

Приложение №1
к приказу № «699» от «26» ноября 2013 г.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

Внутренние аудиты

СПбГЭУ СМК-ДП-4.1-2013

СОДЕРЖАНИЕ

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	4
2. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	4
2.1. Общие положения	4
2.2. Организация внутреннего аудита	5
2.3. Планирование внутреннего аудита	6
2.4. Подготовка к проведению внутренней проверки	8
2.5. Проведение внутреннего аудита.....	10
2.6. Подготовка отчета о внутренней проверке.....	12
2.7. Реализация корректирующих действий/ коррекций при проведении повторного аудита структурного подразделения. Контроль их выполнения .	13
2.8. Анализ, обобщение и использование результатов внутренних проверок качества	14
2.9. Порядок хранения информации.....	15
3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	16
4. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ	16
5. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	16
Лист регистрации изменений.....	27

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ДП – документированная процедура;

СМК – система менеджмента качества;

СПбГЭУ – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный экономический Университет»;

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящая ДП СМК СПбГЭУ устанавливает: порядок планирования, проведения и документального оформления внутреннего аудита, анализа и использования полученных данных для поддержания и улучшения СМК, а также требования к персоналу, проводящему его. Процедура направлена на обеспечение выполнения требований ИСО 9001:2011 и развивает положения «Руководства по качеству».

ДП обязательна для всех структурных подразделений и работников СПбГЭУ, задействованных в процедуре проведения внутренних аудитов СМК Университета.

2. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

2.1. Общие положения

Цель проведения внутреннего аудита – определение эффективности процессов, положений и процедур СМК, выработка предложений по их совершенствованию.

В рамках данной цели решаются следующие задачи:

- оценка соответствия СМК СПбГЭУ и ее элементов требованиям, установленным в ИСО 9001:2011, в нормативной документации СМК СПбГЭУ;
- оценка соответствия осуществляемой в рамках СМК деятельности запланированным мероприятиям в области качества в соответствии с Политикой и целями в области качества;
- определение результативности СМК с точки зрения достижения целей, установленных в области качества;
- определение сильных и слабых сторон СМК, выявление возможностей её совершенствования;
- проведение анализа причин обнаруженных несоответствий;
- проверка эффективности корректирующих мер, предпринятых по результатам предыдущих проверок;

- оценка соответствия оказываемых услуг требованиям законодательства и контрактным требованиям.

Систематическое проведение внутреннего аудита СМК позволяет:

- анализировать результаты предпринятых мер по устранению несоответствий, выявленных при проведении предыдущих проверок;
- определять достаточность (состав и полноту) документов, обеспечивающих работу структурных подразделений по системе менеджмента качества, и их соответствие требованиям «Руководства по качеству»;
- проверять фактическое выполнение процедуры по управлению документацией (оформление, учет, изъятие, хранение и т.п.);
- проверять выполнение решений руководства, направленных на обеспечение и повышение качества образовательных услуг СПбГЭУ и улучшение СМК;
- выявлять те процессы и виды деятельности СМК, в которых не в полной мере выполняются требования нормативной внешней документации и документации СМК, а также договорные требования;
- определять и предпринимать необходимые действия для устранения выявленных несоответствий;
- вносить на рассмотрение высшего руководства предложения по развитию и совершенствованию процессов и видов деятельности СМК.

Результаты внутренних проверок СМК являются исходными данными для анализа состояния и оценки результативности СМК, что необходимо руководству СПбГЭУ для принятия управленческих решений.

Внутренним проверкам подвергаются все процессы и виды деятельности СМК.

Объем программы внутренних проверок СМК и их периодичность могут быть разными для разных процессов и видов деятельности СМК. Это зависит от степени разнообразия видов работ, выполняемых в ходе реализации того или иного процесса, степени их сложности, а также от состояния самого процесса:

- утверждён и функционирует;
- только внедряется;
- были внесены изменения в процессе;
- деятельность по замечаниям со стороны внутренних/внешних потребителей;
- деятельность по замечаниям после проведенного аудита.

2.2. Организация внутреннего аудита

Организация внутреннего аудита СМК включает:

- планирование проверок;
- подбор персонала с соответствующей квалификацией для их проведения;
- проведение проверок, в т.ч. регистрация полученных в процессе проверок несоответствий (или областей для улучшения);
- анализ результатов проверок, включая выявление причин несоответствий;
- разработка корректирующих и предупреждающих мероприятий по выявленным несоответствиям;
- контроль и анализ эффективности проведенных корректирующих и предупреждающих действий.

