار گروه‌های ریسک در سال اول و دوم استقرار سیستم)
		۲-۷-۷	اصلاح جدول ۴-تعیین ریسک‌های بارز
		۸	اصلاح پیوست‌ها

۶. مسئولیت‌ها:

- ۶/۱. **مدیرعامل:** به عنوان مدیر ارشد، مسئول تصویب نهایی و ابلاغ مستندات فرآیندی از جمله لیست کارگروه‌ها و برنامه زمان‌بندی تشکیل جلسات می‌باشد.
- ۶/۲. **معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی:** مسئول نظارت بر حسن اجرای این روش و بررسی و تأیید مستندات فرآیندی از جمله لیست کارگروه‌ها و برنامه زمان‌بندی تشکیل جلسات می‌باشد.
- ۶/۳. **کارگروه مدیریت ریسک و فرصت:** مسئول نظارت بر چگونگی شناسایی چالش‌ها، علل و پیامد آن، همچنین شناسایی کنترل‌های مربوط به آن‌ها و مطلع کردن مالک فرآیند می‌باشد.
- ۶/۴. **مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری:** مسئول تعیین کارگروه‌ها و اعضای آن، عضویت در هر یک از کارگروه‌ها، تنظیم برنامه زمان‌بندی تشکیل جلسات، تعیین ریسک‌های بارز، پیگیری گزارش‌های مدیریت ریسک، جمع‌بندی گزارش‌ها و مسئول نظارت بر حسن اجرای فرآیند می‌باشد.

۷. شرح اقدام:

فعالیت ۱: برنامه‌ریزی و آماده‌سازی برای مدیریت ریسک‌ها و فرصت‌های سازمانی

۷/۱. تشکیل کارگروه مدیریت ریسک و فرصت:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری، جهت تشکیل جلسات مدیریت ریسک و فرصت به منظور شناسایی و ارزیابی ریسک‌ها و فرصت‌های سازمانی (فرآیندی، طرح‌ریزی، سیستمی و ...)، اقدام به تعیین کارگروه تخصصی مطابق روش اجرایی "تشکیل کمیسیون‌ها، کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی و برگزاری جلسات" در فرم "شناسنامه جلسه رسمی" می‌نماید.

توجه ۱: اعضای کارگروه بر اساس نه حوزه فرآیندی تعریف شده در ماتریس سلسله‌مراتب فرآیندی تعیین می‌گردد. لازم است از هر حوزه فرآیندی، حداقل یک نفر به عنوان نماینده آن حوزه برای عضویت در کارگروه مدیریت ریسک و فرصت انتخاب گردد. به علاوه نماینده‌ای از دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری باید به عنوان یکی از اعضای کارگروه در نظر گرفته شود. اعضای کارگروه باید در زمینه حوزه فرآیندی مربوطه متخصص باشند.

۷/۲. تشکیل گروه‌های مدیریت ریسک و فرصت:

پس از تشکیل کارگروه مدیریت ریسک و فرصت، هر یک از نمایندگان نه حوزه که عضوی از کارگروه مدیریت ریسک و فرصت می‌باشند، موظف به تشکیل گروه‌های مدیریت ریسک و فرصت با ریاست خود می‌باشند. مشخصات اعضای هر یک از گروه‌ها توسط رئیس گروه در فرم "مشخصات اعضای گروه مدیریت ریسک و فرصت" ثبت می‌گردد. پس از تعیین اعضای هر یک از گروه‌های مدیریت ریسک و فرصت، فرم "مشخصات اعضای گروه مدیریت ریسک و فرصت" تکمیل شده توسط هر یک از رؤس گروه‌ها به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه می‌گردد. پس از بررسی و تأیید توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری، فرم تکمیل شده باید توسط رئیس گروه‌ها جهت اطلاع به اعضای گروه به آن‌ها ارائه گردد.

توجه ۲: عنوان هر گروه مطابق با عنوان حوزه فرآیندی مربوط به گروه نام گذاری می گردد.

توجه ۳: با توجه به این که هر یک از حوزه های فرآیندی از چندین گروه فرآیندی تشکیل شده است، لازم است که از هریک از گروه های فرآیندی حداقل یک نفر نماینده برای عضویت در گروه مدیریت ریسک و فرصت انتخاب گردد.

توجه ۴: رئیس گروه که مسئولیت مدیریت جلسات، تکمیل فرم "شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" و جمع بندی نتایج و تهیه گزارش ها را بر عهده دارد.

توجه ۵: یک نفر از دفتر پژوهش و بهبود بهره وری باید به عنوان عضوی از هر یک از گروه های مدیریت ریسک و فرصت انتخاب گردد.

توجه ۶: پس از تعیین اعضای هر یک از گروه های مدیریت ریسک، فرم "مشخصات اعضای گروه مدیریت ریسک و فرصت" تکمیل شده توسط هر یک از رئیس گروه ها به دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ارائه می گردد. پس از بررسی و تأیید توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره وری، فرم تکمیل شده توسط رئیس گروه ها به اعضای گروه ارائه می گردد.

۷/۳. تنظیم برنامه زمان بندی تشکیل جلسات مدیریت ریسک و فرصت:

رئیس هریک از گروه های مدیریت ریسک و فرصت، برنامه زمان بندی را جهت تشکیل جلسات در فرم "برنامه زمان بندی تشکیل جلسه مدیریت ریسک و فرصت" تنظیم نموده و به هریک از اعضای گروه مربوطه و دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ارائه می نماید. دفتر پژوهش و بهبود بهره وری برنامه های زمان بندی تنظیم شده توسط گروه های مدیریت ریسک و فرصت را تجمیع نموده و در فرم "برنامه زمان بندی تشکیل جلسه مدیریت ریسک و فرصت" وارد می نماید.

توجه ۷: جهت شناسایی و ارزیابی ریسک ها و فرصت ها دو جلسه اصلی در نظر گرفته شده است. در جلسه اول ریسک ها و فرصت ها و اقدام های پیشنهادی تعیین می گردد و در جلسه دوم برنامه ریزی لازم برای اجرای اقدام های منتخب مربوط به هریک از ریسک ها و فرصت های تعیین شده مشخص می گردد. بنابراین در برنامه زمان بندی تشکیل جلسات لازم است زمان تشکیل این دو جلسه تعیین گردد. در صورت عدم کاهش عدد اولویت ریسک بعد از اجرای اقدام های کنترلی، لازم است جلسه سوم جهت بررسی نتایج کنترل ها و اقدام های تعریف شده تشکیل گردد.

۷/۴. ارائه مستندات مربوط به شناسایی ریسک ها و فرصت ها:

قبل از تشکیل اولین جلسه مدیریت ریسک و فرصت، دفتر پژوهش و بهبود بهره وری موظف است تمامی مستندات مربوط به شناسایی ریسک ها و فرصت های فرآیندهای مربوط به هر کارگروه در دوره های گذشته را به هریک از گروه ها ابلاغ نماید.

توجه ۸: در سال اول و دوم استقرار سیستم مدیریت ریسک، شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل ریسک می تواند با تشخیص دفتر پژوهش و بهبود بهره وری طی نشست های تحت کنترل آن دفتر بدون تشکیل رسمی کارگروه و گروه های مدیریت ریسک انجام پذیرد.

فعالیت ۲: شناسایی، اندازه‌گیری و ارزیابی ریسک‌ها و فرصت‌های سازمانی

۷/۵. شناسایی ریسک و فرصت:

جلسه اول مدیریت ریسک باهدف شناسایی ریسک‌ها، دلایل، اثرات و کنترل‌های فعلی صورت گرفته روی آن‌ها بر اساس روش FMEA و شناسایی فرصت‌ها در هر گروه تشکیل می‌گردد. اعضای کارگروه با استفاده از روش طوفان فکری نظرات خود را در رابطه با حالات بالقوه خطا در هر مرحله از فرآیند، علل بروز حالات خطا، تأثیرات حالات خطا و کنترل‌های فعلی و همچنین اقدام‌های پیشنهادی، بیان می‌نمایند. نتایج جلسه توسط رئیس گروه در بخش شناسایی فرم "شناسایی، اندازه‌گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" و فرم "شناسایی فرصت" جمع‌بندی و ثبت می‌گردد.

۷/۶. اندازه‌گیری ریسک:

۷/۶/۱. روش FMEA:

FMEA یک ابزار نظام‌یافته بر پایه کار گروهی است که در تعریف، شناسایی، ارزیابی، پیشگیری، حذف یا کنترل حالات خطا و اثرات بالقوه آن در یک سیستم، فرآیند، طرح یا خدمت به کار گرفته می‌شود. به بیان دیگر FMEA یک روش تحلیلی در ارزیابی ریسک است که می‌کوشد تا حد ممکن خطاهای بالقوه موجود در محدوده‌هایی که در آن ارزیابی ریسک انجام می‌شود و همچنین علل و اثرات مرتبط با آن را شناسایی و ارزیابی کند. در تعریف کلی، FMEA یک تکنیک مهندسی است که به منظور مشخص کردن و حذف خطاها، مشکلات و اشتباهات بالقوه موجود در سیستم، قبل از وقوع در نزد مشتری به کاربرده می‌شود. در تعریفی خاص‌تر، FMEA در ارزیابی ریسک روش تحلیلی است که می‌کوشد تا حد ممکن خطرات بالقوه موجود در محدوده‌ای که در آن ارزیابی ریسک انجام می‌شود و همچنین علل و اثرات مرتبط با آن را شناسایی و رتبه‌بندی کند. جهت اولویت‌بندی خطاها با استفاده از روش FMEA، لازم است ضریب RPN که عدد اولویت ریسک نامیده می‌شود، محاسبه گردد. این ضریب حاصل ضرب احتمال وقوع، شدت و قابلیت کشف خطا می‌باشد.

در این روش پس از محاسبه اعداد اولویت ریسک فرآیندها، ریسک‌هایی که دارای ضریب RPN بالاتری هستند در اولویت تدوین برنامه‌های اصلاحی قرار خواهند گرفت. به علاوه فرآیندهایی که ضریب RPN بالایی ندارند اما در عین حال عدد شدت و یا احتمال وقوع در آن‌ها بالا است نیز در اولویت اقدامات اصلاحی قرار می‌گیرند.

۷/۶/۱/۱. تعیین ضریب احتمال وقوع خطا:

به ضریب احتمال وقوع خطا، با توجه به جدول (۱) عددی بین ۱ تا ۱۰ نسبت داده می شود.

امتیاز	جدول ۱- شرح احتمال وقوع خطا
۱	غیرممکن، بسیار بعید (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک اتفاق نیفتاده است)
۲	رخداد بعید (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است کمتر از ۱۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)
۳	رخداد با شانس ناچیز (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است ۱۰ تا ۲۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)
۴	تعداد رخداد کم (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است ۲۰ تا ۳۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)
۵	گاه و بی گاه رخ می دهد (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است ۳۰ تا ۴۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)
۶	معمولاً رخ می دهد (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است ۴۰ تا ۵۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)
۷	اغلب رخ می دهد (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است ۵۰ تا ۶۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)
۸	زیاد رخ می دهد (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است ۶۰ تا ۷۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)
۹	بسیار زیاد رخ می دهد (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است ۷۰ تا ۸۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)
۱۰	به طور دائم رخ می دهد (رخدادی که طی دوره ارزیابی ریسک ممکن است بیش از ۸۰ درصد مواقع اتفاق بیفتد)

۷/۶/۱/۲. تعیین ضریب شدت خطا

جهت تعیین ضریب شدت خطا، بر اساس جدول (۲) می بایست اعدادی بین ۱ تا ۱۰ نسبت داده شود.

امتیاز	جدول ۲- شرح درجه بندی شدت
۱	اثر خطا مورد توجه مشتری / مالک فرآیند / ذینفع قرار نمی گیرد
۲	اثری خیلی ناچیز، مشتری / مالک فرایند / ذینفع متوجه آن می شود اما این اثر موجب آزار و ناراحتی نمی گردد
۳	اثر ناچیز که باعث ناراحتی و آزار مشتری / مالک فرایند / ذینفع می شود اما باعث نمی شود که مالک فرآیند درصدد برطرف کردن آن برآید
۴	اثر ناچیز که باعث ناراحتی و آزار مشتری / مالک فرآیند / ذینفع می شود و مالک فرآیند درصدد برطرف کردن آن برآید
۵	اثر کم که باعث ناراحتی و آزار مشتری / مالک فرآیند / ذینفع می شود و مالک فرآیند در پی رفع آن نیست
۶	اثر کم که باعث ناراحتی و آزار مشتری / مالک فرآیند / ذینفع می شود ولی مالک فرآیند درصدد برطرف کردن آن برمی آید
۷	اثر معمولی که باعث کارکرد نادرست طرح می شود و یا اثر خطایی است که باعث تنزل ارزش طرح می گردد
۸	اثر مهم یک خطای بزرگ که ایمنی مشتری را به خطر نمی اندازد و هزینه ی زیادی به دنبال ندارد
۹	اثر بحرانی که باعث نارضایتی مشتری می شود، کارکرد طرح را متوقف می سازد، هزینه ی بالایی به دنبال دارد و یا ایمنی مشتری را به خطر می اندازد
۱۰	اثر بسیار خطرناک که خطر جانی به دنبال داشته یا کارکرد طرح را کاملاً متوقف می کند و یا هزینه های بسیار گزاف برای سازمان به وجود می آورد

۷/۶/۳. تعیین ضریب قابلیت کشف خطا

به ضریب احتمال وقوع خطا، با توجه به جدول (۳) عددی بین ۱ تا ۱۰ نسبت داده می شود.

