

Даты аудита: 6 апреля 2023 — 7 апреля 2023

Наименование предприятия: ПАО "Завод "Буревестник"

Профиль предприятия: Разработчик-изготовитель

Чек-лист оценки поставщика

Часть 5. Управление качеством (система менеджмента качества)

№ п/п	Критерий	Стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ГОСТ РВ 0015-002-2020*)	Оценка аудитора (0; 0,25; 0,5; 0,75; 1)	Коэффициент значимости критерия	Итоговая оценка по критерию (оценка аудитора × коэфф. знач. критерия)	Обоснование оценки
Обеспечение СМК						
1	Наличие актуальной организационной и функциональной структуры СМК организации.	4.4.1 (4.4.4)		2		ВП в орг.структуре СМК отсутствует. Отсутствует согласование организационной структуры СМК с ВП.
2	Наличие регламентов основных бизнес-процессов СМК организации. Документы содержат входы, выходы, взаимодействие участников процесса (модель процесса и его описание), показатели результативности процессов.	5.3 (4.4.4)	0,5	3	1,5	Разработан перечень процессов организации. Взаимодействие процессов отражено в функциональной схеме СМК. В документированной процедуре ПД 9.3-2022 отражены карты процессов и показатели их результативности.
3	Наличие актуальных положений о подразделениях организации.	(5.3.7)	1	1	1	Представлено положение о структурных подразделениях предприятия. Выборочно представлены положения о Цехе №3, управлении по качеству, отделе по МТО и логистике. Положения имеют единую структуру, согласованы и утверждены установленным порядком
4	Наличие актуальных должностных и рабочих инструкций.	(5.3.7)	1	1	1	В настоящее время должностные инструкции обновляются. Представленные должностные инструкции актуальны, содержат подписи ознакомления работников.
5	Наличие выделенного структурного подразделения (например, службы менеджмента качества), отвечающего за функционирование СМК.	Требование ОСК	1	1	1	Управление по качеству отражено в организационной структуре предприятия, непосредственное подчинение ГД Общества.

6	Наличие представителя руководства по СМК, назначенного приказом руководителя организации.	(5.3.2)	0,75	1	0,75	Представлен приказ №134 от 09.03.23. В приказе определены четыре представителя руководства по качеству, в том числе главный инженер и начальник управления СМК. Ответственность и распределение обязанностей представителей руководства по качеству определены соответствующим приказом.
7	Наличие документированной информации, регламентирующей взаимодействие с ВП (при наличии закрепленного ВП).	(4.4.6)	0	1	0	Документированной информации не представлено, процедура по взаимодействию с ВП не разработана.
8	Наличие документально оформленного порядка по обеспечению информационной безопасности.	7.5.3 (7.5.3, 11.3)	0,5	1	0,5	Отдельной процедуры не разработано. Частично представлена информация в руководстве по качеству.
9	Наличие функционирующего коллегиального органа по качеству (Совет по СМК, Совет по качеству, научно-технический совет, постоянно действующая комиссия по качеству и т.п.). Порядок формирования, задачи, состав, планы работ, форма решения коллегиального органа документированы.	(5.3.8, 5.3.9)	1	1	1	Функционирует ПДКК. Представлен приказ об утверждении состава ПДКК и план работы ПДКК на 2023 год. В руководстве по качеству отражен перечень тем, допустимых для включения в план ПДКК.
Сертификация, одобрение и лицензирование						
10	Наличие сертификата /сертификатов соответствия СМК стандарту ГОСТ Р ИСО 9001, ГОСТ РВ 0015-002 для военной продукции, в случае, если предприятие ее производит и /или другим стандартам системы менеджмента качества.	Требование ОСК	1	2	2	Представлены соответствующие сертификаты на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и ГОСТ РВ 0015-002-2020.
11	Наличие свидетельств РМРС, РКО: свидетельств о признании, свидетельств о типовом одобрении, свидетельств на производство продукции (обязательно на продукцию для гражданского судостроения).	Требование ОСК (Заказчика)	1	1	1	Представлены соответствующие свидетельства РМРС, РКО
12	Наличие необходимых лицензий на выполнение работ по основному виду деятельности.	Требование ОСК (Заказчика)	1	1	1	Требуемые лицензии представлены
Основные документы СМК						
13	Наличие актуального, согласованного с ВП, перечня ДСОП, применяемых в организации в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0001-005.	(7.5.3.6, а)	1	1	1	Представлен перечень ДСОП №218/1-001-2023, Для примера представлен план ОТМ и акт о внедрении ГОСТ РВ 0015-002-2020.
14	Наличие перечня документов СМК с указанием документации, подлежащей обязательному согласованию с ВП, по решению ВП.	(7.5.3.6, б)	1	1	1	Представлен перечень № 202/13-001 от 14.02.2023