Работы, связанные с планированием, подготовкой, проведением внутренних проверок, анализом и обобщением их результатов организует начальник отдела оценки качества образования под руководством проректора по качеству СПбГЭУ.

К проведению внутреннего аудита СМК СПбГЭУ привлекаются аудиторы, отвечающие требованиям, изложенным в Приложении 2.

По решению проректора по качеству СПбГЭУ к участию в работах по внутреннему аудиту могут привлекаться специалисты отдела координации системы менеджмента качества и других структурных подразделений СПбГЭУ, не являющиеся экспертами по внутренней проверке, но компетентные в проверяемых областях деятельности Университета.

Внутренние проверки проводятся регулярно в соответствии с ежегодной программой внутреннего аудита. Проверкам подвергаются все структурные подразделения, процессы и виды деятельности СМК с периодичностью не менее 1 раза в течение трёх лет.

Инициаторами проведения внеплановых внутренних проверок СМК, кроме руководства СПбГЭУ, могут быть руководители структурных подразделений, вышестоящие и сторонние организации, обращения потребителей услуг СПбГЭУ.

Объектом проверки является деятельность структурных подразделений, осуществляемая в соответствии с нормативной документацией СМК Университета.

2.3. Планирование внутреннего аудита

Внутренний аудит СМК проводится в соответствии с ежегодной программой внутреннего аудита. При составлении программы и определении периодичности проверок структурных подразделений следует учитывать состояние и значимость проверяемого процесса в общем цикле жизнедеятельности Университета, а также результаты проведенных ранее внутренних и внешних проверок.

В программе, наряду с объектами проверок и сроками их проведения, указывается также и руководитель проверки. Форма документа «Программа внутреннего аудита СМК» приведена в Приложении 3.

Каждой проверке в программе присваивается регистрационный номер, который состоит из порядкового номера проверки и приводимых через тире двух последних цифр года проверки.

Пример идентификации внутренней проверки: ВА 01-10

Программа внутреннего аудита составляется начальником отдела оценки качества, утверждается ректором/проректором по качеству и доводится до сведения всех руководителей проверок, руководителей процессов/руководителей структурных подразделений.

Контроль выполнения программы внутреннего аудита осуществляет начальник отдела оценки качества.

В процессе выполнения программы внутреннего аудита, в случае необходимости, в неё могут быть внесены изменения. Основанием для внесения изменений в программу являются:

- изменения в организационной структуре Университета или в его кадровом составе;
- внедрение новых или изменение действующих документов СМК;
- претензии потребителей (поступление информации от потребителей или внешних контролирующих организаций об обнаружении несоответствий оказываемых Университетом образовательных услуг);
- обоснованная производственными или иными обстоятельствами необходимость изменения сроков проверки.

Изменения в программу могут быть внесены по инициативе высшего руководства, руководителей процессов/руководителей структурных подразделений и руководителей внутренних проверок.

Изменения в программе внутренних аудитов, касающиеся добавления в неё дополнительных структурных подразделений, согласуются с отделом оценки качества посредством служебных записок. Изменения в программе внутренних аудитов, касающиеся новых сроков проведения проверок, согласуются с лицом, вносящим предложения по изменению программы, а также с руководителем проверяемого процесса/руководителем структурного подразделения и начальником отдела оценки качества посредством электронной почты или устной договоренности.

После согласования и утверждения, изменения в программе доводятся до руководителя внутренней проверки.

2.4. Подготовка к проведению внутренней проверки

Для проведения внутренней проверки ее руководитель составляет план проверки. Форма документа «План внутренней проверки СМК» приведена в Приложении 4.

В «Плане внутренней проверки СМК» указывается состав группы аудиторов (экспертов). Количественный и персональный состав группы устанавливается в зависимости от объема, сложности, специфики и предполагаемой продолжительности работ. При небольшом объеме работ проверка может проводиться одним руководителем аудиторской группы. Состав группы аудиторов определяется начальником отдела оценки качества по согласованию с руководителем проверки.

В состав группы аудиторов по проверке могут быть включены проректор по качеству/начальник отдела оценки качества, при соблюдении принципа беспристрастности.