امتیاز	جدول ۳- شرح ضریب قابلیت کشف
۱	حتماً قابل شناسایی است
۲	با احتمال بسیار بالایی قابل شناسایی است
۳	با احتمال بالایی قابل شناسایی است
۴	معمولاً شناسایی می شود
۵	با احتمال پنجاه پنجاه شناسایی می شود
۶	شانس کم در شناسایی
۷	شانس ناچیز در شناسایی
۸	شانس بسیار ناچیز در شناسایی
۹	شانس بعید در شناسایی
۱۰	غیر قابل شناسایی

۷/۶/۲. تعیین اندازه ریسک:

پس از تکمیل بخش شناسایی فرم "شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" رئیس هر گروه اقدام به توزیع فرم فوق به اعضا می نماید. اعضای گروه با استفاده از دانش و تجربیات خود، نظرات خود را در مورد میزان ضریب احتمال وقوع خطا، ضریب شدت خطا و ضریب قابلیت کشف خطا بر اساس توضیحات جداول روش FMEA، در بخش اندازه گیری فرم "شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" بیان می نمایند و به رئیس گروه ارائه می دهند. سپس رئیس گروه با تجمیع نظرات اخذ شده نسبت به محاسبه ضریب RPN (عدد اولویت ریسک) اقدام می نماید و فرم "شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" تکمیل شده را به دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ارائه می دهد.

توجه ۹: اعداد مربوط به ضریب احتمال خطا، ضریب شدت خطا، و قابلیت کشف جهت محاسبه ضریب RPN، از میانگین حسابی امتیازاتی که هریک از اعضا به این ضرایب داده اند، به دست می آید. ضریب RPN، حاصل ضرب احتمال وقوع، شدت، قابلیت کشف خطا می باشد.

۷/۷. ارزیابی ریسک:

۷/۷/۱. محاسبه تراز شده RPN

دفتر پژوهش و بهبود بهره وری، پس از دریافت فرم "شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" از هر یک از گروه ها، RPN تراز شده را در بخش ارزیابی فرم فوق محاسبه می نماید. RPN تراز شده از حاصل ضرب RPN ضریب تأثیر فرآیند محاسبه می گردد.

توجه ۱۰: ضریب تأثیر فرآیند در فرآیند "مدیریت فرآیند" محاسبه می گردد و جهت محاسبه RPN تراز شده در فرآیند "شناسایی و ارزیابی ریسک ها و فرصت ها" مورد استفاده قرار می گیرد. دفتر پژوهش و بهبود بهره وری باید ضرایب تعیین شده را در ستون ضریب تأثیر فرآیند در بخش ارزیابی فرم "شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" وارد نماید.

۷/۷/۲. تعیین ریسک‌های بارز:

براساس موارد شرح داده شده در جدول (۴) انواع ریسک در ستون تعیین بارز بودن ریسک در بخش ارزیابی در فرم "شناسایی، اندازه‌گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" مشخص می‌گردد.

جدول ۴- تعیین ریسک‌های بارز		
انحراف معیار RPN های تراز شده + میانگین RPN های تراز شده $RPN \geq$ تراز شده	بارز ۱	ریسک‌های با اولویت بالا (ریسک‌های بارز) (با رنگ قرمز مشخص گردیده‌است)
ریسک‌هایی که عدد شدت آن‌ها ۹ و ۱۰ است	بارز ۲	
ریسک‌هایی که احتمال وقوع آن‌ها ۹ و ۱۰ است	بارز ۳	
بالاترین RPN تراز شده در هر گروه فرآیندی		
انحراف معیار RPN های تراز شده - میانگین RPN های تراز شده $RPN \geq$ تراز شده >		ریسک‌های با اولویت متوسط (با رنگ نارنجی مشخص گردیده‌است)
انحراف معیار RPN های تراز شده + میانگین RPN های تراز شده		
انحراف معیار RPN های تراز شده - میانگین RPN های تراز شده $RPN <$ تراز شده		ریسک‌های با اولویت پایین (با رنگ سبز مشخص گردیده‌است)

توجه ۱۱: علاوه بر ریسک‌های بارز شناسایی شده که از پس از تجمیع تمامی ریسک‌های فرآیندی به دست می‌آید، ریسک‌های بارز در هر گروه فرآیندی با در نظر گرفتن معیاری که در جدول (۴) آورده شده است، تعیین می‌گردد.

فعالیت ۳: کنترل ریسک‌ها و فرصت‌های سازمانی

۷/۸. کنترل ریسک و طرح‌ریزی فرصت:

جلسه دوم گروه‌های ریسک و فرصت جهت صحنه‌گذاری اقدام‌های پیشنهادی تعریف‌شده ریسک‌های با اولویت بالا و فرصت‌های شناسایی شده تشکیل می‌گردد. برخی ریسک‌ها به دلیل داشتن ماهیت پیچیده ممکن است نیاز به روش‌های حل مسئله داشته باشند. در انتهای جلسه ستون‌های نوع کنترل تعریف‌شده در فرم "شناسایی، اندازه‌گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" و همچنین ستون شرح اقدام در فرم "شناسایی فرصت" توسط رئیس گروه تکمیل می‌گردد. پس از آن متولی هر یک از سرفصل‌های ریسک جهت تعیین و اجرای اقدام‌های کنترلی و یا پیشنهادی بر اساس فرآیند "مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی" و یا فرآیند "مدیریت نظام پیشنهادها" اقدام می‌نماید.

توجه ۱۲: گزینه‌ها برای کنترل ریسک‌ها شامل: حذف ریسک، کاهش احتمال وقوع، کاهش شدت اثر وقوع، به اشتراک‌گذاری ریسک و سایر موارد می‌باشد.

توجه ۱۳: فرصت‌ها می‌توانند به اتخاذ شیوه‌های جدید، گشایش بازارهای جدید، پرداختن به مشتری‌های جدید، ایجاد شراکت، بهره‌گیری از فناوری‌های جدید و دیگر احتمالات مطلوب و بادوام برای در نظر گرفتن نیازهای سازمان یا مشتریانش شود.

۷/۹. بررسی اقدام‌های کنترلی و پیشنهادی انجام‌شده:

پس از اجرای اقدام‌های کنترلی، متولی هر یک از سرفصل‌های ریسک اقدام‌های انجام‌شده و نتایج آن‌ها را در ستون شرح اقدام و نتیجه اقدام در بخش کنترل فرم "شناسایی، اندازه‌گیری، ارزیابی و کنترل ریسک" و نتایج اقدام‌ها را

در ستون شرح اقدام و نتیجه اقدام فرم "شناسایی فرصت" وارد می‌نماید.

توجه ۱۴: مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری نتایج حاصل را بررسی می‌نماید.

۷/۱۰. به‌روزرسانی فرم ارزیابی ریسک:

متولی هر یک از سرفصل‌های ریسک پس از اجرای اقدام‌های تعریف‌شده جهت کنترل ریسک‌ها، نسبت به به‌روزرسانی ضرایب احتمال وقوع، شدت وقوع و قدرت کشف اقدام می‌نماید. پس از به‌روزرسانی، اقدام کنترلی ریسک‌های بارز جدید در اولویت اجرا قرار گرفته و اقدام کنترلی ریسک‌هایی که همچنان بارز باقی‌مانده‌اند، بازنگری می‌گردد.

فعالیت ۴: تجمیع ریسک‌ها

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری با همکاری متولی مربوط به هر یک از سرفصل‌های ریسک نسبت به تجمیع گزارش‌های ریسک اقدام می‌نماید. این گزارش یکی از ورودی‌های جلسه بازنگری مدیریت خواهد بود.

توجه ۱۵: متولی‌های مربوط به هر یک از سرفصل‌های ریسک موظف‌اند گزارش‌های مدیریت ریسک خود را به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه نمایند. لازم به ذکر است ریسک‌های این دفاتر طی فرآیندهای مجزا در هر یک از این دفاتر به‌طور مستقل، تعیین و کنترل می‌گردد.

توجه ۱۶: ریسک‌های مربوط به تغییرات سازمانی بر اساس فرآیند "مدیریت تغییرات سازمانی" شناسایی می‌گردد. شناسایی این ریسک‌ها در ستاد استان توسط دفتر توسعه پایدار و اقتصاد محیط‌زیست ستاداستان و در شرکت‌های زیرمجموعه توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری صورت می‌گیرد.

۸. پیوست‌ها:

۸/۱. فرم مشخصات اعضای گروه مدیریت ریسک و فرصت به کد سند F-۰۱۴-۱۱

۸/۲. فرم برنامه زمان‌بندی تشکیل جلسات مدیریت ریسک و فرصت به کد سند F-۰۱۴-۱۲

۸/۳. فرم شناسایی، اندازه‌گیری، ارزیابی و کنترل ریسک به کد سند F-۰۱۴-۱۳

۸/۴. فرم شناسایی فرصت به کد سند F-۰۱۴-۱۴

۹. سند درون‌سازمانی مرتبط:

۹/۱. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی)

۹/۲. روش اجرایی تشکیل کمیسیون‌ها، کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی و برگزاری جلسات

۱۰. تهیه‌کننده‌های سند:

۱۰/۱. رویا یعقوبی‌نژاد (رئیس گروه بهبود بهره‌وری)

۱۰/۲. الهام موجودی (کارشناس بهبود بهره‌وری)



بخش پنجم: مدیریت تغییرات سازمانی

۰. مقدمه:

دو دلیل عمده برای ضرورت تغییر در سازمان‌ها وجود دارد:

۱. نیاز به تغییرات درون‌سازمانی برای تطبیق با رخدادهای برون‌سازمانی

۲. پیش‌بینی توسعه در آینده و یافتن راه‌های تطبیق با آن

مقاومت افراد در مقابل تغییرات یکی از مهم‌ترین مسائل سازمان‌ها در اصلاحات است، زیرا کارکنان تغییر را نوعی تهدید برای خود دانسته و به‌سادگی پذیرای آن نمی‌باشند و روش‌های مقابله با آن عبارت‌اند از:

۱. ارتباطات: مدیر مربوطه با کارکنان مؤثر ارتباط برقرار نموده و دلایل ایجاد تغییر را برای آنان تشریح می‌کند.

۲. مشارکت: کارکنان در جریان تغییرات قرار گرفته و نقش مشارکت آن‌ها بیان می‌شود.

۳. اعطای تسهیلات: برحسب مورد و با توجه به میزان اهمیت و پیچیدگی تغییر، آموزش مهارت‌های جدید و دادن مزایا و ... مورد توجه و اقدام قرار می‌گیرد.

۴. استفاده از الزام سازمانی: ملزم نمودن کارکنان مربوطه به پذیرش تغییر مطابق الزام سازمان است که از مسئولیت مدیران است.

➤ جانمایی در ماتریس فرآیندی

فرآیند	گروه کسب‌وکار	حوزه کسب‌وکار
مدیریت تغییرات سازمانی	مدیریت کیفیت سازمانی	توسعه و مدیریت قابلیت‌های کسب‌وکار

۱. هدف:

هدف از تدوین این بخش، تشریح چگونگی ارزیابی نیاز به تغییر برنامه‌ریزی شده و اجرای نظام‌یافته تغییرات در سازمان می‌باشد تا با اجتناب از نتایج نامطلوب تغییرات، از خدمات نامنطبق پیشگیری گردد.

۲. دامنه کاربرد:

مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران

۳. مراجع الزامی:

بند مرتبط / جزئیات	عنوان	سرفصل
بند ۳-۶ طرح‌ریزی تغییرات بند ۵-۸ کنترل تغییرات	ISO ۹۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت کیفیت
بند ۳-۶ طرح‌ریزی تغییرات	ISO ۱۴۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت زیست‌محیطی
بند ۳-۸ مدیریت تغییر	ISO ۴۵۰۰۱:۲۰۱۸	سیستم مدیریت ایمنی
بند ۳-۷-۴ برونداد بازنگری مدیریت	ISO ۵۰۰۰۱:۲۰۱۱	سیستم مدیریت انرژی
-	-	آیین‌نامه و استانداردهای ملی
-	-	سند ابلاغی بالادستی

۴. تعاریف:

- ۴/۱. **تغییر:** منظور هر گونه جایگزینی، تعویض، کاهش، افزایش و توسعه در یک واحد، سیستم، فرآیند، فعالیت، زیرساخت و ... می باشد.
- ۴/۲. **مدیریت تغییر:** مدیریت تغییر در سازمان، فرآیندها، ابزارها و تکنیک هایی هستند که سازمان را هنگام تغییر به خوبی مدیریت می کند تا نتایج مورد نیاز در کسب و کار به دست آید.
- ۴/۳. **تغییر موقت:** تغییری است که شرکت در یک دوره زمانی با آن مواجه می شود و موقتی و گذرا است و وقوع مجدد و یا پی در پی آن قطعی نیست.
- ۴/۴. **تغییر دائم:** تغییری که شرکت با آن در یک مقطع زمانی مواجه می شود و از آن زمان به بعد به طور مداوم در شرکت وجود خواهد داشت.
- ۴/۵. **تغییر اضطراری:** تغییری است که در صورت عدم اعمال به موقع، سیستم را منجر به یک خطای غیرقابل قبول می نماید.
- ۴/۶. **ذینفع:** فرد یا گروهی که از عملکرد یا موفقیت سازمان منتفع می گردد. یک گروه می تواند از یک سازمان، بخشی از آن و یا بیش از یک سازمان تشکیل شود.

