

**Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
Государственное автономное учреждение дополнительного профессионального
образования Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации»
(ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»)**

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

СТО СМК 05-06-2022

ПОРЯДОК ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

Официальное издание

Стандарт организации не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без письменного разрешения директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации».

Предисловие

РАЗРАБОТАН Комиссией по качеству ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»

УТВЕРЖДЕН приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» № 228 от 30.12 2022г.

ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ

с 01.01 2023 г. приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» от 30.12 2022г. № 228

СОГЛАСОВАН

Заместитель директора по УМИД



Яшина О.И.

Заместитель директора по общим вопросам



Халемин Д.В.

Заведующий сектором правовой и кадровой работы



Бариева Д.Р.

Председатель Первичной профсоюзной организации



Ишмухаметова А.Р.

СОДЕРЖАНИЕ

1 Область применения	4
2 Нормативные ссылки	4
3 Термины, определения и сокращения	4
4 Общие положения	6
5 Процедура проведения внутренних аудитов	7
6 Действия по результатам аудита	10
7 Хранение документации по внутренним аудитам	
8 Ответственность	
ПРИЛОЖЕНИЕ А (обязательное) Форма программы аудитов на учебный год	
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (обязательное) Форма журнала регистрации несоответствий	

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

Система менеджмента качества

ПОРЯДОК ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

Введен в действие приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» от 30.12.2022г..

Дата введения **2023.01.01**

1 Область применения

1.1 Настоящий стандарт организации (далее СТО) устанавливает единый для государственного автономного учреждения дополнительного профессионального образования Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации» (далее – Центр) порядок и правила проведения внутренних аудитов (проверок) системы менеджмента качества.

1.2 Положения настоящего СТО распространяются на деятельность всех структурных подразделений в части их деятельности, связанной с областью применения системы менеджмента качества Центра и подлежат соблюдению всем персоналом Центра с момента (даты) введения в действие.

2 Нормативные ссылки

В настоящем СТО используются нормативные ссылки на следующие документы:

- ISO 9001:2020 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ISO 9001:2020 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ISO 19011–2018 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента».

3 Термины, определения и сокращения

3.1 В настоящем СТО используются следующие термины и их определения:

анализ – деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности и результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей;

аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита;

аудитор – лицо, продемонстрировавшее свои личные качества и обладающее компетентностью для проведения аудита;

валидация – подтверждение посредством предоставления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного предполагаемого использования или применения выполнены;

верификация – подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены;

группа по аудиту – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими экспертами;

Примечание. 1) Один из аудиторов в группе по аудиту назначается руководителем группы. 2) Группа по аудиту может включать в себя также аудиторов-стажёров.

заключение по результатам аудита – выходные данные аудита, предоставленные группой по аудиту после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита;

качество – степень соответствия совокупности присущих характеристик требованиям;

компетентность – продемонстрированная способность применять знания и навыки на практике;

коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия;

корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации;

критерии аудита – совокупность политики, процедур или требований, которые применяют в виде ссылок;

наблюдения аудита – результаты оценивания собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита;

Примечание. Наблюдения аудита могут указывать на соответствие или несоответствие критериям аудита или на возможности улучшения.

несоответствие – невыполнение требования;

область аудита – содержание и границы аудита;

Примечание – область аудита обычно включает в себя местонахождение, организационную структуру, виды деятельности и процессы, а также охватываемый период времени.

план аудита – описание деятельности и мероприятий по проведению аудита;

программа аудита – совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели;

Примечание – программа аудита включает в себя всю деятельность, необходимую для планирования, организации и проведения аудитов.

предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации;

результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов;

свидетельства аудита – записи, изложения фактов или другая информация, которые связаны с критериями аудита и могут быть проверены;

Примечание – свидетельство аудита может быть качественным или количественным.