В состав аудиторских групп включаются эксперты и специалисты Университета, способные обеспечить беспристрастное и объективное проведение проверки.

Проверка СМК осуществляется аудиторами, не несущими непосредственной ответственности за проверяемые участки деятельности.

Не позднее, чем за 5 рабочих дней до плановой даты начала проверки, её руководитель составляет план проверки и доводит его (рассылает для ознакомления в электронном виде) до руководителя проверяемого процесса/руководителя структурного подразделения и членов аудиторской группы.

Все аудиторы обеспечиваются необходимыми для проведения проверки документами и информацией. Состав информационного пакета может включать:

- документы СМК, на соответствие которым проводится проверка (Руководство по качеству; документы СМК, содержащие описание процессов и видов деятельности; положения, рабочие инструкции и другие документы по запросам экспертов);
- отчеты о предыдущих проверках, планы и другие документы по качеству, в т.ч. по корректирующим и предупреждающим действиям, отчеты об их выполнении и т.п.;
- зарегистрированные в номенклатуре дел записи;
- внешнюю нормативно-правовую документацию.

Указанными документами (а также дополнительными, затребованными экспертами) аудиторскую группу обеспечивает отдел оценки качества.

Руководитель проверки обеспечивает всех экспертов бланками протоколов регистрации несоответствий (их форма приведена в Приложении 5).

На основании утвержденного плана проверки и по результатам ознакомления с полученными документами и информацией каждый аудитор подготавливает опросные листы по закрепленным за ним руководителем проверяющей группы объектам проверки с перечнем конкретных вопросов, ответы на которые он считает необходимым получить. Рекомендуемая форма опросного листа приведена в Приложении 6.

Вопросы, включаемые в опросные листы, должны помочь аудитору установить:

- a) выявлен и определен ли соответствующим образом процесс?
- b) распределена ли ответственность?
- c) внедрена и поддерживается ли в рабочем состоянии документация СМК?
- d) обеспечивается ли в работе достижение требуемых результатов?

С этой целью аудитору следует ориентироваться на следующий алгоритм:

- соответствует ли реальная действующая документация СМК Университета требованиям ИСО 9001:2011;
- имеет ли в своем распоряжении персонал проверяемых структурных подразделений необходимую документацию СМК, которой он должен руководствоваться, знает ли ее требования и использует ли их при выполнении возложенных на него функций;
- соответствует ли практическая деятельность персонала в проверяемой области требованиям документации СМК.

Руководители проверяемых процессов/структурных подразделений в процессе подготовки к проверке:

- заблаговременно информируют сотрудников структурных подразделений о предстоящей проверке, ее целях, содержании, дате, времени начала и продолжительности;
- назначают лиц из числа сотрудников структурных подразделений, в том числе уполномоченных по качеству в соответствии с Положением об уполномоченных по качеству СПбГЭУ (СПбГЭУ-СМК-П-1.2.1-2013), для осуществления контактов с членами аудиторской группы и разъясняют им их обязанности в ходе проверки;
- сотрудничают с членами аудиторской группы с целью рациональной организации проверки, оказывают им содействие и создают необходимые условия для нормальной работы;
- по запросу аудиторов предоставляют им доступ к информации о том, как реализуется процесс/деятельность, к документации, зарегистрированным записям, продукции, оборудованию, приборам и т.п., имеющимся в структурном подразделении.

2.5. Проведение внутреннего аудита

Проведение проверки осуществляется путем обследования проверяемых структурных подразделений в соответствии с программой внутреннего аудита.

Проведение внутреннего аудита должно обеспечить решение задач, установленных в разд. 2.1 настоящей документированной процедуры.

Руководитель проверки проводит совещание в проверяемом подразделении перед началом аудита. Цель совещания - представление всем лицам, задействованным в аудите, целей аудита, а также методов и процедур, которые будут использованы при проведении проверки.

Сбор данных при проведении внутреннего аудита осуществляется путем изучения и анализа документации проверяемого процесса/структурного подразделения, опроса персонала, наблюдения за реализацией процессов и видов деятельности, процедур и положений СМК, анализа записей и т.п.

Общаясь с сотрудниками структурных подразделений, аудиторы используют опросные листы (в качестве направляющего средства во время беседы) для получения необходимой информации. Опросные листы не ограничивают аудиторов в количестве задаваемых вопросов, они вправе расширить перечень вопросов для достижения целей проверки.