۵. تاریخچه تغییرات:

شماره ویرایش	تاریخ	شماره بند	توضیحات
۰۰	۹۸/۰۳/۱۸	-	ایجاد مدرک در طرح یکسان سازی مستندات شرکت
۰۱	۹۸/۰۹/۰۵	۵-۷	اصلاح متن و حذف توجه ۱۲

۶. مسئولیت ها

- ۶/۱. **دفتر توسعه پایدار و اقتصاد محیط زیست:** مسئول اجرای این روش می باشد.
- ۶/۲. **معاون برنامه ریزی و منابع انسانی:** مسئول نظارت بر حسن اجرای این روش می باشد.
- ۶/۳. **کار گروه تغییر:** مسئول همکاری با دفتر توسعه پایدار و اقتصاد محیط زیست در راستای اجرای تغییر می باشد.
- ۶/۴. **دبیر اجرایی کار گروه تغییر:** مسئول نظارت بر اجرای تغییر می باشد.
- ۶/۵. **دفتر پژوهش و بهبود بهره وری شرکت های زیرمجموعه آبفای استان تهران:** مسئول اجرای این روش در شرکت تحت سرپرستی می باشند.

۷. شرح اقدام:

فعالیت ۱: درخواست تغییر و بررسی اولیه

۷/۱. ثبت درخواست تغییر:

هریک از واحدهای سازمانی در صورت مواجهه با تغییر درخواست خود را در بخش درخواست تغییر فرم "ثبت درخواست تغییر" ثبت نموده و به واحد توسعه پایدار و اقتصاد محیط زیست ارائه می نمایند.

۷/۲. بررسی اولیه تغییر:

دفتر توسعه پایدار، پس از دریافت درخواست مورد نظر، علاوه بر بررسی نوع، موضوع، محل، شرح، دلایل، نتیجه/هدف و اثرات تغییر، معیارهای اثربخشی تغییر را بررسی و در فرم "ثبت درخواست تغییر" ثبت می نماید.

توجه ۱: نوع تغییر می تواند موقت یا دائم باشد.

توجه ۲: اگر اضطراری در اجرای هر یک از تغییرهای موقت یا دائم وجود داشته باشد، نوع تغییر علاوه بر موقت یا دائم بودن، اضطراری نیز می باشد.

توجه ۳: موضوع تغییر، شرح مربوط به هر یک از موضوعات تغییر و واحدهای سازمانی مرتبط با هر یک از موضوعات در جدول (۱) آورده شده است.

توجه ۴: تغییر مستندات در این فرآیند در نظر گرفته نشده و تغییرات مربوط به این موضوعات در فرآیند "مدیریت مستندات و سوابق" در نظر گرفته می شود.

توجه ۵: تغییر فناوری اطلاعات در این فرآیند در نظر گرفته نشده و تغییرات مربوط به این موضوعات در فرآیندهای حوزه کسب و کار "مدیریت فن آوری اطلاعات" در نظر گرفته می شود.

توجه ۶: محل تغییر، واحد مجری تغییر را مشخص می نماید.

توجه ۷: در مرحله شناسایی تغییر لازم است که اثرات ناشی از تغییر مشخص گردد.

توجه ۸: در شرکت های زیرمجموعه بررسی اولیه درخواست تغییر توسط واحد پژوهش و بهبود بهره وری آن شرکت انجام می گردد. در صورتی که تغییرات شناسایی شده نیاز به هماهنگی با ستاد داشته باشد، می بایست هماهنگی های لازم با دفتر توسعه پایدار و اقتصاد محیط زیست ستاد استان صورت پذیرد.

جدول ۱- ارتباط موضوع و شرح تغییر با واحدهای سازمانی

موضوع تغییر	شرح تغییر	مثال	واحدهای سازمانی مرتبط
استراتژی‌های سازمان/ سیاست‌گذاری‌ها	ایجاد/ حذف/ به‌روزرسانی اجزا و ارکان استراتژی و یا سیاست‌های کلان سازمان	سند استراتژی، خط‌مشی	دفتر مدیریت آمار، برنامه‌بودجه، دفتر توسعه پایدار
فرآیندها	تغییر در روش اجرای فرآیند	روش اجرای فرآیند، تغییر گردش کار ناشی از ایجاد بستر IT در اجرای فرآیند و ...	تمامی واحدهای سازمانی
سیستم‌های مدیریتی	ایجاد/ حذف/ تغییر سیستم‌های مدیریتی	استقرار سیستم مدیریت کیفیت، ایمنی بهداشت و محیط‌زیست، مدیریت مصرف انرژی، مدیریت بهره‌وری و بهبود بهره‌وری (واحد اصلی) سایر واحدهای سازمانی مرتبط با سیستم مدیریتی تغییر یافته	دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری (واحد اصلی) سایر واحدهای سازمانی مرتبط با سیستم مدیریتی تغییر یافته
الزامات قانونی	هرگونه تغییر الزامات قانونی/ شناسایی الزام قانونی جدید	تغییر الزامات قانونی توزیع عادلانه آب، قانون بودجه و	دفتر توسعه پایدار و اقتصاد محیط‌زیست سایر واحدهای سازمانی مرتبط با قانون تغییر یافته و یا شناسایی شده تغییر یافته
ذینفعان	هرگونه تغییر در ذی‌نفعان یا نیازمندی و انتظارات آن‌ها	تغییر یکی از سازمان‌های بالادستی	تمامی واحدهای سازمانی
تکنولوژی و زیرساخت‌ها (تغییر در روش فرآیند می‌تواند منجر به این تغییر شود)	هرگونه نصب/ اصلاح/ جابجایی/ حذف تأسیسات و تجهیزات، ساختمان‌های جدید و ...	ابنیه، تجهیزات محیط کار، ابزار دقیق، لوله‌ها، شیرهای فشارشکن، شیرهای آتش‌نشانی و ...	تمامی واحدهای سازمانی
سرمایه‌های انسانی (ساختار سازمانی و کارکنان)	هرگونه تغییر در چارت سازمانی، نوع قرارداد استخدامی، جابجایی و	تغییر مدیرعامل و معاونین، تغییر ساختار سازمانی، تغییر روز کاری	تمامی واحدهای سازمانی

فعالیت ۲: ارزیابی تغییر

۷/۳. تشکیل کارگروه مدیریت تغییرات سازمانی:

دفتر توسعه پایدار و اقتصاد محیط زیست در ستاد استان (دفاتر پژوهش و بهبود بهره‌وری در شرکت‌های زیرمجموعه) اقدام به تعیین کارگروه تخصصی مدیریت تغییرات سازمانی مطابق روش اجرایی "تشکیل کمیسیون‌ها، کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی و برگزاری جلسات" می‌نماید.

توجه ۹: اعضای کارگروه مدیریت تغییرات سازمانی شامل: تعدادی عضو ثابت می‌باشد که با توجه به موضوعات تغییر دارای تخصص می‌باشند. در هر پروژه تغییر، با توجه به موضوع تغییر، کارگروه فوق می‌تواند علاوه بر اعضای ثابت، چند عضو مدعو نیز داشته باشد. حداقل یکی از اعضای کارگروه تغییر باید از واحد توسعه پایدار و اقتصاد محیط زیست (دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری در شرکت‌های زیرمجموعه) انتخاب گردد.

توجه ۱۰: در انتخاب اعضای مدعو می‌توان از ستون واحدهای سازمانی مرتبط در جدول بالا استفاده شود.

۷/۴. برگزاری جلسه کارگروه مدیریت تغییرات سازمانی جهت بررسی تغییر:

پس از دریافت درخواست تغییر، باید جلسه کارگروه مدیریت تغییرات سازمانی برگزار گردد. در این جلسه فرم "ثبت درخواست تغییر" تکمیل شده توسط دبیر کارگروه مدیریت تغییرات سازمانی به هریک از اعضای کارگروه جهت بررسی تغییر، ارائه می‌گردد. در این جلسه باید موضوع تغییر از ابعاد مختلف شامل منابع و دسترسی به آن، فرآیندهای تأثیر گرفته از تغییر، شناسایی مسئولیت‌های (نقش‌های) تأثیر گرفته از تغییر و ذینفعان تغییر مورد بررسی قرار گیرند. پس از جلسه دبیر کارگروه فرم "شناسنامه تغییر" را بر اساس ابعاد شناسایی شده تکمیل می‌نماید.

توجه ۱۰: در جلسه فوق باید میزان آمادگی برای تغییر مورد ارزیابی قرار گرفته و همچنین معیارهای اثربخشی تغییر تعیین گردد و نتایج آن توسط دبیر کارگروه در فرم "ثبت درخواست تغییر" ثبت گردد.

۷/۵. شناسایی ریسک‌های تغییر:

جهت شناسایی ریسک‌های تغییر، اعضای کارگروه با استفاده از روش طوفان فکری نظرات خود را در رابطه با حالات بالقوه خطا در هر مرحله از تغییر، و کنترل‌های لازم و نحوه مقابله با ریسک بیان می‌نمایند. دبیر کارگروه ریسک‌های شناسایی شده و شرح کنترل‌های مربوطه را در بخش ۷ (ارزیابی ریسک) فرم شناسنامه تغییر وارد می‌نماید.

توجه ۱۲: اگر امکان کنترل ریسک تغییر وجود نداشته باشد، فرآیند در این مرحله با اعلام به درخواست‌کننده تغییر پایان می‌یابد.

۷/۶. بررسی نهایی تغییر:

پس از تکمیل "شناسنامه تغییر" توسط دبیر کارگروه مدیریت تغییرات سازمانی، جهت بررسی و تأیید به ترتیب به معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و مدیرعامل ارائه می‌گردد. پس از آن جهت اجرا توسط مدیرعامل به واحد مجری تغییر ابلاغ می‌گردد.

فعالیت ۳: برنامه ریزی و اجرای تغییر

۱.۷/۷. ابلاغ تغییر:

تغییر درخواست شده جهت اجرا به واحد مجری تغییر ابلاغ می گردد و تمامی اقدام های لازم در خصوص اجرای آن توسط واحد مجری بر اساس فرآیند "مدیریت عدم انطباق و برنامه های اصلاحی" تعیین و اجرا می گردد.

۱.۷/۸. برنامه ریزی تغییر:

دفتر پژوهش و بهبود بهره وری، در زمان شروع پروژه، گزارشی در خصوص زمان بندی و اقدام های برنامه ریزی شده جهت اجرای پروژه، به کارگروه مدیریت تغییرات سازمانی ارائه می دهد. بعلاوه با توجه به مدت زمان تعیین شده برای اجرای پروژه تغییر، در دوره های زمانی مشخص در طی اجرای پروژه، گزارشی را از روند اجرای تغییر به این کارگروه ارائه می نماید.

۱.۷/۹. اجرای تغییر:

واحد مجری تغییر پس از اجرای تغییر، یک گزارش نهایی از تغییر انجام شده را تهیه و به کارگروه مدیریت تغییر ارائه می نماید.

فعالیت ۴: پایداری تغییر

۱.۷/۱۰. کنترل اثربخشی تغییر:

اثربخشی تغییر انجام شده، در کارگروه مدیریت تغییر با استفاده از معیارهای اثربخشی تغییر تعیین شده در فعالیت ۲، ارزیابی می گردد. نتایج اثربخشی توسط دبیر کارگروه در فرم "ثبت درخواست تغییر" ثبت می گردد. بر اساس این ارزیابی، اگر توصیه به بهبود وجود داشته باشد؛ بر اساس فرآیند "مدیریت نظام پیشنهادها" و اگر عدم انطباق باشد بر اساس فرآیند "مدیریت عدم انطباق و برنامه های اصلاحی" اقدام می گردد. شماره اقدام تعریف شده در فرم "ثبت درخواست تغییر" باید ثبت گردد.

۱.۷/۱۱. ثبت دانش حاصل از تغییر:

در صورتی که اجرای تغییر، منجر به ایجاد دانش در سازمان گردد باید مطابق فرآیند "مدیریت دانش" اقدام می شود.

۱.۷/۱۲. گزارش نهایی تغییر:

گزارش نهایی از تمامی مراحل پروژه تغییر توسط دبیر کارگروه تهیه و جهت بررسی و تأیید به معاون برنامه ریزی و منابع انسانی ارائه می گردد. در این گزارش باید تمامی موارد صورت گرفته از ابتدای درخواست تغییر تا ارزیابی اثربخشی تغییر آورده شود. همچنین تمامی مستندات مربوطه شامل مراحل انجام کار مطابق فرآیند "مدیریت عدم انطباق و برنامه های اصلاحی" و گزارش شناسایی و ارزیابی ریسک به گزارش مربوطه پیوست گردد.

توجه ۱۳: اگر اقدام اصلاحی و یا فرصت بهبود در طی انجام تغییر ارائه شده باشد، باید در گزارش نهایی مدیریت آورده شود.

توجه ۱۴: در صورتی که در نتیجه اجرای تغییر، پرسنل شرکت نیاز به آموزش در خصوص تغییر صورت گرفته داشته باشند به منظور ارائه آموزش لازم به پرسنل مطابق فرآیند "نیازسنجی و برنامه ریزی آموزشی سالانه" اقدام می شود.

۸. پیوست‌ها:

۸/۱. فرم ثبت درخواست تغییر به کد سند F-۰۱۲-۱۰

۸/۲. فرم شناسنامه تغییر به کد سند F-۰۱۲-۱۱

۹. سند درون‌سازمانی مرتبط:

۹/۱. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی)

۹/۲. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت ریسک)

۹/۳. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت دانش)

۹/۴. راهنمای آموزش

۹/۵. روش اجرایی تشکیل کمیسیون‌ها، کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی و برگزاری جلسات

۹/۶. دستورالعمل نظام مشارکتی (نظام پیشنهادها)

۱۰. تهیه‌کننده‌های سند:

۱۰/۱. رویا یعقوبی‌نژاد (رئیس گروه بهبود بهره‌وری)

۱۰/۲. الهام موجودی (کارشناس بهبود بهره‌وری)



بخش ششم: مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی

۰. مقدمه:

یکی از شاخص‌های مهم و کاربردی در سازمان می‌تواند وجود یک‌روند سیستماتیک برای تعیین تکلیف، تعریف و اجرای اقدام‌های لازم برای کنترل عدم انطباق‌ها و تحقق فرصت‌های بهبود می‌باشد. بدون شک، این اقدام‌ها منتج از فعالیت‌های کنترلی و تجزیه و تحلیل مربوطه چون ممیزی‌ها، پایش فرآیندها، ارزیابی عملکرد، شناسایی و ارزیابی ریسک‌ها و ... می‌باشند. این بخش به چگونگی برنامه‌ریزی و نحوه انجام فرآیند مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی اشاره دارد.