соответствие – выполнение требования;

требование – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным;

эффективность – связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

3.2 В настоящем СТО используются следующие сокращения:

ДИ – должностные инструкции;
КД – корректирующие действия;
ПД – предупреждающие действия;
УКОД – уполномоченный по качеству образовательной деятельности;
ПСП – положение о структурном подразделении;
СМК – система менеджмента качества;
СП – структурное подразделение.

4 Общие положения

4.1 Проверка СМК и ее элементов осуществляется в целях оценки полноты выполнения установленных требований, для обеспечения результативности функционирования СМК и реализации «Политики в области качества». Аудиты СМК проводятся для подтверждения способности образовательного учреждения управлять качеством применительно к деятельности по разработке и предоставлению образовательных услуг по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовке.

4.2 Внутренние аудиты охватывают все элементы СМК в соответствии с требованиями ISO 9001:2015 и распространяются на все СП, службы и должностные лица, для которых документацией СМК установлены ответственность, полномочия и процедуры управления качеством.

4.3 Согласно требованиям раздела 9.2. ISO 9001:2015 в Центре проводятся внутренние аудиты через запланированные интервалы времени в целях установления того, что СМК:

- соответствует требованиям ISO 9001:2015;
- соответствует требованиям документации СМК, разработанной в Центре;
- внедрена и поддерживается в рабочем состоянии;
- выявляет несоответствия в деятельности по разработке и предоставлению образовательных услуг по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовке;
- определяет результативность КД и ПД по результатам предыдущих аудитов;
- обеспечивает процесс улучшения деятельности.

4.4 Внутренние аудиты в СП Центра проводятся не менее двух раз в течение учебного года и при этом осуществляется:

- проверка перечня и документов СМК;
- проверка наличия нормативной документации, необходимой для выполнения СП возложенных на него функций;
- проверка наличия и правильности ведения документации, определенной номенклатурой дел СП, в соответствии с требованиями СТО;
- проверка выполнения ПСП ДИ;

- проверка результатов внутренних и внешних аудитов и документов о выполнении корректирующих и предупреждающих действий: наличие записей в журнале регистрации несоответствий (приложение Б), записей о проведении анализа несоответствий в СП, своевременно составленных планов корректирующих действий и отчетов о выполнении корректирующих действий, плана предупреждающих действий;
- выявление несоответствий применительно к деятельности по разработке и предоставлению образовательных услуг по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и профессиональной подготовке;
- проверка работы с обращениями граждан;
- проверка сведений о состоянии помещений и соответствующего оборудования;
- проверка документации по обеспечению безопасных условий и охраны труда на рабочих и учебных местах.

5 Процедура проведения внутренних аудитов

5.1 Процедура проведения внутренних аудитов включает в себя следующие этапы:

- подготовка внутренних аудиторов;
- разработка программы внутренних аудитов на учебный год;
- подготовка рабочих документов внутреннего аудита СП;
- проведение аудита;
- подготовка и утверждение отчета по аудиту;
- подведение итогов аудита;
- действия по результатам аудита;
- предоставление сведений руководству о проведенных аудитах.

5.2 Подготовка внутренних аудиторов

5.2.1 Внутренние аудиты проводит группа аудиторов Центра, состав которой утверждается приказом директора по служебной записке УКОД до начала очередного учебного года. В течение учебного года численность и персональный состав группы аудиторов может быть изменен приказом директора.

5.2.2 При подборе аудиторов учитываются требования к квалификации, умению работать с документами, опыту проведения аудитов. Выбор аудиторов и проведение аудитов осуществляется в соответствии с требованиями ISO 19011:2018.

5.2.3 Внутренними аудиторами назначают работников, прошедших обучение проведению внутренних аудитов СМК.

Аудиторы не несут ответственности за функционирование проверяемых СП и элементов СМК.

5.2.4 Руководство внутренними аудиторами осуществляет Комиссия по качеству Центра.

5.3 Разработка программы аудитов на учебный год

5.3.1 В соответствии с требованиями ISO 19011:2018 в Центре ежегодно директором Центра утверждаются приказ и программа аудитов на учебный год (далее – Программа). Программа определяет совокупность аудитов, охватывающих СМК Центра.