Примечание: подготовка опросных листов до начала проверки является желательной составляющей, но не обязательной. Ведение записей в период проверки в удобной для аудитора форме является обязательным.

При аудите соответствия деятельности подразделения требованиям, содержащимся в документации СМК, устанавливается степень, с которой СМК понята, внедрена и соблюдается персоналом. Информация, указывающая на возможность несоответствия, фиксируется независимо от того, входит она в перечень контролируемых вопросов или нет. Информация, полученная при общении с персоналом, должна сопоставляться с информацией, полученной из других независимых источников.

В процессе проверки руководитель проверяющей группы может внести изменения в план проверки и в распределение обязанностей между аудиторами, если сочтет это необходимым для более эффективной работы. О принятых решениях в изменении плана проверки руководитель проверяющей группы ставит в известность руководителей тех проверяемых структурных подразделений, которых эти изменения касаются.

В конце проверки, перед подготовкой отчета, руководитель проверки проводит заключительное совещание. На совещание приглашаются все аудиторы, проводившие проверку, руководитель проверяемого процесса/руководитель структурного подразделения, а также представитель заказчика, если он участвовал в проверке.

Основной целью заключительного совещания является доведение до сведения всех перечисленных выше лиц наблюдений аудита и заключения по его результатам. При этом наблюдения и заключение по проведенному аудиту должны быть представлены таким образом, чтобы они были понятны и признаны проверяемым структурным подразделением. При формулировании заключения аудита констатируется, достигнуты ли цели аудита в соответствии с его планом.

Все несоответствия или области для улучшения (которые одновременно могут являться основой для разработки предупреждающих действий в соответствии с ДП «Управление несоответствиями. Корректирующие и предупреждающие действия» (СПбГЭУ СМК-ДП-4.2-2013) в СМК, выявленные в процессе проведения проверки и подтвержденные объективными, обоснованными доказательствами, аудиторы фиксируют в протоколах регистрации несоответствий. Форма протокола регистрации несоответствия приведена в Приложении 5. Заполнение протоколов регистрации несоответствий осуществляется только на основе информации, полученной в ходе проверки. При заполнении протоколов аудиторы используют заполненные ими опросные листы, записи или другие рабочие документы.

Аудитор, обнаруживший несоответствие/область для улучшения, заполняет реквизиты верхней (служебной) части протокола регистрации несоответствия (кроме номера протокола), а также 1-ый и 2-ой разделы протокола, в котором описывает обнаруженное несоответствие/область для улучшения и указывает разделы (пункты) ИСО 9001:2011 и/или документов СМК Университета, требования которых выполняются либо частично, либо не выполняются совсем, либо не соблюдается установленный в них порядок реализации различных этапов процессов СМК, нарушаются оговоренные документами СМК методы ведения работы.

Аудитор, осуществляющий проверку, ставит свою подпись в служебной части протокола, после чего предъявляет протокол для ознакомления руководителю проверяемого процесса/руководителю проверяемого структурного подразделения, который подтверждает факт ознакомления своей подписью в этой же части протокола.

Установление причины несоответствия (только для несоответствий – п.3 протокола), разработку корректирующих действий /коррекций и установление даты их выполнения (для несоответствий и областей для улучшения – п.4 протокола) осуществляет руководитель процесса/руководитель структурного подразделения во время заключительного совещания. Руководитель проверки может дать свои рекомендации по проведению корректирующих и предупреждающих действий. Допускается заполнение 3-его и 4-го раздела протокола руководителем процесса/руководителем структурного подразделения в трёхдневный срок после аудиторской проверки, если это

невозможно было сделать на заключительном совещании. После чего 4-ый раздел протокола регистрации несоответствия подписывается руководителем проверяемого процесса/руководителем структурного подразделения и руководителем проверки.

Всем протоколам регистрации несоответствий присваиваются порядковые номера.

Оригиналы заполненных протоколов регистрации несоответствий остаются у руководителя проверки, копии всех протоколов остаются у руководителя проверяемого процесса/руководителя структурного подразделения для организации и проведения корректирующих действий/коррекций.

2.6. Подготовка отчета о внутренней проверке

Результаты внутренней проверки отражаются в отчете о проверке, который составляет ее руководитель с привлечением, при необходимости, аудиторов-членов проверяющей группы.

Ответственность за полноту и достоверность информации, содержащейся в отчете, несет руководитель проверки.