➤ جانمایی در ماتریس فرآیندی

فرآیند	گروه کسب‌وکار	حوزه کسب‌وکار
مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی	مدیریت ریسک، انطباق و برنامه‌های اصلاحی	توسعه و مدیریت قابلیت‌های کسب‌وکار

۱. هدف:

شناسایی و رفع عدم انطباق‌ها و جلوگیری از بروز آن‌ها از طریق شناسایی علت بروز و رفع آن، به منظور افزایش اثربخشی و کارایی سازمان

۲. دامنه کاربرد:

مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران

۳. مراجع الزامی:

بند مرتبط / جزییات	عنوان	سرفصل
بند ۱۰-۲ عدم انطباق و اقدام اصلاحی	ISO ۹۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت کیفیت
بند ۱۰-۲ عدم انطباق و اقدام اصلاحی	ISO ۱۴۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت زیست‌محیطی
بند ۱۰-۲ عدم انطباق و اقدام اصلاحی	ISO ۴۵۰۰۱:۲۰۱۸	سیستم مدیریت ایمنی
بند ۶-۸ بهبود بند ۷-۸ اقدام اصلاحی	ISO ۱۷۰۲۵:۲۰۱۷	سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی
بند ۸-۷ بهبود مستمر	ISO ۱۰۰۰۲:۲۰۱۴	سیستم رسیدگی به شکایت مشتریان
بند ۴-۶ عدم انطباق‌ها، اصلاح، اقدام اصلاحی و پیشگیرانه	ISO ۵۰۰۰۱:۲۰۱۱	سیستم مدیریت انرژی
بند ۴-۴ اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی	ISO ۲۹۹۹۰:۲۰۱۰	سیستم آموزش
-	-	آیین‌نامه و استانداردهای ملی
-	-	سند ابلاغی بالادستی

۴. تعاریف:

- ۴/۱. **انطباق (Conformity):** برآورده شدن یک الزام یا نیازمندی مشخص شده.
- ۴/۲. **عدم انطباق (Nonconformity):** برآورده نشدن یک الزام یا نیازمندی مشخص شده.
- ۴/۳. **اصلاح (Correction):** اقدام فوری و سطحی برای برطرف کردن یک عدم انطباق
- ۴/۴. **اقدام اصلاحی (Corrective Action):** اقدامی برای حذف علت یا علل یک عدم انطباق یا یک رویداد و جلوگیری از روی دادن مجدد آن‌ها.
- ۴/۵. **بهره‌وری:** استفاده بهینه از منابع سازمان به منظور رسیدن به اهداف پیش‌بینی شده
- ۴/۶. **اثر بخشی:** حدودی که برحسب آن فعالیت‌های طرح‌ریزی شده تحقق یافته‌اند و نتایج طرح‌ریزی شده به دست آمده‌اند.
- ۴/۷. **کارایی:** رابطه بین نتیجه به دست آمده و منابع استفاده شده می‌باشد.
- ۴/۸. **عدم انطباق بسته شده:** به عدم انطباقی اطلاق می‌شود که تمامی اقدام مراحل اقدام تعریف شده در برنامه اجرا و پایان یافته است.
- ۴/۹. **عدم انطباق بسته نشده:** به عدم انطباقی اطلاق می‌شود که با توجه به پیگیری‌های صورت گرفته یک یا چند اقدام تعریف شده آن، پایان نیافته باشد.

۵. تاریخچه تغییرات:

شماره ویرایش	تاریخ	شماره بند	توضیحات
۰۰	۹۸/۰۳/۱۸	-	ایجاد مدرک در طرح یکسان‌سازی مستندات شرکت
۰۱	۹۸/۰۸/۱۲	۵-۴	اصلاح تعریف بهره‌وری
		۱-۷	اضافه شدن "نظرها و مشاهدات کارکنان" در توجه ۱
	۹۹/۱۰/۰۱	۳-۷	اضافه شدن "عدم انطباق‌های مربوط به کنترل کیفیت" در توجه ۷

۶. مسئولیت‌ها:

- ۶/۱. **معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی:** مسئول نظارت بر حسن اجرای این روش می‌باشد.
- ۶/۲. **دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری:** مسئول اجرای این روش می‌باشد.
- ۶/۳. **گروه بهبود بهره‌وری ستاد استان:** مسئول اجرای این روش می‌باشد و مسئولیت تایید ردیفهای ۷ و ۸ و ۱۲ و ۱۳ فرم ثبت عدم انطباق به این گروه بهبود بهره‌وری تفویض می‌شود.
- ۶/۴. **مجریان سیستم مدیریت:** مسئول همکاری با دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری به منظور تعریف اقدامات لازم و اجرای آن‌ها می‌باشد.

۷. شرح اقدام:

فعالیت ۱: شناسایی عدم انطباق

۷.۱. اعلام مسئله (عدم انطباق):

تمامی واحدهای سازمانی در صورت مواجهه با یک عدم انطباق (بروز عدم انطباق) موظفاند عدم انطباق رخ داده را اعلام نمایند. جهت این کار اطلاعات پایه، و شرح مسئله/ درخواست در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی و درخواست اقدام اصلاحی" را تکمیل و با تأیید رئیس گروه/ رئیس اداره/ مدیر/ مدیریت/ معاون مربوطه به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارسال می‌نمایند.

توجه ۱: بروز عدم انطباق می‌تواند ناشی از موارد گوناگون از جمله پایش و اندازه‌گیری فرآیند، محصول/ خدمت نامنطبق، پایش و شناسایی تخلفات، نظارت و پایش عملیات انرژی، ممیزی داخلی، تجزیه و تحلیل داده‌ها، شکایت، نظارت و پایش امنیت اطلاعات، ممیزی خارجی، حسابرسی داخلی، بررسی نتایج و گزارش آزمون‌ها، نظارت و پایش عملیات HSE، بازنگری مدیریت، بررسی اقلام ورودی، کنترل استراتژی، خارج شدن تجهیزات از کالیبراسیون، مدیریت ریسک، مدیریت تغییر، پیشنهاد، نظرها و مشاهدات کارکنان و ... باشد.

۷.۲. بررسی مسئله:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری پس از دریافت درخواست، آن را بررسی می‌نماید. در صورتی که درخواست ارائه شده عدم انطباق نباشد، به واحد درخواست کننده به صورت تلفنی/ کتبی اعلام می‌نماید. در صورتی که درخواست دریافت شده عدم انطباق باشد، واحد مجری (اقدام جهت رفع عدم انطباق) را مشخص و در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" ثبت می‌نماید. این فرم پس از بررسی توسط مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری و تأیید معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی، به واحد مجری ارسال می‌گردد.

توجه ۲: دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری، پس از ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی"، شرح عدم انطباق، شماره درخواست و منشأ بروز و مسئول اجرا (واحد مجری) را در فرم "کنترل و پیگیری اقدام اصلاحی" وارد می‌نماید.

فعالیت ۲: تعیین اقدام و برنامه‌ریزی جهت اجرا

۷.۳. تعریف اقدام‌ها:

واحد مجری درخواست عدم انطباق دریافت شده را بررسی و بر اساس یکی از حالت‌های زیر اقدام می‌نماید:

۷.۳/۱. حالت اول: عدم انطباق فقط نیاز به اصلاح دارد:

در این حالت جهت رفع عدم انطباق، اقدامی جهت اصلاح تعریف می‌گردد. این حالت زمانی که رفع عدم انطباق نیاز به علت‌یابی ندارد، صورت می‌پذیرد. در این حالت بخش شرح اصلاح در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" تکمیل می‌گردد.

توجه ۳: اگر اصلاح جزئی باشد نیاز به تکمیل فرم "برنامه اقدام" نمی‌باشد و در بخش شرح اصلاح فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" مراحل اقدام و زمان آن شرح داده می‌شود.

۷/۳/۲. حالت دوم: عدم انطباق رخ داده نیاز به اقدام اصلاحی دارد:

این حالت زمانی رخ می دهد که رفع عدم انطباق نیازمند علت یابی می باشد، در این حالت مجری باید به بررسی علت(های) بروز عدم انطباق بپردازد. پس از یافتن علت، لازم است جهت جلوگیری از تکرار وقوع عدم انطباق، اقدام اصلاحی لازم تعیین گردد. اقدام تعریف شده باید در بخش شرح اقدام اصلاحی فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" ثبت گردد.

توجه ۴: جهت رفع ریشه ای عدم انطباق لازم است مسئله علت یابی گردد. اگر علت یابی نیاز به حل مسئله داشته باشد، لازم است که عدم انطباق با استفاده از "تکنیک حل مسئله" علت یابی گردد. علت یافته شده باید در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" شرح داده می شود.

توجه ۵: برای تمامی عدم انطباق های ناشی از ممیزی داخلی، ناشی از شکایت، عدم انطباق های مرتبط با موضوعاتی با اهمیت زیاد و عدم انطباق های که دارای تکرار زیاد هستند باید اقدام اصلاحی تعریف گردد.

۷/۳/۳. حالت سوم: عدم انطباق رخ داده علاوه بر اقدام اصلاحی، نیاز به اصلاح (اقدام فوری) جهت رفع عدم انطباق دارد:

در این حالت مجری باید اقدام فوری جهت رفع عدم انطباق را تعریف و پس از آن برنامه اجرای اقدام فوری را تعیین نماید. هم زمان با تعریف اقدام فوری، می توان به تعیین علت عدم انطباق (در صورت لزوم با استفاده از تکنیک حل مسئله) و اقدام اصلاحی پرداخت.

توجه ۶: واحد مجری موظف است اقدام جهت اصلاح و اقدام اصلاحی تعیین شده را در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" ثبت نماید. در شرایطی که عدم انطباق رخ داده نیازمند اقدام فوری است، می بایست اصلاح صورت پذیرد و سپس نسبت به تکمیل فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" اقدام گردد.

توجه ۷: در عدم انطباق های مرتبط با سیستم کیفیت آزمایشگاهی (بند ۴ فرم ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی) مدیر آزمایشگاه به نمایندگی از دفتر پژوهش و بهبود بهره وری مجاز می باشد که عدم انطباق را تایید/عدم تایید نماید (بند ۷ فرم ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی) همچنین تکمیل بندهای ۸ تا ۱۳ نیز توسط مدیر آزمایشگاه تکمیل می گردد. خاطر نشان می گردد به منظور یکپارچگی مستندسازی عدم انطباق های هر شرکت، فرم عدم انطباق جهت ثبت سوابق به دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ارجاع می گردد. مسئولیت پذیرش /عدم پذیرش کار نامطبق در آزمایشگاه و همچنین مسئولیت اطلاع رسانی به مشتری در صورت نیاز به عهده مدیر آزمایشگاه می باشد و در بخش ۱۰ فرم مربوطه اعلام می گردد.

۷/۴. محاسبه ریسک مرتبط با عدم انطباق:

پیش از اجرای اقدامات تعریف شده، لازم است ریسک های آن به صورت کلی شناسایی گردد و در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" ثبت گردد.

توجه ۸: در این مرحله نیاز به محاسبه عدد اولویت ریسک و تعیین ریسک های بارز نمی باشد.

توجه ۹: اگر درخواست عدم انطباق ناشی از فرآیند "مدیریت تغییرات سازمانی" باشد، نیازی به شناسایی ریسک در این مرحله نیست، زیرا ریسک‌های آن در مراحل آن فرآیند شناسایی شده است.

۷،۵. تغییر مرتبط با اقدام‌های انجام‌شده:

اگر اقدام تعریف‌شده منجر به ایجاد تغییر در سازمان گردد، لازم است مطابق فرآیند "مدیریت تغییرات سازمانی" اقدام گردد.

۷،۶. تعیین مسئول کنترل بهره‌وری:

مسئول و زمان بررسی بهره‌ور بودن اقدام باید توسط واحد مجری در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" (بند ۱۱) تعیین گردد.

۷،۷. برنامه اجرایی اقدام‌های تعریف‌شده:

واحد مجری موظف است جهت اجرای اقدام تعریف‌شده، مراحل اجرای اقدام را در فرم "برنامه اقدام" تدوین نماید. به‌علاوه باید مشخص گردد که هر مرحله در چه زمانی باید آغاز و در چه زمانی باید پایان یابد. در این برنامه باید مسئول مربوط به هر یک از مراحل اقدام تعیین گردد. واحد مجری می‌بایست منابع موردنیاز برای هر یک از مراحل تعریف‌شده را شناسایی نماید.

توجه ۱۰: در مواردی که علاوه بر اقدام اصلاحی نیاز به اصلاح (اقدام فوری) می‌باشد، باید برای اقدام اصلاحی و اصلاح یک فرم "برنامه اقدام" تکمیل نمود.

فعالیت ۳: اجرای اقدام

۷،۸. اجرای اقدام‌های تعریف‌شده:

واحد مجری موظف است اقدام تعریف‌شده را مطابق برنامه، اجرا نماید.

توجه ۱۱: زمانی که اجرای اقدام آغاز گردید، زمان شروع واقعی آن باید توسط واحد مجری در فرم "برنامه اقدام" ثبت گردد.