15	Наличие актуальной документированной информации (стандартов, регламентов и т.п.). В организации применяются учтенные экземпляры действующих ДСОП и другой документированной информации, распространяющихся на выполняемые организацией процессы и виды деятельности.	7.5.3 (7.5.3.3, 7.5.3.6)	1	2	2	В организации разработан перечень ДСОП. ДСОП внедряется актами. ДСОП своевременно приобретается (при выходе новых ДСОП, либо по запросу подразделений)
16	Наличие и доступность политики в области качества. Установлен порядок разработки, оценки и актуализации политики в области качества, а также порядок доведения до персонала организации и ознакомления заинтересованных сторон.	5.2 (5.2)	0,75	1	0,75	Представлена актуальная Политика в области качества, утвержденная протоколом заседания ПДКК. В политике в области качества не отражены приоритеты о соблюдении защиты ГТ.
17	Наличие утвержденных руководителем организации целей в области качества и мероприятий по их достижению.	6.2 (6.2.3, 6.2.4)	0,75	1	0,75	Цели формируются на два года и ежегодно пересматриваются на заседании ПДКК. Отмечено, что цели на 2022-2023 годы не имеют конкретных сроков выполнения. Не все поставленные цели относятся к качеству (Например, "Запуск инвестиционного проекта "Производство полимерных труб и судовой запорной арматуры")
18	Наличие, актуальность Руководства по качеству (включая ссылки на действующие документированные процедуры). Область применения СМК определена (установлена) в Руководстве по качеству. Сведения об исключенных требованиях с указанием причин и обоснования их исключения отражены в Руководстве по качеству.	Требование ОСК (4.3.2, 4.3.4)	1	1	1	Представлено руководство по качеству РК 01-22.
Управление документированной информацией						
19	Наличие, выполнение порядка управления документированной информацией.	7.5.2, 7.5.3 (7.5.2, 7.5.3)	1	1	1	Представлена документированной процедура по управлению ДИ (ПД 7.5.1-2022). Перечень ДИ не отражен в документированной процедуре, но упоминается в отдельных документированных процедурах по процессам.
Совершенствование действующей СМК						
20	Наличие утвержденной руководителем организации программы (плана) создания или изменения области СМК, а также поддержания и совершенствования СМК (ежегодно).	6.3 (6.3.2)	0,75	1	0,75	Представлен план совершенствования СМК, утвержденный приказом директора №22 от 24.01.2023 г. План совершенствования СМК разрабатывается в начале года и не учитывает результаты анализа СМК за предшествующий период.

21	Наличие анализа СМК со стороны высшего руководства. Выходные данные анализа включают в себя решения и действия, относящиеся к возможностям для улучшения, необходимым изменениям СМК, потребности в ресурсах.	9.3 (9.3)	0,75	1	0,75	Анализ проводится на ежегодной основе. Результаты анализа рассматриваются на заседании ПДКК (представлен протокол). Выводы по результатам анализа не достаточны для разработки корректирующих действий и совершенствования СМК - не содержат конкретных решений, поручений, ответственных и сроков.
Мониторинг удовлетворённости потребителя						
22	Наличие, выполнение актуальной документированной информации по мониторингу удовлетворенности потребителя (ответственное лицо, методы сбора и анализа информации, оценка результата).	5.3, 9.1.2, 9.1.3 (5.3, 9.1.2, 9.1.3)	0,5	2	1	Мониторинг удовлетворенности проводится. Требования отражены в ПД-7М2П1С-18. Результаты мониторинга не анализируются, корректирующие действия не разрабатываются.
Анализ и оценка						
23	Наличие объективных свидетельств, подтверждающих проведение работ по оценке внешних и внутренних факторов, влияющих на СМК.	4.1 (4.1.2)	0,75	1	0,75	Оценка внешних и внутренних факторов отражена в годовом отчете по качеству за 2022 год (SWOT -анализ). Представленный анализ не в полной мере отражает проблемы с импортозамещением.
24	Наличие объективных свидетельств, подтверждающих проведение анализа деятельности (работы) внешних организаций (контрагентов) в области качества.	8.4.2 (8.4.2.6)	0	1	0	Документированная процедура отсутствует, внешние аудиты поставщиков не проводятся.
25	Наличие анализа и оценки результативности действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей.	9.1.3 е (9.1.3.2 б)	1	1	1	Сформирована отдельная служба по управлению рисками. Риски оценивают ежегодно все подразделения и предоставляют в соответствующую службу для формирования реестра рисков. Проводится оценка результативности предпринятых мер по устранению рисков.
26	Наличие анализа и оценки результативности процессов СМК.	9.1.3 с (9.1.3.2 в)	1	1	1	Представлен отчет результативности по всем процессам. Оценка результативности процессов проводится на ежегодной основе
Внутренний аудит						
27	Наличие актуального документально оформленного порядка проведения внутренних аудитов СМК.	9.2 (9.2)	1	1	1	Представлена ПД9.2-2022 "Внутренние аудиты (проверки) СМК".

28	Наличие актуальной программы внутренних аудитов и документированной информации, подтверждающей проведение внутренних аудитов в соответствии с программой. Наличие информации, подтверждающей выполнение корректирующих действий подразделениями.	9.2.2 (9.2)	1	1	1	Представлена программа внутренних аудитов СМК на 2023 год. Представлены планы аудитов подразделений, протоколы несоответствий с отметками об их устранении
29	Наличие компетентных внутренних аудиторов (наличие документов установленного образца об обучении).	7.2, 9.2 (7.2, 9.2)	1	1	1	Обучено четыре аудитора. Представлены соответствующие свидетельства о прохождении обучения.
30	Наличие подтверждения о представлении документированной информации с результатами внутренних аудитов руководителю организации и своевременного доведения до сведения должностных лиц, ответственных за проверяемые процессы.	9.2.2 d (9.2.5)	0,75	1	0,75	Доводится до сведения руководства с годовым отчетом или на заседаниях ПДКК в течение года.

* для организаций, выполняющих работы в обеспечение ГОЗ

Максимально возможная оценка	36	Показатель соответствия	
Набранная оценка		Весовой коэффициент	0,10
Итоговая оценка		Корректирующий коэффициент	1,00
Скорректированная итоговая оценка			

Аудиторы:

ФИО	Подпись	Дата

Представители предприятия:

ФИО	Подпись	Дата