Отчет согласуется с начальником отдела оценки качества *не более чем в недельный срок после заполнения протоколов регистрации несоответствий.*

Отчет по аудиту должен содержать полные, точные, сжатые и понятные записи по аудиту и должен включать ответы на следующие вопросы:

1. Цели аудита;
2. Область аудита, в частности, идентификация проверенных структурных подразделений или процессов и охватываемый период времени;
3. Сведения о руководителе и членах аудиторской группы;
4. Критерии аудита;
5. Выводы аудита и заключения по результатам аудита (корректирующие и предупреждающие действия/коррекции);
6. Сильные стороны проверяемого структурного подразделения, выявленные в результате проверки.

К отчету по аудиту должны быть приложены:

1. План аудита;
2. Протоколы регистрации несоответствий.

При необходимости в отчет по аудиту могут быть включены:

1. Список представителей проверяемого процесса;
2. Неопределенности и/или любые встретившиеся препятствия при его проведении, которые могли уменьшить достоверность заключения по результатам аудита;

3. Подтверждение достижения целей аудита в пределах области аудита в соответствии с планом аудита;
4. Неразрешенные противоречия между аудиторской группой и проверяемым структурным подразделением;
5. Рекомендации по улучшению, если это предусмотрено целями аудита;
6. Согласованный план действий по результатам аудита, при необходимости;
7. Заявление о конфиденциальном характере содержимого отчета;
8. Перечень рассылки отчета по аудиту.

Отчет подписывается руководителем проверки.

Протоколы регистрации несоответствий (приложения к отчету) являются основой для осуществления контроля за их исполнением.

Руководитель проверки передает для анализа и утверждения начальнику отдела оценки качества подписанный со своей стороны отчет о проверке с приложением плана аудита и протоколов регистрации несоответствий. После согласования с начальником отдела оценки качества отчет (в электронном виде) отправляется руководителю проверенного процесса/руководителю структурного подразделения и проректору по направлению деятельности проверяемого подразделения для дополнительного контроля с их стороны.

Отчеты о проверке с приложением планов аудитов и оригиналов протоколов регистрации несоответствий хранятся в отделе оценки качества.

2.7 Реализация корректирующих действий/коррекций при проведении повторного аудита структурного подразделения. Контроль их выполнения

Начальник отдела оценки качества после наступления сроков, установленных на устранение несоответствий (выполнение корректирующих действий/коррекций), выполнение рекомендаций, выявленных в процессе проверки (зафиксированных в протоколах регистрации несоответствий), поручает руководителю, проводившему проверку в данном структурном подразделении, или сотруднику отдела оценки качества проведение контрольной проверки. Сроки проведения контрольной проверки (анализ результативности корректирующих действий/коррекций), не должны превышать 3-х месяцев с момента выполнения корректирующих действий/коррекций, установленных в протоколах регистрации несоответствий.

Руководитель контрольной проверки осуществляет контроль фактического выполнения корректирующих действий/коррекций и оценивает их результаты с точки зрения устранения выявленных несоответствий и причин их возникновения; результаты контроля он фиксирует в 5-ом пункте протоколов регистрации несоответствий (в 2-х экземплярах – копиях,

хранящихся в проверенном структурном подразделении и оригиналах, хранящихся в отделе оценки качества).

В тех случаях, когда предпринятые корректирующие действия/коррекции не дали положительных результатов, т.е. выявленные в ходе проверки несоответствия и/или причины их появления **не были устранены**, руководителем контрольной проверки делается отметка: «Причины несоответствия не устранены/Несоответствие не устранено», в случае невыполнения **областей для улучшения** - «Рекомендация не выполнена». Сделанные отметки подтверждаются подписью руководителя контрольной проверки. В таких случаях руководитель проверенного процесса/руководитель структурного подразделения должен организовать повторную разработку и реализацию действий, направленных на устранение обнаруженных несоответствий и причин их возникновения, а также выполнение ранее указанных рекомендаций по улучшению деятельности, что фиксируется в протоколе контроля выполнения корректирующих действий/коррекций (Приложение 7). В данном протоколе руководитель проверенного процесса/руководитель структурного подразделения указывает причину невыполнения корректирующих действий/коррекций и новые сроки устранения несоответствия/выполнения областей для улучшения. По истечении указанных сроков проводится повторная проверка (аналогично вышеописанной процедуре), при этом делается отметка о выполнении корректирующих действий/коррекций и заверяется подписью руководителя контрольной проверки в последней колонке протокола контроля выполнения корректирующих действий/коррекций (Приложение 7).

