

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«ПРОЦЕССЫ АУДИТА И САМООЦЕНКИ»
ДП-4.1-2023

УТВЕРЖДАЮ

Ректор учреждения образования
«Гродненский государственный
аграрный университет»



В.В. Пешко

2023 г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«ПРОЦЕССЫ АУДИТА И САМООЦЕНКИ»

СОГЛАСОВАНО

Проректор по учебной работе,
представитель руководства по
качеству

С.И. Юргель

«01» 09

2023 г.

ГРОДНО



Предисловие

1. РАЗРАБОТАНА учреждением образования «Гродненский государственный аграрный университет»

ИСПОЛНИТЕЛИ:

Пешко В.В., доцент, кандидат сельскохозяйственных наук
(руководитель);

Дудук А. А., доцент, кандидат сельскохозяйственных наук;

Регилевич А. А., доцент, кандидат сельскохозяйственных наук;

Юргель С.И., доцент, кандидат сельскохозяйственных наук.

2. ВНЕСЕНА учебно-методическим отделом и рабочей группой по развитию СМК

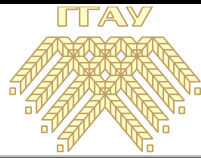
3. УТВЕРЖДЕНА И ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ

приказом Ректора от 19 сентября 2017 г. № 724-од

4. ВВЕДЕНА ВПЕРВЫЕ

**© Учреждение образования
«Гродненский государственный
аграрный университет»**

Настоящая документированная процедура университета не может быть тиражирована и распространена без разрешения учреждения образования «Гродненский государственный аграрный университет»



СОДЕРЖАНИЕ

1	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	4
2	НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
3	ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
4	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	6
5	ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА	8
5.1	Описание процесса «Процессы аудита и самооценки»	8
5.2	Схема процесса «Процессы аудита и самооценки»	12
5.3	Матрица распределения полномочий и ответственности	14
6	ЗАПИСИ	15
9	ПРИЛОЖЕНИЯ	16
	Лист регистрации изменений	21



1 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящая процедура устанавливает порядок и ответственность при планировании и проведении внутреннего аудита системы менеджмента качества, который направлен на определение соответствия установленным требованиям, оценку результативности и установление возможности совершенствования системы менеджмента качества.

Настоящая процедура устанавливает порядок планирования, проведения и документального оформления внутренних аудитов, а также требования к персоналу, проводящему их.

Процедура применяется во всех подразделениях ВУЗа, входящих в систему менеджмента качества.

Владельцем настоящей документированной процедуры является Проректор по учебной работе.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящая процедура разработана в соответствии с требованиями следующих нормативных документов:

СТБ ИСО 9000:2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь

СТБ ISO 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования

НПА и ТНПА

СТУ и ДП университета

Устав УО «ГГАУ»

3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

3.1 В данном стандарте используются следующие термины с соответствующими определениями:

Аудит – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.

Аудитируемое подразделение – подразделение, в котором проводится внутренний аудит.

Руководитель команды по аудиту – аудитор, назначенный для руководства конкретным аудитом СМК.

Внутренний аудитор (аудитор) – работник организации, надлежащим образом подготовленный для проведения аудита СМК.

Заключение по результатам аудита – выходные данные аудита представленные аудиторской группой после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита.



Несоответствие – невыполнение требования.

Несущественное несоответствие – невыполнение требования, установленного документом СМК, которое может оказать отрицательное влияние на качество продукции или привести к появлению значительного несоответствия, если оно не будет устранено.

Идентификация несоответствия – установление его принадлежности к определенному виду по признаку невыполнения конкретного требования.

Область внутреннего аудита СМК – процессы, подразделения (несколько подразделений) организации, осуществляющие деятельность в системе менеджмента качества или отдельной ее части, местоположение, время проведения аудита.

Контрольный вопросник – заранее составленный аудитором систематизированный перечень вопросов, ответы на которые позволяют аудиторам получить необходимую информацию о степени соответствия состояния объекта установленным требованиям.