توجه ۱۲: بعد از شروع مراحل اجرای اقدام، یک رونوشت از فرم "برنامه اقدام" به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه می‌گردد. دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری، مطابق برنامه دریافت شده، شماره برنامه اقدام، تاریخ شروع اقدام (زمان شروع اجرای واقعی) را در فرم "کنترل و پیگیری اقدام اصلاحی" وارد می‌نماید.

۷،۹. پیگیری اقدام‌های تعریف‌شده:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری موظف است مطابق برنامه زمانی تعیین‌شده برای رفع عدم انطباق، روند اجرای اقدام را هر دو ماه یک‌بار پیگیری نماید. واحد مجری موظف است در هر بار پیگیری، میزان پیشرفت اجرای اقدام را در فرم "برنامه اقدام" وارد نموده و به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه نماید.

توجه ۱۳: پیگیری می‌تواند به صورت تلفنی، حضوری و یا ارسال نامه باشد. در صورت پیگیری از طریق نامه، این پیگیری از طریق مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری و معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی انجام می‌گیرد.

توجه ۱۴: در صورت عدم پایان اجرای مراحل اقدام در تاریخ برنامه ریزی شده و تمدید مهلت اجرای هریک از مراحل، واحد مجری موظف است تاریخ تمدید مهلت اجرا در فرم "برنامه اقدام" ثبت و علت تمدید مهلت را در ستون توضیحات این فرم شرح دهد و به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه نماید.

توجه ۱۵: پس از اتمام اجرای هریک از مراحل اقدام، واحد مجری باید تاریخ پایان واقعی را در فرم "برنامه اقدام" وارد و به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه نماید.

فعالیت ۴: بررسی بهره‌ور بودن اقدام

۷،۱۰. بررسی بهره‌وری اقدام‌های انجام‌شده:

پس از اجرای اقدام، بهره‌ور بودن آن توسط فرد تعیین‌شده در بند ۷-۶ و سپس توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری بررسی می‌گردد. در صورت بهره‌ور نبودن اقدامات از نظر فرد تعیین‌شده و یا دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری و یا هر دو، باید منشأ بهره‌ور نبودن تعیین گردد. در صورتی که ناشی از اقدام تعریف‌شده و برنامه اقدام باشد، باید عدم انطباق مجدداً بررسی شود. در صورت لزوم، اقدامات جدید تعیین گردد و مطابق فعالیت دوم اقدام گردد. اگر بهره‌ور نبودن ناشی از اجرای اقدام باشد باید مطابق فعالیت سوم اقدام گردد. اگر بهره‌ور نبودن منجر به بروز یک عدم انطباق دیگر شود باید یک عدم انطباق جدید تعریف گردد.

توجه ۱۶: جهت تعیین بهره‌ور بودن اقدام انجام‌شده باید اثربخشی و کارایی اقدام انجام‌شده بررسی گردد. اگر نتایج برنامه ریزی شده اقدام به میزان مطلوبی تحقق یافته باشد، می‌توان گفت که اقدام انجام‌شده اثربخش بوده است. کارایی اقدام انجام‌شده را می‌توان بر اساس میزان منابع مورد استفاده در مراحل اجرای اقدام سنجید. کارا بودن یک اقدام در نتیجه اتلاف کمتر منابع طی اجرای اقدام حاصل می‌گردد. بهره‌ور بودن اقدام انجام‌شده با توجه به بلوغ سازمانی هر شرکت و بر اساس تشخیص مسئول بررسی بهره‌وری تعیین می‌گردد.

فعالیت ۵: بررسی و ثبت نتیجه نهایی

۷،۱۱. بررسی و ثبت نهایی نتیجه:

پس از بررسی بهره‌ور بودن، بسته شدن / نشدن عدم انطباق، توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری در فرم "ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی" تعیین می‌گردد.

توجه ۱۶: دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری موظف است تاریخ پایان اقدام و نتایج بهره‌وری را در فرم "کنترل و پیگیری اقدامات اصلاحی" ثبت نماید.

۷،۱۲. ثبت دانش حاصل از اقدام‌های انجام‌شده:

اگر در نتیجه اجرای اقدام، دانشی ایجاد گردد، دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری موظف است مطابق فرآیند "مدیریت دانش" اقدام نماید.

۸. پیوست‌ها:

۸/۱. فرم ثبت عدم انطباق و درخواست اقدام اصلاحی به کد سند F-۰۱۴-۱۹

۸/۲. فرم برنامه اقدام به کد سند F-۰۱۴-۲۰

۸/۳. فرم کنترل و پیگیری اقدامات اصلاحی به کد سند F-۰۱۴-۲۱

۹. سند درون‌سازمانی مرتبط:

۹/۱. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت تغییرات سازمانی)

۹/۲. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت دانش)

۹/۳. دستورالعمل تکنیک حل مسئله

۱۰. تهیه‌کننده‌های سند:

۱۰/۱. رویا یعقوبی‌نژاد (رئیس گروه بهبود بهره‌وری)

۱۰/۲. الهام موجودی (کارشناس بهبود بهره‌وری)



بخش هفتم: بازنگری مدیریت

۰. مقدمه:

مدیریت ارشد شرکت باید سیستم مدیریت یکپارچه را به منظور حصول اطمینان از مناسب بودن، کفایت و اثربخشی موردبازنگری قرار دهد. این بازنگری باید پایش تمامی فرآیندها و شناسایی / ارزیابی فرصت های بهبود را شامل شود. در این بخش به چگونگی برنامه ریزی و نحوه انجام آن بر اساس فرآیند تدوین شده در مدل فرآیندی حوزه های کسب و کار اشاره می شود.

➤ جانمایی در ماتریس فرآیندی

فرآیند	گروه کسب و کار	حوزه کسب و کار
بازنگری مدیریت	مدیریت کیفیت سازمانی	توسعه و مدیریت قابلیت های کسب و کار

۱. هدف:

حصول اطمینان از تداوم مناسب بودن، کفایت و اثربخشی سیستم مدیریت یکپارچه و طرح ریزی اهداف نظام مدیریتی در شرکت

۲. دامنه کاربرد:

مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران

۳. مراجع الزامی:

بند مرتبط / جزئیات	عنوان	سرفصل
بند ۳-۹ بازنگری مدیریت	ISO ۹۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت کیفیت
بند ۳-۹ بازنگری مدیریت	ISO ۱۴۰۰۱:۲۰۱۵	سیستم مدیریت زیست محیطی
بند ۳-۹ بازنگری مدیریت	ISO ۴۵۰۰۱:۲۰۱۸	سیستم مدیریت ایمنی
بند ۸-۹ بازنگری مدیریت	ISO ۱۷۰۲۵:۲۰۱۷	سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی
بند ۶-۸ بازنگری مدیریت فرآیند رسیدگی به شکایات	ISO ۱۰۰۰۲:۲۰۱۴	سیستم رسیدگی به شکایت مشتریان
بند ۷-۴ بازنگری مدیریت	ISO ۵۰۰۰۱:۲۰۱۱	سیستم مدیریت انرژی
بند ۳-۴ بازنگری مدیریت	ISO ۲۹۹۹۰:۲۰۱۰	سیستم مدیریت آموزش
-	-	آیین نامه و استانداردهای ملی
-	-	سند ابلاغی بالادستی

۴. تعاریف:

۴/۱. IMS: سیستم مدیریت یکپارچه (Integrated Management System)

۴/۲. **بازنگری مدیریت:** به مجموعه فعالیت‌های منظم و برنامه‌ریزی شده برای بررسی و ارزیابی عملکرد سیستم مدیریت یکپارچه اطلاق می‌شود که می‌بایست در دوره‌های زمانی از پیش تعیین شده توسط مدیریت ارشد و به منظور حصول اطمینان از اثربخشی و سازگاری این سیستم با الزامات استانداردها و جهت گیری استراتژیک سازمان انجام گیرد.

۴/۳. **ورودی‌های بازنگری مدیریت:** بازنگری مدیریت باید با توجه به موارد بیان شده در جدول زیر، برنامه‌ریزی و انجام شود.

۴/۴. **خروجی‌های بازنگری مدیریت:** خروجی‌های بازنگری مدیریت باید تصمیمات و اقداماتی مربوط به موارد بیان شده در جدول زیر را شامل شود.

خروجی جلسه	ورودی جلسه
<ul style="list-style-type: none"> ➤ فرصت‌های بهبود مداوم ➤ هرگونه نیاز به تغییر سیستم مدیریت کیفیت ➤ نیاز به منابع 	<div>سیستم مدیریت کیفیت (ISO ۹۰۰۱:۲۰۱۵)</div> <ul style="list-style-type: none"> ➤ وضعیت اقدام‌های بازنگری‌های مدیریت قبلی ➤ تغییرات در <ul style="list-style-type: none"> • مسائل داخلی و خارجی مرتبط با سیستم مدیریت کیفیت • نیازها و انتظارات طرف‌های ذی‌نفع شامل تعهدات به تطابق • جنبه‌های زیست‌محیطی بارز خود • ریسک‌ها و فرصت‌ها ➤ اطلاعات در مورد عملکرد کیفیت از جمله روندها و شاخص‌ها برای: <ul style="list-style-type: none"> • نتایج بررسی عدم انطباق‌ها و اقدامات اصلاحی • نتایج پایش و اندازه‌گیری • ممیزی داخلی • رضایت مشتری • مسائل مربوط به ارائه‌کننده‌های خارجی و دیگر طرف‌های ذی‌نفع مرتبط • کفایت منابع موردنیاز جهت نگهداری از یک سیستم مدیریت کیفیت مؤثر • عملکرد فرآیند و انطباق محصولات و خدمات ➤ اثربخشی اقدام‌های انجام شده برای پرداختن به ریسک‌ها و فرصت‌ها ➤ فرصت‌های بالقوه جدید جهت بهبود مداوم

خروجی جلسه	ورودی جلسه
<ul style="list-style-type: none"> ➤ نتیجه‌گیری‌هایی در زمینه تداوم تناسب، کفایت و اثربخشی سیستم مدیریت زیست‌محیطی ➤ تصمیمات مرتبط با نیاز به هرگونه تغییری در سیستم مدیریت زیست‌محیطی، شامل منابع ➤ اقدامات در صورت نیاز، در صورت عدم تحقق اهداف ➤ فرصت‌های بهبود یکپارچه‌سازی سیستم مدیریت زیست‌محیطی با دیگر فرآیندهای کسب‌وکار در صورت نیاز ➤ هرگونه عواقب برای جهت‌گیری استراتژیک سازمان 	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ وضعیت اقدام‌های بازنگری‌های مدیریت قبلی ➤ تغییرات در: <ul style="list-style-type: none"> • موضوعات خارجی و داخلی مرتبط با سیستم مدیریت زیست‌محیطی • نیازها و انتظارات طرف‌های ذی‌نفع شامل تعهدات به تطابق • جنبه‌های زیست‌محیطی بارز خود • ریسک‌ها و فرصت‌ها ➤ میزان برآورده شدن اهداف ➤ اطلاعاتی در مورد عملکرد زیست‌محیطی سازمان، شامل روندهای: <ul style="list-style-type: none"> • عدم انطباق‌ها و اقدام‌های اصلاحی • نتایج پایش و اندازه‌گیری • برآوردن تعهدهای مرتبط به تطابق خود • نتایج ممیزی‌ها • عملکرد تأمین‌کنندگان بیرونی • نتایج پایش و اندازه‌گیری ➤ کفایت منابع ➤ ارتباط (ارتباطات) مرتبط از طرف‌های ذینفع برون‌سازمانی شامل شکایات ➤ فرصت‌هایی برای بهبود مداوم </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> سیستم مدیریت زیست‌محیطی (ISO 14001:2015) </div> </div>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ فرصت‌های بهبود مستمر ➤ هرگونه نیاز به تغییر برای سیستم مدیریت OH&S ➤ منابع موردنیاز ➤ اقداماتی که باید انجام گیرند ➤ فرصت‌هایی برای بهبود سیستم مدیریت OH&S با سایر فرآیندهای کسب‌وکار ➤ هرگونه مفهوم و کاربردی برای مسیر استراتژیک سازمان 	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ وضعیت اقدام‌های بازنگری مدیریت قبلی ➤ تغییرات در موضوعات و مسائل داخلی و خارجی که با سیستم مدیریت OH&S در ارتباط هستند، از قبیل: <ul style="list-style-type: none"> • نیازها و انتظارات طرف‌های ذینفع و علاقه‌مند • الزامات و شرایط قانونی و سایر الزامات و شرایط • ریسک‌ها و فرصت‌ها ➤ میزان رعایت خط‌مشی OH&S و همچنین میزان دستیابی به اهداف OH&S ➤ اطلاعاتی در خصوص عملکرد OH&S از قبیل روندهایی در: <ul style="list-style-type: none"> • رویدادها، عدم انطباق‌ها، اقدامات اصلاحی و بهبود مستمر • کنترل و سنجش نتایج • نتایج ارزیابی انطباق با الزامات و شرایط قانونی و سایر الزامات و شرایط • نتایج ممیزی • مشاوره و مشارکت کارگران • ریسک‌ها و فرصت‌ها ➤ کفایت منابع برای حفظ یک سیستم مدیریت OH&S مؤثر ➤ فرصت‌هایی برای بهبود مستمر </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> سیستم مدیریت ایمنی (ISO 45001:2018) </div> </div>