Все оригиналы протоколов регистрации несоответствий и протоколов контроля выполнения корректирующих действий/коррекций хранятся в отделе оценки качества.

2.8. Анализ, обобщение и использование результатов внутренних проверок качества

Результаты внутренних проверок СМК периодически анализируются и обобщаются по мере их проведения и докладываются начальником отдела оценки качества проректору по качеству.

Если проверенное структурное подразделение не проводит мероприятий по устранению несоответствий и причин их возникновения, вопрос об этом ставится перед проректором по качеству по представлению начальника отдела оценки качества.

В целях повышения эффективности СМК и недопущения системных несоответствий группами внутренних аудиторов, при последующих ежегодных проверках структурных подразделений, особое внимание уделяется анализу ранее выявленных и устраненных несоответствий (записями для этого служат протокола регистрации несоответствий, получаемые в отделе оценки качества).

По результатам проведения внутренних проверок (в соответствии с программой внутреннего аудита), начальник отдела оценки качества подготавливает проректору по качеству аналитическую записку. Для анализа используются:

- отчеты о результатах аудитов;
- устные и письменные отзывы и пожелания, поступившие от структурных подразделений и внутренних аудиторов.

Аналитическая записка содержит:

- общую информацию о проведенных аудитах, в том числе сведения о выполнении программы внутренних аудитов / или не выполнении программы внутренних аудитов с указанием причин;
- оценку состояния СМК Университета;
- анализ причин возникновения основных несоответствий (или периодически повторяющихся несоответствий), отраженных в протоколах регистрации несоответствий, а также выполненных /не выполненных мероприятиях по их устранению;
- предложения по корректирующим и предупреждающим мероприятиям на уровне Университета;
- предложения о внесении изменений в документацию СМК;
- другую информацию.

Обобщенные результаты внутренних проверок СМК Университета являются необходимыми входными данными для организационно-управленческого процесса и являются одним из основных материалов для анализа руководством эффективности функционирования СМК.

Показателями результативности процесса внутреннего аудита являются выполнение программы и сроков внутренних аудитов, а также отсутствие жалоб от заинтересованных сторон.

2.9. Порядок хранения информации

Отчеты (заключения) по внутреннему аудиту (с приложением планов, протоколов регистраций несоответствий, протоколов контроля выполнения корректирующих действий/коррекций) хранятся в отделе оценки качества в течение 5 учебных лет, включая год проверки, с соблюдением условий конфиденциальности. Перечень документов по внутренним проверкам СМК Университета, места и сроки их хранения указаны в таблице 1.

Перечень документов по внутренним проверкам СМК

Наименование документа	Место хранения	Ответственный за хранение	Срок хранения	Принадлежность к категории «записи»
Программа внутреннего аудита СМК	Управление документооборота	Начальник управления документооборота	Постоянно	+
Отчеты (заключения) по внутреннему аудиту (с приложениями)	Отдел оценки качества	Начальник отдела оценки качества	5 лет	+
Годовой отчет по результатам проведения внутреннего аудита	Отдел оценки качества	Начальник отдела оценки качества	5 лет	+

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Руководителем процесса внутреннего аудита СМК является проректор по качеству.

Ответственность других должностных лиц установлена в тексте документированной процедуры.

4. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

В настоящей ДП использованы ссылки на следующие нормативные документы:

1. ГОСТ ISO 9001-2011 "Системы менеджмента качества. Требования" (введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22 декабря 2011 г. N 1575-ст);
2. ГОСТ ISO 9000-2011 "Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь" (введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22 декабря 2011 г. N 1574-ст);
3. Руководство по качеству (СПбГЭУ СМК-РК-1.1-2013)
4. ДП «Управление документацией и записями» (СПбГЭУ СМК-ДП-3.6-2013)
5. Инструкция по делопроизводству СПбГЭУ
6. ДП «Управление несоответствиями. Корректирующие и предупреждающие действия» (СПбГЭУ СМК-ДП-4.2-2013)

5. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Термины и определения, используемые в документе

Приложение 2. Требования к персоналу, осуществляющему проверки; его полномочия и ответственность