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Критерии аудита – совокупность требований документации СМК.

Наблюдение аудита – результат оценки свидетельства аудита в зависимости от критериев аудита. Наблюдения аудита могут указывать на соответствие или несоответствие критериям аудита, или на возможности улучшения.

Процесс – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы и выходы.

Свидетельства аудита – записи, изложение фактов или другая информация, которая связана с критериями аудита и может быть проверена.

3.2 В данном стандарте используются следующие сокращения:

АП – аудируемое подразделение;

ВА – внутренний аудит;

ВУЗ – высшее учебное заведение;

ДП – документированная процедура;

КД – корректирующее действие;

ММК – методист по менеджменту качества;

ПД – предупреждающее действие;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение;

УМО – учебно-методический раздел;

УО «ГГАУ» - учреждение образования «Гродненский государственный аграрный университет»;

ПРК – представитель руководства по качеству.



4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основными целями документированной процедуры являются:

- оценка соответствия СМК ВУЗа и ее процессов требованиям установленным в СТБ ISO 9001-2015, в нормативной документации;
- оценка соответствия осуществляемой в рамках СМК деятельности запланированным мероприятиям в области качества в соответствии с Политикой и целями Университета;
- определение результативности СМК с точки зрения достижения целей установленных в области качества;
- определение возможностей совершенствования СМК;
- определение необходимости проведения мероприятий, направленных на поддержание СМК в рабочем состоянии и ее улучшение;
- проверка эффективности корректирующих мероприятий, предпринятых по результатам предыдущих проверок.

Объектом внутреннего аудита являются нормативная и инструктивная документация УО «ГГАУ» по СМК и деятельность подразделений, осуществляемой с этой документацией.

Результаты внутренних аудитов СМК являются исходными данными для анализа состояния и оценки результативности СМК, что необходимо руководству УО «ГГАУ» для принятия управленческих решений.

Процедура внутреннего аудита включает в себя: планирование аудита; подбор персонала с соответствующей квалификацией для его проведения; проведение аудита; анализ результатов аудита; обсуждение и составление плана проведения корректирующих мероприятий; контроль выполнения и анализ эффективности проведения корректирующих мероприятий.

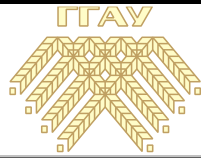
Внутренний аудитор УО «ГГАУ» назначается приказом ректора из числа сотрудников университета, прошедших соответствующее обучение.

Внутренний аудитор несет ответственность за:

- проведение внутреннего аудита в указанные в плане аудита сроки в соответствии с установленными целью, объектом и критериями внутреннего аудита;
- составление контрольных листов с контрольными вопросами, соответствующими цели, объекту и критериям внутреннего аудита;
- соблюдение норм этики при проведении внутреннего аудита.

Внутренний аудитор должен обладать такими личными качествами, как: объективность, ответственность, организованность, коммуникабельность, умение анализировать, способность четко и быстро выражать мысли в письменной и устной форме, стремление постоянно повышать уровень профессиональных знаний по соответствующему направлению деятельности.

Требования к внутреннему аудитору:



- высшее образование;
- специальное обучение по программе «Внутренний аудит», подтвержденное документом;
- стаж работы на данном предприятии или в данной отрасли не менее года;
- знание требования нормативных документов на продукцию, процессы и СМК.

На каждого аудитора заводится личная карточка, которая приведена в приложении Г. Начальник УМО оценивает качество проведение аудита и выставляет оценку (отлично, хорошо, удовлетворительно) по следующим показателям:

- своевременность проведения аудита согласно программе аудита;
- объективность;
- количество аудитов.

Оценка «отлично» выставляется:

- если выполнена программа аудита;
- аудитор участвовал в трех и более аудитах в течение года;
- объективность оценки.