خروجی جلسه	ورودی جلسه	سیستم مدیریت آزمایشگاهی (ISO ۱۷۰۲۵:۲۰۱۷)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ اثربخشی سیستم مدیریت و فرایندهای آن ➤ بهبود فعالیت‌های آزمایشگاهی در ارتباط با تحقق الزامات این استاندارد ➤ هرگونه نیاز به تغییر ➤ تأمین منابع موردنیاز 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تغییرات در عوامل بیرونی و درونی مرتبط با آزمایشگاه ➤ برآورده سازی اهداف (تحقق اهداف) ➤ مناسب بودن خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ➤ وضعیت اقدامات تصمیم‌گیری شده در مورد بازنگری مدیریت‌های قبلی ➤ نتیجه ممیزی‌های داخلی اخیر ➤ اقدام‌های اصلاحی ➤ ارزیابی توسط اعضای خارجی ➤ تغییر در حجم و نوع کار یا در محدوده فعالیت‌های آزمایشگاهی ➤ بازخور مشتری و پرسنل ➤ شکایات ➤ اثربخشی هر گونه پیشرفت‌های انجام شده ➤ کفایت منابع ➤ نتایج شناسایی و ارزیابی ریسک‌ها ➤ نتایج اطمینان از اعتبار نتایج ➤ سایر عوامل مرتبط، نظیر فعالیت‌های نظارتی و آموزشی 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ تصمیمات و اقدام‌های مرتبط با بهبود اثربخشی و کارایی فرآیند رسیدگی به شکایات ➤ پیشنهادهایی برای بهبود تصمیمات و اقدامات مرتبط با نیازهای شناسایی شده از نظر منابع ➤ شناسایی فرصت‌های بهبود 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ عوامل درونی نظیر تغییرات در خط‌مشی، اهداف، ساختار سازمانی، منابع در دسترس و محصولات عرضه‌شده ➤ عوامل بیرونی نظیر تغییر در قوانین، فعالیت‌های رقابتی و نوآوری‌های تکنولوژیکی ➤ کارکرد کلی فرآیند رسیدگی به شکایات، به‌ویژه بررسی‌های مربوط به رضایت مشتری و نتایج پایش مداوم ➤ نتایج ممیزی‌ها ➤ وضعیت اقدام‌های اصلاحی و پیشگیرانه ➤ اقدام‌های پیگیرانه مربوط به بازنگری‌های قبلی مدیریت ➤ توصیه‌هایی بهبود 	سیستم رسیدگی به شکایات (ISO ۱۰۰۰۲:۲۰۱۴)

خروجی جلسه	ورودی جلسه	سیستم مدیریت انرژی (ISO ۵۰۰۰۱:۲۰۱۱)
<ul style="list-style-type: none"> تغییرات در عملکرد انرژی سازمان تغییرات در خط مشی انرژی تغییرات در شاخص های عملکرد انرژی تغییر در اهداف کلان، اهداف خرد و دیگر عناصر سیستم مدیریت انرژی، سازگار با تعهد سازمان به بهبود مستمر تغییر در تخصیص منابع 	<ul style="list-style-type: none"> پیگیری اقدام های بازنگری های مدیریت قبلی بازنگری خط مشی انرژی بازنگری عملکرد انرژی و شاخص های عملکرد انرژی مرتبط نتایج ارزیابی تطابق با الزامات قانونی و تغییرات در الزامات قانونی و دیگر الزاماتی که سازمان به آنها متعهد است میزان دستیابی به اهداف کلان و خرد انرژی نتایج ممیزی سیستم مدیریت انرژی وضعیت اقدام های اصلاحی و پیشگیرانه عملکرد انرژی مورد انتظار برای دوره بعدی توصیه هایی برای بهبود 	
<ul style="list-style-type: none"> توصیه می شود بازنگری های سیستم مدیریت شامل به تصمیمات و اقداماتی درباره موارد زیر هدایت کند: بهبود اثربخشی سیستم مدیریت و فرآیندهای آن بهبود انطباق با این استاندارد بین المللی منابع مورد نیاز برای ارائه اثربخش خدمات فراگیری 	<ul style="list-style-type: none"> توصیه می شود اطلاعات مورد نیاز برای بازنگری های سیستم مدیریت شامل موارد زیر باشد: نتایج ممیزی های داخلی و خارجی بازخورد از ذینفعان در رابطه با انطباق با این استاندارد بین المللی وضعیت اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه پیگیری اقدامات از بازنگری های مدیریت قبلی تحقق اهداف عینی تغییراتی که می تواند بر سیستم مدیریت اثر داشته باشد تقاضاها و شکایات و هم چنین رسیدگی به آنها شناسایی و رفع عدم انطباق ها در سیستم مدیریت نتایج ارزیابی خدمات فراگیری 	سیستم مدیریت آموزش (ISO ۲۹۹۹۰:۲۰۱۰)

۵. تاریخچه تغییرات:

شماره ویرایش	تاریخ بازنگری	شماره بند	توضیحات
۰۰	۹۸/۰۳/۱۸	-	ایجاد مدرک در طرح یکسان سازی مستندات شرکت
۰۱	۹۸/۰۹/۰۵	۱-۷	توجه ۱- اصلاح تعداد جلسات بازنگری مدیریت از دوبار در سال به یکبار توجه ۴- اضافه شده است توجه ۵- ویرایش گردید
		۷-۷	اصلاح تعداد جلسات بازنگری مدیریت

۶. مسئولیت‌ها:

- ۶/۱. **مدیرعامل:** مسئول نظارت بر حسن اجرای این روش و ابلاغ برنامه زمان‌بندی برگزاری جلسات بازنگری مدیریت، نامه دعوت به شرکت در جلسات، گزارش‌های مصوب صورت جلسه می‌باشد.
- ۶/۲. **مجری‌های سیستم مدیریت:** مسئول جمع‌آوری ورودی‌های سیستم مدیریت مربوطه جهت ارائه در جلسه بازنگری مدیریت و پیگیری به‌منظور حصول اطمینان از اجرای مصوبات می‌باشند.
- ۶/۳. **معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی:** مسئول نظارت بر حسن اجرای این روش می‌باشد.
- ۶/۴. **دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری:** مسئول اجرای این روش می‌باشد.
- ۶/۵. **دبیرخانه سیستم مدیریت کیفیت:** مسئول نگهداری تمامی سوابق و هم‌چنین درج مستندات در شبکه داخلی شرکت می‌باشد.
- ۶/۶. **دبیرخانه سیستم‌های مدیریتی:** هر یک از مجری‌های سیستم مدیریت در زیرمجموعه خود نسبت به تشکیل دبیرخانه سیستم مدیریت مربوطه اقدام و به معاونت برنامه‌ریزی اعلام می‌نمایند. دبیرخانه فوق‌الذکر ملزم به نگهداری تمامی سوابق پیش جلسه و جلسه بازنگری و هم‌چنین هماهنگی با دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری، جهت درج مستندات در شبکه داخلی شرکت می‌باشد.

۷. شرح اقدام:

فعالیت ۱: برنامه ریزی و آماده سازی برای بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه

۷/۱. برگزاری پیش جلسه بازنگری مدیریت:

به منظور حصول نتیجه مطلوب در جلسه بازنگری مدیریت، هر یک از مجری های سیستم مدیریت نسبت به برگزاری پیش جلسه (ها) بازنگری مدیریت در حوزه تحت سرپرستی اقدام می نماید. در پیش جلسه ها، سوابق گردآوری شده به منظور رفع نقص، تکمیل خواسته های استاندارد و ارائه در جلسه اصلی بازنگری مدیریت مورد بحث و بررسی قرار می گیرد و گزارش جلسه در قالب فرم "ورودی جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" به منظور تأیید و صحه گذاری به دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ارسال می گردد.

توجه ۱: لازم به ذکر است که در هفته اول اردیبهشت ماه هر سال دفتر پژوهش و بهبود بهره وری هر شرکت با هماهنگی سایر مجری های سیستم نسبت به تنظیم برنامه زمان بندی جلسات بازنگری مدیریت و ممیزی داخلی در فرم "تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" اقدام می نماید. برنامه تنظیم شده جهت تأیید به معاون برنامه ریزی و منابع انسانی و سپس جهت ابلاغ به مدیرعامل ارسال می گردد. برنامه فوق به تمام مجری های سیستم مدیریت یکپارچه جهت جمع آوری سوابق و تشکیل پیش جلسات ابلاغ می گردد. جلسه های بازنگری مدیریت هریک از شرکت ها حداقل یک بار در سال و معمولاً بعد از ممیزی داخلی انجام می گردد. توضیحات بیش تر جهت تهیه تقویم در راهنمای فرآیند "ممیزی داخلی سیستم ها" آورده شده است.

توجه ۲: مجری سیستم یک هفته قبل از برگزاری پیش جلسه، ورودی های پیش جلسه را تهیه می نماید.

توجه ۳: پیش جلسات دو هفته قبل از جلسات اصلی برگزار می گردد.

توجه ۴: تمامی جلسات داخلی که تحت عنوان کمیسیون، کمیته، کارگروه و یا نشست های تخصصی جهت بررسی فرآیند انجام کار و رفع عدم انطباق ها و حرکت به سمت بهبود در هر یک از حوزه ها برگزار می گردد، می تواند به عنوان پیش جلسه بازنگری مدیریت و بخشی از فرآیند بازنگری مدیریت اصلی تلقی گردد.

۷/۲. تهیه گزارش ورودی جلسه بازنگری مدیریت:

دفتر پژوهش و بهبود بهره وری هر شرکت، پس از جمع بندی گزارش ها، یک هفته قبل از تشکیل جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه، نتایج دریافتی از پیش جلسات بر گزار شده توسط مجریان سیستم را بررسی و اقدام به تعیین ورودی های جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه در فرم "ورودی جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" می نماید.

۷/۳. تدوین برنامه جلسه بازنگری مدیریت:

زمان ارائه عملکرد هریک از مجریان سیستم مدیریت در جلسه بازنگری مدیریت، توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره وری در برنامه جلسه مشخص شده و پس از تأیید معاون برنامه ریزی و منابع انسانی، به همراه نامه دعوت به جلسه، توسط مدیرعامل به مجریان سیستم ابلاغ می گردد.

توجه ۵: دفتر پژوهش و بهبود بهره وری مسئول اصلاح و تنظیم مجدد برنامه / نامه دعوت به جلسه می باشد.

فعالیت ۲: اجرای بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه

۷/۴. برگزاری جلسه بازنگری مدیریت:

جلسه بازنگری مدیریت مطابق برنامه زمانی تعیین شده توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری برگزار می‌گردد. اعضای جلسات بازنگری مدیریت شامل مدیرعامل، معاونین، مدیران میانی مستقل و عضو مهمان (حسب مورد به تشخیص معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی) می‌باشد و صورت جلسه توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری در فرم "صورت جلسه" تدوین می‌گردد.

توجه ۶: در صورت جلسه بازنگری مدیریت مسئولیت اجرا، پیگیری، مهلت اجرا و منابع موردنیاز برای هر یک از مصوبات، مشخص می‌گردد.

توجه ۷: دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری "صورت جلسه" بازنگری مدیریت را جهت تأیید به معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و سپس جهت تصویب و ابلاغ به مدیرعامل ارسال می‌نماید.

توجه ۸: مدیرعامل هر یک از شرکت‌های زیرمجموعه، یک نسخه از "صورت جلسه" بازنگری مدیریت خود را به معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی ستاد استان (دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان) ارسال می‌نماید. معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی ستاد استان "صورت جلسه" بازنگری مدیریت شرکت‌های زیرمجموعه را به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان ارائه می‌نماید.

توجه ۹: در سیستم‌های مدیریت تخصصی مانند سیستم مدیریت کیفیت آزمایشگاهی، با هماهنگی قبلی (قبل از زمان اعلام شده در تقویم شرکت) می‌تواند جلسه بازنگری مدیریت به صورت مستقل انجام گردد و خروجی آن جهت طرح در جلسه بازنگری مدیریت به دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ارائه گردد.

فعالیت ۳: اجرای مصوبات و پیگیری نتایج بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه

۷/۵. بررسی مصوبات جلسه بازنگری مدیریت:

هر یک از مجریان سیستم پس از دریافت صورت جلسه بازنگری مدیریت، موظف‌اند مصوبات را بررسی نمایند.

۷/۵/۱. در صورتی که اقدام‌های تعیین شده ماهیت فرصت بهبود دارند، می‌بایست حداکثر ظرف مدت دو هفته پس از دریافت گزارش بازنگری مدیریت، نسبت به تکمیل و ارسال فرم مربوط به ثبت پیشنهاد بر اساس فرآیند "مدیریت نظام پیشنهادها" اقدام گردد. توصیه می‌شود، پیشنهاد فوق حتی المقدور به صورت گروهی ثبت گردد.

۷/۵/۲. در صورتی که اقدام‌های تعیین شده ماهیت عدم انطباق دارند، می‌بایست حداکثر ظرف مدت سه روز پس از دریافت گزارش بازنگری مدیریت، نسبت به تکمیل فرم مربوط به ثبت عدم انطباق بر اساس فرآیند "مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی" اقدام گردد.

۷/۶. پیگیری مصوبات جلسه بازنگری مدیریت:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری، پیگیری مصوبات را هر دو ماه یک‌بار از مجریان سیستم مدیریت انجام می‌دهد. پیگیری مصوبات با بررسی صورت جلسه بازنگری مدیریت، لیست اقدامات اصلاحی و لیست پیشنهادهای منتج از مصوبات بازنگری مدیریت به صورت تلفنی، حضوری و یا از طریق مکاتبه انجام می‌گیرد. پیش از فرارسیدن جلسه بازنگری نوبت بعد، دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری گزارشی از مجموع اقدامات انجام شده منتج از مصوبات بازنگری مدیریت در قالب فرم "گزارش بازنگری و ارزیابی سیستم‌های مدیریت یکپارچه" تهیه نموده و جهت تأیید و تصویب به معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و مدیرعامل ارسال می‌نماید. گزارش فوق یکی از ورودی‌های جلسه بازنگری مدیریت آتی خواهد بود.