Приложение 3. Ежегодная программа внутреннего аудита (форма)

Приложение 4. План внутренней проверки СМК (форма)

Приложение 5. Протокол регистрации несоответствия (форма)

Приложение 6. Опросный лист (рекомендуемая форма)

Приложение 7. Протокол №_____ контроля выполнения
корректирующих действий/коррекций по результатам аудита №_____ (форма)

Термины и определения

В настоящей ДП использованы термины и определения по ИСО 9000, а также термины, введенные СПбГЭУ:

Аудит (проверка) - систематический, независимый и документируемый процесс получения свидетельств проверки и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев проверки;

Аудитор (эксперт) - лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита;

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

План аудита - описание деятельности и мероприятий по проведению аудита;

Область аудита - содержание и границы аудита;

Процедура - установленный способ осуществления деятельности или процесса;

Процесс - совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы;

Корректирующее действие - действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации;

Коррекция - действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия;

Несоответствие - невыполнение требования.

**Требования к персоналу, осуществляющему проверки;
его полномочия и ответственность**

1. Каждый аудитор, привлекаемый к участию в проведении внутренней проверки, должен знать:

- требования стандартов ГОСТ Р ИСО серии 9000, документацию СМК Университета, законодательство РФ;
- методы сбора информации (изучение и анализ документации, опрос персонала, наблюдение за осуществлением процессов и процедур, проведение совещаний с представителями проверяемых структурных подразделений и т.д.);
- методы руководства проверкой (планирование, составление программы проверок, распределение объектов проверки между экспертами, инструктаж экспертов, общение с руководителями проверяемых структурных подразделений, взаимодействие с экспертами, проведение итогового совещания, подготовка отчетных материалов, контроль за подготовкой и выполнением корректирующих действий/коррекций по результатам проверки и оценка их результатов).¹

В процессе подготовки и проведения внутренней проверки эксперт-аудитор обязан:

- проявлять объективность, пунктуальность, корректность;
- собирать и анализировать сведения, необходимые и достаточные для оценки состояния СМК;
- разъяснять персоналу проверяемого структурного подразделения требования проверки, требования документации СМК Университета;
- рационально планировать и эффективно выполнять возложенные на него функции;
- фиксировать результаты изучения документации, опроса сотрудников проверяемого структурного подразделения, обследований и наблюдений;
- фиксировать любое обнаруженное несоответствие (область для улучшения);
- сотрудничать с руководителем проверки, предоставлять руководителю проверяющей группы собственные материалы проверки, их анализ, описание замеченных несоответствий и свои предложения по их корректировке и предупреждению для составления общего отчёта по проверке;
- обеспечивать сохранность и своевременный возврат материалов, взятых с целью проверки;
- отчитываться о результатах проверки;

¹ данное требование относится к руководителю проверки - главному эксперту

- соблюдать этические нормы во взаимоотношениях с представителями проверяемых структурных подразделений;
- проявлять общительность и доброжелательность;
- внимательно слушать собеседников, не перебивать их ответы и объяснения;
- соблюдать эмоциональную стабильность и спокойствие;
- обеспечивать конфиденциальность полученной информации.

2. Компетентность аудиторов

Параметр	Аудитор	Руководитель аудиторской группы
Образование	Высшее образование	Высшее образование
Общий опыт работы в Университете	Один год	Два года
Обучение аудитора	см. п.1, 6	см. п.1, 6
Опыт проведения аудитов	Минимально должен обладать знаниями в объёме п.1 Требований Приложения 2	Должен пройти 1 стажировку в команде с участием компетентного аудитора

Примечание: требования к руководителю аудиторской группы и аудитору могут быть изменены в каждом конкретном случае по согласованию с начальником отдела оценки качества.

3. Руководитель проверки должен обладать организаторскими способностями. Он наделяется полномочиями по организации конкретной проверки, ее проведению, а также по организации и проведению контрольной проверки в случае обнаружения несоответствий.

4. Руководитель проверки обязан:

- распределить обязанности между членами экспертной группы с учетом квалификации и компетенции;
- руководить текущей работой экспертной группы, проводить инструктаж;
- подготавливать совместно с членами группы рабочие документы для проведения проверки;
- следить за выполнением требований, предъявляемых к проводимой проверке;
- сообщать руководителям проверяемых структурных подразделений о всех выявленных несоответствиях в реализации процесса или вида деятельности установленным требованиям;
- решать с руководителями проверяемых структурных подразделений и, при необходимости, с начальником отдела оценки качества вопросы об устранении возникших в ходе проверки препятствий в ее проведении;

- подготовить отчет о проведенной проверке;
- проводить контрольные проверки в случае обнаружения несоответствий.