5.3.2 При составлении Программы учитывается статус и важность процессов, подлежащих аудиту, а также результаты предыдущих аудитов.

5.3.3 Программа составляется таким образом, чтобы в течение учебного года не менее одного раза были проверены все элементы СМК и аудитом были охвачены все СП Центра, обеспечивающие учебный процесс.

5.3.4 В программе (см. Приложение А) указываются:

- количество и виды аудита (внешний, внутренний);
- проверяемые процессы;
- владелец процесса;
- соисполнитель процесса;
- группы и/или перечни проверяемых СП;
- аудитор/аудиторская группа;
- сроки аудита.

5.3.6 Программа разрабатывается УКОД и утверждаются не позднее, чем за 30 дней до начала проведения аудитов.

5.3.7 Программа аудита в части количества и видов аудита, проверяемых видов деятельности, групп и/или перечня проверяемых СП, сроков аудита могут корректироваться приказом директора в случаях:

- поступления информации от потребителя или от контролирующих внешних организаций о несоответствии деятельности по разработке и предоставлению образовательных услуг по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовке, установленным требованиям или о снижении удовлетворенности одной из заинтересованных сторон этой деятельностью;

- мотивированному представлению аудиторов;
- инициативы руководителя СП с просьбой оперативной оценки полноты и результативности выполнения установленных требований по тем элементам СМК, которые не обеспечивают достижения поставленных целей и/или задач.

5.3.8 Программа аудита, изменения в программе доводятся УКОД до руководителей проверяемых СП не менее чем за 14 рабочих дней до начала аудита.

5.4 Подготовка рабочих документов внутреннего аудита СП

5.4.1 Перед составлением плана внутреннего аудита СП аудиторы анализируют отчеты по предыдущим внутренним аудитам СП, а также необходимые для проведения аудита документы и записи проверяемого СП.

5.4.3 В ходе проведения внутреннего аудита заполняется Журнал регистрации несоответствий (см. СТО СМК “Управление несоответствиями, корректирующими и предупреждающими действиями”).

5.4.4 Рабочие документы хранятся до окончания аудита СП у аудиторов, после завершения аудита, хранятся у УКОД.

5.5 Проведение аудита на месте

5.5.1 Проведение в Центре внутренних аудитов на месте включает в себя:

- проведение предварительного совещания;
- сбор информации;
- формирование выводов и подготовку заключения по результатам аудита;
- проведение заключительного совещания.

5.5.2 Проведение внутреннего аудита начинается с предварительного совещания в проверяемом СП, на котором руководитель СП объявляет о начале аудита, представляет аудиторов персоналу СП, формирует позитивное отношение к аудиту. Аудитор предоставляет персоналу проверяемого СП возможность задать организационные вопросы, уточняет время окончания аудита и проведения заключительного совещания. Предварительное совещание не требует обязательного ведения протокола.

5.5.3 Руководители проверяемых СП должны оказывать поддержку аудиторам и предоставлять им всю информацию, необходимую для достижения целей аудита.

5.5.4 При проведении внутреннего аудита на месте аудиторы используют следующие методы сбора информации:

- анализ документов, предусмотренных номенклатурой дел СП;
- беседа, опрос;
- наблюдения за деятельностью.

5.5.5 Полученную в ходе аудита информацию аудиторы четко формулируют, несоответствия фиксируют в Журнале регистрации несоответствий (приложение Б). Свидетельства аудита могут быть основаны только на подтвержденной объективными доказательствами информации. Выявленные несоответствия фиксируются также в журнале регистрации несоответствий (приложение Б).

5.5.6 Для получения выводов аудита сопоставляются свидетельства аудита с критериями, заявленными в плане аудита. На основании информации, собранной в ходе аудита, и полученных выводов аудиторы готовят отчет, который отражает степень соответствия СМК критериям аудита, результативность внедрения и поддержания СМК.