توجه ۱۰: در صورتی که "گزارش بازنگری و ارزیابی سیستم‌های مدیریت یکپارچه" توسط معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و یا مدیرعامل مورد تأیید قرار نگیرد، باید توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری اصلاح و مجدداً تنظیم گردد.

فعالیت ۴: جمع‌بندی و ارزیابی عملکرد سیستم مدیریت مجموعه شرکت

۷/۷. تدوین و ارسال گزارش عملکرد سالانه:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری شرکت‌های زیرمجموعه در نیمه اول اردیبهشت و حداکثر ده روز قبل از زمان بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت نسبت به تدوین گزارش عملکرد سالانه شرکت تحت سرپرستی خود، در فرم "گزارش عملکرد" اقدام می‌نماید. در این گزارش لازم است تمامی مصوبات جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه اجرا شده در سال و مصوبات جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت، اقدامات مربوط به هر یک از مصوبات و نتایج حاصل از اقدامات، مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد. به علاوه باید تحلیلی از عملکرد شرکت در حوزه‌های مختلف بر اساس شاخص‌های عملکردی ارائه گردد. این گزارش جهت تأیید و تصویب به ترتیب به معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی و مدیرعامل شرکت ارسال می‌گردد.

توجه ۱۱: مدیرعامل هر یک از شرکت‌های زیرمجموعه، یک نسخه از "گزارش عملکرد" خود را به معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی ستاد استان (دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان) ارسال می‌نماید که به عنوان یکی از ورودی‌های جلسه "بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت" در نظر گرفته می‌شوند.

توجه ۱۲: با توجه به این که طرح و نتیجه‌گیری تمامی الزامات سیستم مدیریت در یک جلسه امکان‌پذیر نمی‌باشد، تمامی جلسات داخلی که تحت عنوان کمیسیون، کمیته، کارگروه و یا نشست‌های تخصصی جهت بررسی فرآیند انجام کار و رفع عدم انطباق‌ها و حرکت به سمت بهبود صورت می‌پذیرد، می‌تواند به عنوان بخشی از فرآیند بازنگری مدیریت تلقی گردد. در جلسه رسمی بازنگری مدیریت برگزار شده با توجه به مصوبات و خروجی این جلسه‌های تخصصی یک‌بار دیگر تمامی ورودی‌ها مطابق استاندارد مطرح می‌گردد.

فعالیت ۵: برنامه ریزی و آماده سازی برای بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت

۷،۸. تدوین برنامه زمانی جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت:

دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد استان در نیمه اول اردیبهشت ماه هر سال با هماهنگی دفاتر پژوهش و بهبود بهره وری شرکت های زیرمجموعه اقدام به تعیین زمان و برنامه برگزاری جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت در فرم "تقویم سالانه ممیزی داخلی و بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" می نماید. این برنامه به منظور تأیید و ابلاغ به ترتیب به معاون برنامه ریزی و منابع انسانی و مدیرعامل ستاد استان ارائه می گردد.

۷،۹. تدوین گزارش ورودی جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت:

دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد استان با استفاده از صورت جلسه های بازنگری مدیریت شرکت ها (نیمه اول و دوم هر سال) و نیز گزارش ارزیابی عملکرد شرکت ها، یک هفته قبل از تشکیل جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت، باید اقدام به تعیین ورودی های جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت اقدام نموده و فرم "ورودی جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه" را تکمیل نماید.

۷،۱۰. تدوین برنامه جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت:

زمان ارائه هریک از شرکت های زیرمجموعه به علاوه ستاد استان در جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت، توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره وری در برنامه جلسه مشخص شده و به همراه نامه دعوت به جلسه جهت بررسی و تأیید به معاون برنامه ریزی و منابع انسانی ارائه می گردد. برنامه جلسه و نامه دعوت به جلسه پس از تأیید توسط مدیرعامل ستاد استان ابلاغ می گردد.

فعالیت ۶: اجرای بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت

۷،۱۱. برگزاری جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت:

اعضای جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت شامل مدیرعامل، معاون برنامه ریزی و منابع انسانی و دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد استان، مدیران عامل شرکت های زیرمجموعه و حسب مورد معاون برنامه ریزی و منابع انسانی آن شرکت ها است. "صورت جلسه" بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت توسط دفتر پژوهش و بهبود بهره وری ستاد استان تدوین و جهت تأیید به معاون برنامه ریزی ستاد استان و سپس جهت تصویب و ابلاغ به مدیرعامل ستاد استان ارسال می گردد.

توجه ۱۳: اگر مصوبات این جلسه مرتبط با واحدهای ستاد استان باشد، خود به عنوان یک شرکت در نظر گرفته شده و سیکل اجرای مصوبات مشابه سایر شرکت های زیرمجموعه خواهد بود.

توجه ۱۴: مدیرعامل ستاد استان، یک نسخه از "صورت جلسه" بازنگری مدیریت مجموعه شرکت را به مدیرعامل شرکت های زیرمجموعه و واحدهای ستاد ابلاغ می نماید. مدیران عامل شرکت های زیرمجموعه گزارش دریافتی را پس از بررسی به تمامی واحدها ابلاغ می نماید.

فعالیت ۷: اجرای مصوبات و پیگیری نتایج مربوط به بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت

۷/۱۲. بررسی مصوبات جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت:

مشابه فعالیت سوم، مجریان سیستم پس از دریافت "صورت جلسه" بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت، با توجه به ماهیت هر مصوبه، اقدام به تعریف اقدام اصلاحی (حداکثر سه روز پس از دریافت گزارش) یا پیشنهاد (حداکثر دو هفته پس از دریافت گزارش) می نمایند.

۷/۱۳. پیگیری مصوبات جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت:

دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان هر سه ماه یکبار از واحدهای ستاد/ دفاتر پژوهش و بهبود بهره‌وری شرکت‌های زیرمجموعه، مصوبات "جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه مجموعه شرکت" را پیگیری می نماید. همان‌طور که در فعالیت سوم بیان شد، پیگیری مصوبات با بررسی صورت جلسه بازنگری مدیریت، لیست اقدام‌های اصلاحی و لیست پیشنهادهای منتج از مصوبات بازنگری مدیریت به صورت تلفنی، حضوری و یا از طریق مکاتبه انجام می گیرد. سپس گزارشی از مجموعه اقدام‌های منتج از این جلسه که در شرکت‌های زیرمجموعه و واحدهای ستاد تعریف و انجام شده است در قالب فرم "گزارش بازنگری و ارزیابی سیستم‌های مدیریت یکپارچه" تهیه می نماید. گزارش تهیه شده جهت بررسی به معاون برنامه ریزی و منابع انسانی ستاد ارائه و پس از تأیید، به مدیرعامل ستاد ارسال می گردد.

توجه ۱۵: دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری ستاد استان، پیگیری مصوبات مربوط به شرکت‌های زیرمجموعه این جلسه را از طریق دفاتر پژوهش و بهبود شرکت‌های زیرمجموعه انجام می دهد.

۸. پیوست:

۸،۱. فرم ورودی جلسه بازنگری سیستم مدیریت یکپارچه به کد سند F-۰۱۲-۰۰۵

۸،۲. گزارش بازنگری و ارزیابی سیستم‌های مدیریت یکپارچه به کد سند F-۰۱۲-۰۰۶

۸،۳. گزارش عملکرد به شماره سند F-۰۱۲-۰۰۷

۹. سند درون سازمانی مرتبط

۹/۱. روش اجرایی برگزاری جلسات

۹/۲. دستورالعمل نظام مشارکتی (نظام پیشنهادها)

۹/۳. راهنمای سیستم مدیریت یکپارچه (بخش مدیریت عدم انطباق و برنامه‌های اصلاحی)

۱۰. تهیه کننده‌های سند:

۱۰/۱. رویا یعقوبی نژاد (رئیس گروه بهبود بهره‌وری)

۱۰/۲. الهام موجودی (کارشناس بهبود بهره‌وری)



بخش هشتم: مدیریت دانش

۰. مقدمه:

با گسترش و توسعه دانش در سازمان‌ها و با توجه به الزامات ویرایش جدید سیستم مدیریت کیفیت، مدیریت اثربخش دانش در راستای اهداف سازمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. ایجاد زیرساخت‌های اولیه مدیریت دانش برای کنترل و نظارت هرچه بهتر بر دانش سازمانی بسیار مهم قلمداد می‌شود. دانش سرمایه‌ای است که نمی‌توان آن را به راحتی در اختیار گرفت، برای این که کارکنان سازمان به سمت ایجاد و مدیریت دانش هدایت شوند، در ابتدا باید زیرساختی سیستماتیک در قالب یک روند مشخص برای زمینه‌سازی در این خصوص تعریف و اجرا گردد. در این میان، مدیریت کیفیت به عنوان یک سیستم جامع مدیریتی می‌تواند نقش بسزایی در ایجاد زیرساخت‌هایی سیستماتیک برای گام برداشتن در مسیر مدیریت دانش سازمانی داشته باشد.

وزارت نیرو از سال ۱۳۹۳ با تدوین برنامه‌های راهبردی نسبت به استقرار و توسعه مدیریت دانش در سطح شرکت‌های تحت پوشش خود با تمرکز بر ثبت، تبادل و انتقال "دانش آشکار" اقدام نمود.

معاونت منابع انسانی و بهبود مدیریت شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور در سال ۱۳۹۴ به عنوان راهبر اصلی این سیستم در بخش آب و فاضلاب با تعیین شرکت‌های پایلوت پروژه را آغاز کرد. از آنجایی که شرکت آب و فاضلاب استان تهران اقدام‌های قابل توجهی در این خصوص انجام داده بود، شرکت تأمین و تصفیه آب و فاضلاب تهران و شرکت فاضلاب تهران به عنوان پایلوت‌های کشوری انتخاب گردیدند تا بر اساس شرح خدمات مصوب شده نسبت به استقرار این سیستم اقدام نمایند.

کارگروه راهبردی مدیریت دانش شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور در انتهای سال ۹۴ به منظور پیشگیری از استقرار سیستم‌های مدیریت دانش پراکنده و ایجاد یکپارچگی فعالیت تشکیل گردید. عدم امکان پیوستگی و همبستگی شروع به کار نمود. این کارگروه می‌باشد که تمامی شرکت‌های زیرمجموعه مکلف گردیدند نسبت به استقرار سیستم به صورت مستقل اقدام نمایند.

اهم فعالیت‌های صورت گرفته تاکنون عبارت‌اند از:

۱. عدم استقرار سیستم مدیریت دانش در شرکت‌های زیرمجموعه به صورت مستقل

۲. ابلاغ درخت دانشی

۳. تهیه پیش نویس مدیریت یکپارچه دانش آشکار

➤ جانمایی سند در ماتریس فرآیندی

فرآیند	گروه کسب و کار	حوزه کسب و کار
مدیریت دانش	مدیریت کیفیت سازمانی	توسعه و مدیریت قابلیت‌های کسب و کار

۱. هدف:

هدف از تدوین این بخش، هم‌راستا با پروژه تعریف شده در سطح کشور، شفاف‌سازی و تعیین الگویی به‌عنوان راهنما برای اجرای فرایند مدیریت دانش و گام برداشتن در مسیر شناسایی، کسب، تسهیم و به‌کارگیری مجدد تجربیاتی است که در حین اجرای فرایندها، فعالیت‌ها و پروژه‌ها در مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران حاصل می‌شود.

۲. دامنه کاربرد:

مجموعه شرکت آب و فاضلاب استان تهران شرکت‌هایی که دارای سامانه مدیریت دانش هستند، می‌توانند به‌جای جاری‌سازی این فرآیند از سامانه خود استفاده نمایند و دانش / تجربه ثبت شده را نیز در همان فضا نگهداری نمایند. همچنین روش‌ها و دستورالعمل‌های تدوین شده مرتبط با مدیریت دانش آن‌ها نیز دارای اعتبار می‌باشد.

۳. مراجع الزامی:

سرفصل	عنوان	بند مرتبط / جزییات
استانداردهای جهانی	سیستم مدیریت کیفیت	ISO 9001:2015
آیین‌نامه و استانداردهای ملی	-	بند ۷-۶ دانش سازمانی
سند ابلاغی بالادستی	بخشنامه شرکت مهندسی به شماره ۹۴/۴۰۰/۳۱۱۶۷ مورخ ۹۴/۰۹/۱۵ ابلاغیه شرکت مهندسی به شماره ۹۴/۴۳۰/۳۷۲۰۵ مورخ ۹۴/۱۲/۱۱ دستورالعمل نظرسنجی آمادگی سازمانی برای استقرار مدیریت دانش در صنعت آب و فاضلاب کشور بر مبنای APO شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور درخت دانشی پیش‌نویس مدیریت یکپارچه دانش آشکار	شماره سند W-۰۱۲-۰۱ (۰۰) - -

۴. تعاریف:

۴/۱. **دانش:** اطلاعاتی سازمان یافته، تلفیقی و طبقه‌بندی شده محسوب می‌شود که جامعیت داشته و آگاهی و فهم را افزایش می‌دهد.

۴/۲. **تجربه:** تأثیر متقابل فرد و محیط است که این تأثیر متقابل در فرد موجب یادگیری و بروز عکس‌العمل در مواجهه مجدد با رخداد‌های محیطی می‌شود.

۴/۳. **مدیریت دانش:** در دسترس قرار دادن نظام‌مند اطلاعات و اندوخته‌های علمی است، به گونه‌ای که به هنگام نیاز، در اختیار افرادی که نیازمند آن‌ها هستند، قرار گیرند تا آن‌ها بتوانند کار روزمره خود را با بازدهی بیشتر و

مؤثرتر انجام دهند. مدیریت دانش، شامل یک سری استراتژی و راهکار برای شناسایی، ایجاد، پخش و تطبیق بینش‌ها و تجارب در سازمان می‌باشد.