5. Все должностные лица, входящие в группу экспертов, несут персональную ответственность за достоверность результатов проведенных проверок.

6. Все должностные лица, имеющие право на проведение внутренних проверок, должны регулярно проходить повышение квалификации. Одной из форм повышения квалификации является прохождение стажировки в команде с участием компетентного аудитора. Ответственность за своевременность повышения квалификации внутренних аудиторов несет начальник отдела оценки качества.

Приложение 3

Ежегодная программа внутреннего аудита (форма)

Рег. № проверки	Проверяемое структурное подразделение/сотрудник	Проверяемые пп. ИСО 9001-2011	Руководитель проверки (ФИО)	Дата проведения проверки	Время проведения
1	2	3	4	5	6

Приложение 4

План внутренней проверки СМК (форма)

Цель аудита:		
Рег. № проверки		
Процесс/ структурное подразделение	Срок проведения проверки	с
		по
Руководитель проверки	Заключительное совещание	Дата
	Предоставление отчета	Дата

№ п.п.	Состав аудиторской группы		№ п.п.	Критерии проверки
1.	Руководитель		1.	Планируемые мероприятия (документы по планированию)
2.	Аудиторы:		2.	ИСО 9001:2011 п.п ...
3.			4.	Обязательная внешняя документация
4.			5.	Внутренние документы (РК, СТО, ДП, ИК, положения, методики, приказы и т.д.):

(блок заполняется только для проверяемых *процессов*)

№	Аудитор (Ф.И.О.)	Структурные подразделения	Дата, время

Руководитель проверки	Подпись	Ф.И.О.	Дата
-----------------------	---------	--------	------

Протокол регистрации несоответствия (форма)

ПРОТОКОЛ РЕГИСТРАЦИИ НЕСООТВЕТСТВИЯ		Per. № аудита	
Процесс/структурное подразделение:		№ протокола	
		Дата проверки	
		ИСО 9001п	
		(обозначение, номер раздела (пункта) ИСО 9001 п.)	
		Обозначение, номер раздела документа СМК. Обязательная внешняя документация	
1. Описание несоответствия:			
2. Области для улучшения:			
Аудитор			
		Ф.И.О., подпись, дата	
Руководитель процесса/структурного подразделения			
		Ф.И.О., подпись, дата	
3. Причина несоответствия:			
4. Корректирующие действия/коррекция и планируемая дата выполнения:			
Руководитель процесса/ структурного подразделения:		Подпись	Ф.И.О
			Дата:
Руководитель проверки:		Подпись	Ф.И.О
			Дата
5. Проверка выполнения и результативности корректирующих действий, коррекций			
<input type="checkbox"/> Причины несоответствия устранены / Несоответствие устранено			
<input type="checkbox"/> Причины несоответствия не устранены / Несоответствие не устранено			
<input type="checkbox"/> Рекомендация выполнена			
<input type="checkbox"/> Рекомендация не выполнена			
Руководитель проверки:		Подпись	Ф.И.О
			Дата:

Приложение 6

Опросный лист (рекомендуемая форма)

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ		Рег. № проверки	
Проверяемое структурное подразделение/процесс		№ опросного листа	
Аудитор		Дата	
№ П.п.	Вопросы аудитора	Ответы	Замечания, наблюдения, предложения по улучшению
Аудитор _____ <p style="text-align: center;"><i>Ф.И.О., подпись</i></p>			

Протокол № _____ контроля выполнения корректирующих действий/коррекций по результатам аудита № _____ (форма)

Процесс/структурное подразделение:	Дата повторного аудита
------------------------------------	------------------------

№ Протокола с невыполненными указанными КД/ К ²	Причина невыполнения	Сроки устранения несоответствия/ выполнения областей для улучшения	Отметка о выполнении КД/ К (заверяется подписью руководителя контрольной проверки), дата

Руководитель контрольной проверки:	
	Ф.И.О., подпись, дата
Руководитель процесса/структурного подразделения	
	Ф.И.О., подпись, дата

² КД - корректирующие действия, К – коррекция.