5.5.7 Заключительное совещание с коллективом проверяемого СП проводится для сообщения выводов, содержащихся в листе регистрации несоответствий по результатам проведенного аудита. Заключительное совещание не требует обязательного ведения протокола, кроме тех случаев, когда необходимо зарегистрировать возникшие неразрешенные разногласия сторон. При отсутствии единого мнения разногласия фиксируются в протоколе. Экземпляр протокола, подписанный сторонами (руководителем СП и аудитором), остается в проверяемом СП и подшивается в папке «Система менеджмента качества», копия протокола передается УКОД.

5.5.8 Аудиторы не раскрывают посторонним лицам содержания документов и информации, полученной в ходе аудита.

5.6 Подведение итогов аудита

5.6.1 Внутренний аудит СП считается завершенным, если все процедуры, предусмотренные планом внутреннего аудита, выполнены

5.6.2 Оригиналы документов по каждому аудиту хранятся у УКОД, в частности:

- программа аудита;
- Журнал регистрации несоответствий (приложение Б).

В проверенных СП хранятся копии документов по результатам аудита и план корректирующих действий, составленный руководителем СП.

6 Действия по результатам аудита

6.1 По результатам проведенного анализа отчета руководитель проверенного СП в случае необходимости принимает решение о проведении КД и ПД. В этом случае УКОД составляет план соответствующих мероприятий. Результативность КД и ПД верифицируется. В случае, если для устранения несоответствия необходимо участие нескольких СП, УКОД может подготовить план, в котором определяются перечень необходимых мероприятий, их исполнители и сроки исполнения. План согласуется с руководителями всех задействованных СП.

6.2 Контроль за выполнением КД и ПД осуществляют руководитель СП и внутренние аудиторы при проведении последующих аудитов.

6.4 Данные о проведенных аудитах в Центре служат входными данными для анализа со стороны руководства.

6.5 После проведения анализа директор и УКОД принимают решение об оценке результативности СМК.

7 Хранение документации по внутренним аудитам

7.1 Документация по внутренним аудитам Центра относится к записям о качестве и хранится у УКОД в папке «Внутренние аудиты» в течение 5 лет с соблюдением условий конфиденциальности.

8 Ответственность

Ответственность за выполнение требований настоящего СТО возлагается:

- на директора Центра за утверждение приказа и программы аудитов;
- на УКОД:

за планирование и организацию аудитов, предоставление информации директору о результатах проведения внутренних аудитов по Центру;

за соблюдение сроков проведения, оформление результатов аудита. УКОД уполномочен руководить членами аудиторских групп по проведению аудитов, вести переговоры с руководителями СП, имеющими отношение к данному аудиту, и принимать окончательное решение по содержанию отчета о выполнении Программы аудитов на учебный год;

за хранение документации по внутренним аудитам Центра;

- на руководителей СП за обеспечение условий для проведения внутренних аудитов в подразделениях, соблюдение сроков и выполнение КД по результатам аудитов;
- на руководителя СП и аудиторов за достоверность информации по внутренним аудитам.

Форма программы аудитов на учебный год

УТВЕРЖДАЮ

Директор ГАУ ДПО РБ

«Центр повышения квалификации»

_____ И.О. Фамилия

« ____ » _____ 20 ____ г.

ПРОГРАММА АУДИТОВ
в ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»
на I/II полугодие 20 ____ -20 ____ уч. год

№ п/п	Проверяемый вид процесса	Наименование структурного подразделения	Пункты ISO 9001:2015, проверяемые в ходе внутреннего аудита	Владелец процесса	Соисполнители процесса	Сроки аудита (дата)	ФИО аудиторов

Приложение Б

Форма журнала регистрации несоответствий

№ п/п	Дата	Описание несоответствий	Лицо, выявившее несоответст вие	Меры, предпринятые для устранения несоответствий	Ответственный за устранение несоответствий	Результаты принятых мер

Лист рассылки

[illegible]

Лист ознакомления

№ п/п	Наименование подразделения	Должность	ФИО	Дата	Подпись

Лист регистрации изменений

[illegible]