Оценка «хорошо» выставляется:

- если выполнена программа аудита;
- аудитор участвовал не более чем в двух аудитах в течение года;
- объективность оценки.

Оценка «удовлетворительно» выставляется:

- если не выполнена программа аудита;
- аудитор участвовал в одном аудите в течение года.

Аудитор выполнил внутренний аудит результативно и качественно, если получены оценки «отлично» и «хорошо» (Приложение Д).

Раз в три года аудиторы проходят аттестацию. Приказом ректора создается комиссия на аттестацию в составе: председатель – ПРК, проректор по учебной работе, начальник УМО, ММК. Комиссия проводит аттестацию, согласно аттестационному листу. Для того, чтобы пройти аттестацию необходимо набрать не менее 10 баллов, при наборе 6-9 баллов аудитор условно проходит аттестацию, если меньше 6 баллов, то исключается из команды аудиторов (приложение А).



5 ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА

5.1 Планирование внутреннего аудита СМК

Внутренние проверки функционирования СМК проводятся в соответствии с годовой программой проверок. Проект программы составляется ММК и согласовывается с проректорами по направлениям деятельности. Отделы, процессы и факультеты ВУЗа подвергается ВА не реже 1 раза в год. Кафедры университета должны быть проверены в течение трех лет. Ректор, Проректор по учебной работе и методист по менеджменту качества проверяется только внешними аудиторами.

В конце года ММК составляет программу внутренних аудитов СМК на календарный год (приложение Б) и передает на согласование и утверждение ПРК и ректору соответственно. Программу ВА СМК УО «ГГАУ» в случае отсутствия замечаний согласовывает ПРК и утверждает ректор.

Программа внутренних аудитов размещается на сайте СМК.

Ответственные лица:

- ММК по своей должностной инструкции – за подготовку проектов приказов, разработку программы ВА СМК;
- ПРК по своей должностной инструкции – за согласование программы ВА СМК;
- ММК по своей должностной инструкции за размещение на сайте;
- члены совета по качеству, руководители СП – за подачу предложений о проведении внеплановых ВА.

По решению Совета по качеству или по инициативе любого руководителя подразделения (возникновение нештатной ситуации, увеличение количества несоответствий, претензий и др.) могут проводиться внеплановые ВА. Решение о проведении внеплановых ВА оформляется протоколом Совета по качеству.

ММК подготавливает проект приказа на назначение внутренних аудиторов из числа специально подготовленных сотрудников ВУЗа, согласовывает его с ПРК и представляет на утверждение ректору. Ректор в случае отсутствия замечаний к приказу, подписывает его и передает в УМО. Приказ хранится в УМО в папке «Материалы по внутреннему аудиту СМК» в течение 3 лет.

5.2 Определение состава команды аудиторов.

ММК и ПРК определяют состав команду аудиторов. При получении информации о невозможности участия аудитора во ВА ММК корректирует состав команды аудиторов с учетом их загруженности. Ответственное лицо – ММК по должностной инструкции.

5.3 Подготовка аудиторов к проведению ВА.



На кануне проведения ВА команда аудиторов прибывает в УМО, для получения документов для проведения аудита и проведения предварительного совещания.

Аудиторы подготавливают к проведению ВА необходимые рабочие документы (контрольные вопросники (приложение В) и бланки протоколов несоответствий (приложение Г)).

Отв. лица:

– ММК по своей должностной инструкции – составление контрольного вопросника; за выдачу документации внутренним аудиторам;

–внутренние аудиторы – за анализ документов, подготовку рабочих документов;

5.4 Проведение ВА.

В назначенный день аудиторы прибывают в АП. В ходе проведения внутреннего аудита, аудиторы используют контрольные вопросники (приложение Б), которые служат для упорядочения ВА и является вспомогательным документом для внутренних аудиторов. В случае возникновения дополнительных вопросов аудиторы имеют право их задать. При этом возникшие вопросы и ответы на них необходимо отразить в приложении к контрольному вопроснику ВА, оформленном в свободной форме с обязательной подписью его аудиторами. Выявленные несоответствия аудиторы фиксируют в протоколе несоответствий (приложение Г).