۴/۴. **دانش ضمنی:** دانشی است که انتزاعی بوده و دستیابی به آن آسان نیست، منابع و محتوای آن در ذهن نهفته است. این دانش از طریق تجربه و یادگیری عملی کسب می‌گردد و درواقع دانش نانوشته سازمان است.

۴/۵. **دانش آشکار:** دانش و اطلاعاتی است که می‌توان آن را در غالب رسانه‌هایی چون دانش‌نامه‌ها و کتاب‌های علمی و درسی و غیره نگاشته و ذخیره نمود و می‌توان آن را به آسانی به دیگران انتقال داد و به اشتراک گذاشت.

۴/۶. **خبره/متخصص:** فردی که به عنوان منبعی گسترده و قابل اعتماد از تکنیک و مهارتی خاص شناخته می‌شود.

متخصص به صورت کلی فردی است دارای دانش و توانایی خاص که این دانش و توانایی را از طریق تحقیق، تجربه، و یا مهارت کاری در حوزه‌ای خاص کسب نموده است.

۴/۷. **استخراج دانش:** به فرآیند مستندسازی دانش موجود در فرآیندهای کاری استخراج دانش گویند. استخراج دانش می‌تواند از دانش ضمنی موجود در ذهن متخصصان و یا دانش‌های تولیدشده حاصل از فرآیندهای کاری و تجارب ایجادشده از انجام پروژه‌ها صورت پذیرد.

۴/۸. **ارزیابی دانش:** بررسی میزان انطباق دانش شناسایی شده با ویژگی‌های یک دانش مانند به روز بودن، کاربردی بودن، ایجاد ارزش افزوده توسط دانش و هم راستایی با اهداف شرکت می‌باشد.

۵. تاریخچه تغییرات:

شماره ویرایش	تاریخ بازنگری	شماره بند	توضیحات / شرح تغییرات
۰۰	۹۸/۰۲/۳۱	-	ایجاد مدرک در طرح یکسان سازی مستندات شرکت
۰۱	۹۸/۰۹/۰۵	۰	مقدمه - اضافه کردن مستندات مرتبط با پروژه مدیریت دانش شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور
		۱	هدف - اضافه کردن هم راستایی با پروژه مدیریت دانش شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور
		۲	دامنه کاربرد - اضافه کردن استنهاها
		۷-۷	انتشار دانش - حذف توجه ۱۲

۶. مسئولیت‌ها:

۶/۱. مدیرعامل شرکت آبفای تهران: به عنوان مدیر ارشد، مسئول تصویب نهایی و ابلاغ سیاست‌ها و مستندات حوزه دانشی می‌باشد.

۶/۲. معاون برنامه‌ریزی و منابع انسانی: مسئول ترویج رویکرد دانش‌محور در شرکت می‌باشد.

۶/۳. کارگروه راهبری مدیریت دانش شرکت آب و فاضلاب استان تهران: مسئول سیاست‌گذاری و هماهنگی با سازمان‌های بالادستی می‌باشد.

۶/۴. مدیر دفتر پژوهش و بهبود بهره‌وری: مسئول نظارت بر حسن اجرای فرآیند مدیریت دانش می‌باشد.

۶/۵. مسئول مدیریت دانش شرکت: مسئول تدوین و اجرای فرآیند مدیریت دانش در شرکت می‌باشد.

۶/۶. تیم استخراج دانش: مسئول اجرای جلسات استخراج دانش و گردآوری مستندات حاصل از استخراج دانش می‌باشد.

۶/۷. کارگروه ارزیابی دانش: متشکل از افرادی است که به واسطه برخورداری از دانش، تجربه و مهارت نسبی بالای خود در یک حوزه دانشی مشخص، قادر به صحنه‌گذاری و بهبود کیفیت تجربه/دانش‌های ثبت‌شده می‌باشند. این افراد با پیشنهاد مسئول مدیریت دانش شرکت انتخاب می‌شوند.

۷. شرح اقدام:

فعالیت ۱: شناسایی و استخراج دانش

۷/۱. شناسایی متخصصان حوزه فرآیندی:

در هفته اول اردیبهشت‌ماه هر سال، مسئول مدیریت دانش شرکت می‌بایست لیستی از افراد متخصص در حوزه‌های مختلف فرآیندی تهیه و مشخصات آن‌ها را در فرم "مشخصات متخصصان حوزه فرآیندی" ثبت نمایند. این لیست می‌تواند در صورت شناسایی متخصصان در سطح شرکت به روزرسانی گردد.

۷/۲. شناسایی دانش:

هر یک از پرسنل شرکت می‌توانند در صورت شناسایی دانش / تجربه جدید سازمانی، جهت بررسی دقیق‌تر و انتشار آن در سطح شرکت، اقدام به ثبت آن در فرم "ثبت دانش / تجربه" نمایند. این دانش / تجربه می‌تواند متعلق به فرد درخواست‌کننده باشد و یا با آن مواجه گردیده باشد.

توجه ۱: برخی از مهم‌ترین منابع دانشی در سازمان، دانش حاصل از مرور پس از حوادث، پروژه‌های اجراشده در شرکت، دانش / تجربه بازنشستگان شرکت، دانش / تجربه افراد متخصص شرکت، دانش حاصل از حضور و یا بازدید اعضای شرکت از شرکت‌ها و یا سازمان‌های مشابه، دانش حاصل از دوره‌های آموزشی گذرانده شده، دانش حاصل از پروژه‌های تحقیقاتی انجام‌شده در شرکت، دانش حاصل از پروژه‌های بهبود یا پروژه‌های تغییر و دانش ایجادشده در سازمان که در راستای اجرای فرآیندها و حصول اطمینان از انطباق خدمات است، می‌باشد. به علاوه

دانش حاصل از منابع برون سازمانی مانند استانداردها، منابع دانشگاهی، کنفرانس‌ها، مشتریان و تأمین‌کننده‌های بیرونی نیز می‌توانند منابع دانشی شرکت باشند.

توجه ۲: فرد ثبت‌کننده دانش / تجربه باید مستندات مرتبط با دانش / تجربه شناسایی شده را تهیه و به همراه فرم "ثبت دانش / تجربه" به مسئول مدیریت دانش شرکت ارائه نماید.

۷/۳. استخراج دانش:

اگر دانش / تجربه ثبت‌شده توسط فرد ثبت‌کننده دانش نیاز به استخراج دانش داشته باشد، جهت استخراج دانش موردنظر باید تیم استخراج دانش با نظارت مسئول مدیریت دانش شرکت تشکیل گردد. در راستای استخراج دانش از موضوع مطرح‌شده، اگر نیاز به تشکیل جلسه / جلساتی باشد، باید هماهنگی لازم توسط مسئول مدیریت دانش شرکت صورت پذیرد.

توجه ۳: اعضای تیم استخراج دانش می‌توانند از فرم "مشخصات متخصصان حوزه فرآیندی" انتخاب گردد.

توجه ۴: اعضای تیم استخراج دانش باید دارای آگاهی مناسب در حوزه مدیریت دانش باشند و در موضوع دانش موردبررسی تخصص کافی را داشته باشند. همچنین باید با روش‌های استخراج دانش آشنایی کافی داشته باشند.

توجه ۵: جلسات استخراج دانش با حضور مسئول مدیریت دانش تشکیل می‌گردد.

توجه ۶: تیم استخراج دانش موظف است پیش از برگزاری جلسه، پرسش‌هایی که لازم است در جلسه مطرح شود را تهیه نماید.

توجه ۷: بعد از برگزاری جلسات، تیم استخراج دانش موظف است مستندات مربوط به دانش استخراج‌شده را تهیه و به مسئول مدیریت دانش شرکت ارائه نماید. همچنین دانش استخراج‌شده باید در فرم "ثبت دانش / تجربه" ثبت گردد.

فعالیت ۲: ارزیابی دانش

۷/۴. بررسی دانش:

مسئول مدیریت دانش شرکت، پس از بررسی دانش ثبت‌شده در فرم "ثبت دانش / تجربه"، باید با توجه به موضوع دانش، به تشکیل کارگروه ارزیابی دانش مطابق روش اجرایی "تشکیل کمیسیون‌ها، کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی و برگزاری جلسات" اقدام نماید.

توجه ۸: اعضای کارگروه ارزیابی مدیریت دانش باید از فرم "مشخصات متخصصان حوزه‌های فرآیندی" انتخاب گردند. در صورتی که مسئول مدیریت دانش شرکت تشخیص داد که فرد یا افرادی خارج از لیست تعیین‌شده باید به عنوان ارزیاب، عضوی از کارگروه باشند باید از فرد/افراد تعیین‌شده جهت عضویت در کارگروه دعوت نماید.

توجه ۹: مسئول مدیریت دانش شرکت، باید عضو کارگروه ارزیابی دانش باشد.

توجه ۱۰: حداقل تعداد اعضای کارگروه معادل دو عضو می‌باشد.

۷/۵. تشکیل کارگروه:

پس از تشکیل کارگروه ارزیابی دانش، مسئول مدیریت دانش، تمامی مستندات مربوط به دانش ثبت شده را به اعضای کارگروه ارائه می نماید. پس از بررسی مستندات و ارائه بازخورد توسط اعضای کارگروه در صورت نیاز به تشکیل جلسه / جلسات، باید هماهنگی لازم در این خصوص توسط مسئول مدیریت دانش شرکت صورت پذیرفته و جلسه / جلسات ارزیابی دانش برگزار گردد.

توجه ۱۱: پس از بررسی دانش ثبت شده در کارگروه ارزیابی دانش، اگر مستندات ارائه شده توسط ثبت کننده دانش، کامل نبوده و یا نیازمند اصلاح باشد، ثبت کننده دانش موظف است مستندات مربوطه را تکمیل و یا اصلاح نماید و به مسئول مدیریت دانش شرکت ارائه نماید تا مستندات مجدداً بررسی گردد.

۷/۶. ثبت دانش:

پس از بررسی تجربه / دانش ثبت شده در کارگروه مدیریت دانش، نتیجه نهایی توسط مسئول مدیریت دانش در فرم "ارزیابی دانش" ثبت و به ثبت کننده دانش نیز اعلام می گردد. نتیجه می تواند تأیید دانش / تجربه ثبت شده و یا رد آن باشد.

فعالیت ۳: نگهداری و به اشتراک گذاری دانش**۷/۷. انتشار دانش:**

مستندات حاصل از دانش / تجربه شناسایی شده، باید توسط مسئول مدیریت دانش در سطح شرکت انتشار یابد. نیاز / عدم نیاز به برگزاری دوره آموزشی در فرم "ارزیابی دانش" تعیین می گردد.

توجه ۱۲: شرکت هایی که فاقد سامانه مدیریت دانش هستند، باید از یک فضای اشتراکی جهت انتشار مستندات حاصل از مدیریت دانش استفاده نمایند.

توجه ۱۳: پس از انتشار / ثبت مستندات حاصل از دانش / تجربه شناسایی شده، مسئول مدیریت دانش شرکت باید، انتشار مستندات مربوطه را در سطح سازمان اطلاع رسانی نماید.

توجه ۱۴: می بایست از تمامی مستنداتی که به صورت الکترونیکی نگهداری می شوند نسخه پشتیبان توسط مرکز فن آوری اطلاعات و ارتباطات تهیه شود.

توجه ۱۵: اگر جهت فرهنگ سازی و انتقال دانش ایجاد شده در سطح شرکت، نیاز به برگزاری دوره آموزشی باشد، می بایست مطابق فرآیند برگزاری دوره آموزشی اقدامات لازم در این خصوص صورت پذیرد.

توجه ۱۶: در انتها گزارشی از تمامی اقدامات صورت پذیرفته از ابتدای ثبت دانش تا انتشار دانش توسط مسئول مدیریت دانش شرکت در فرم "بانک اطلاعاتی دانش ها / تجربه های شناسایی شده" درج می گردد. این بانک اطلاعاتی می تواند در جلسات ارزیابی عملکرد و یا جلسه بازنگری مدیریت بنا به صلاح دید ارائه شود.

۸. پیوست‌ها:

- ۸/۱. مشخصات متخصصان حوزه‌های فرآیندی به کد سند F-۰۱۲-۱۲
- ۸/۲. فرم ثبت دانش / تجربه به کد سند F-۰۱۲-۱۳
- ۸/۳. فرم ارزیابی دانش به کد سند F-۰۱۲-۱۴
- ۸/۴. بانک اطلاعاتی دانش‌ها/ تجربه‌های شناسایی شده به کد سند F-۰۱۲-۱۵
- ۸/۵. سامانه و دستورالعمل‌های مرتبط با مدیریت دانش جاری در شرکت تأمین و تصفیه آب و فاضلاب تهران
- ۸/۶. سامانه و دستورالعمل‌های مرتبط با مدیریت دانش جاری در شرکت آب و فاضلاب منطقه ۱ شهر تهران

۹. سند درون‌سازمانی مرتبط

- ۹/۱. روش اجرایی "تشکیل کمیسیون‌ها، کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی و برگزاری جلسات"

۱۰. تهیه‌کننده‌های سند:

- ۱۰/۱. رویا یعقوبی‌نژاد (رئیس گروه بهبود بهره‌وری شرکت آب و فاضلاب استان تهران)
- ۱۰/۲. الهام موجودی (کارشناس بهبود بهره‌وری شرکت آب و فاضلاب استان تهران)
- ۱۰/۳. زهرا طاهران‌پور (کارشناس مسئول بهبود بهره‌وری شرکت فاضلاب تهران)