Ответственные лица:

- аудиторы – за проведение ВА.

5.5 Проведение заключительного совещания в АП.

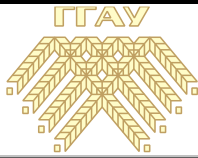
После проведения ВА ПРК и аудиторы проводят совместное заключительное совещание с руководителем АП и представителями структурного подразделения, на котором представляют результаты ВА с необходимыми разъяснениями, с учетом значимости несоответствий.

Ведет заключительное совещание ПРК.

Аудиторы прикладывают протоколы несоответствий и представляет руководителю АП для заполнения разделов «Причина несоответствия» и «Корректирующие действия». Руководитель АП разрабатывает коррекции и корректирующие действия, устанавливает срок их исполнения.

Срок исполнения коррекций и корректирующих действий по выявленным несоответствиям руководитель АП согласовывает с аудитором. Срок устранения несоответствий – два месяца, аспектов для улучшений – в течение года.

Оригинал заполненного контрольного вопросника и протоколов несоответствий по внутреннему аудиту аудиторы передают в УМО в день проведения аудита, копию протокола ВА, если были выявлены несоответствия предоставляет руководителю АП.



Ответственные лица:

- ПРК – за проведение заключительного совещания;
- аудиторы – за оформление протокола ВА и предоставление на согласование;
- руководитель АП – за согласование протокола ВА и разработку корректирующих действий.

5.6 Выполнение КД.

Ответственное лицо, назначенное руководителем АП, исполняет разработанное КД согласно процедуре ДП-1.8-2010 «Корректирующие и предупреждающие действия».

5.7 Контроль устранения несоответствий.

В срок, установленный в протоколе несоответствий аудитор проверяет в АП устранение несоответствий и в оригинале протокола несоответствий заполняют раздел «Фактическая дата устранения несоответствия».

При устранении всех обнаруженных несоответствий ВА считается завершенным. Ответственное лицо – руководитель группы аудиторов.

Для прохождения внутреннего аудита допускается два существенные замечания и неограниченное количество несущественных.

5.8 Несоответствие устранено?

Если да, то п. 5.9;

Если нет, то п. 5.14.

5.9 Подготовка сводного отчета по ВА СМК.

ММК на основании протоколов несоответствий подготавливает сводный отчет о результатах ВА СМК по форме (приложение Е) и передает начальнику УМО. Начальник УМО проводит анализ результатов ВА, в разделе «Выводы» отражает необходимые записи.

Ответственные лица:

– ММК по должностной инструкции – за подготовку сводного отчета о результатах ВА СМК.

Начальник УМО по должностной инструкции – за анализ результатов аудита и утверждение отчета по ВА СМК.

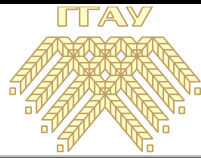
5.10 Анализ результатов ВА СМК.

ПРК предоставляет сводный отчет по ВА СМК на очередное заседание Совета по качеству. Члены совета по качеству согласно процедуре «Корректирующие и предупреждающие действия» проводят анализ результатов ВА СМК и принимают решение о соответствии СМК УО «ГГАУ» требованиям СТБ ИСО 9001:2015.

Ответственные лица:

– Начальник УМО по должностной инструкции – за передачу сводного отчета по ВА СМК ПРК;

– ПРК – за предоставление сводного отчета по ВА СМК на совет по качеству;



– члены совета по качеству – за анализ результатов ВА СМК.

5.11 СМК соответствует установленным требованиям?

Если да, то п. 5.12; если нет, то п. 5.15.

5.12 Хранение документов ВА СМК.

ММК заводит по папку «Внутренний аудит», в которой в течении 2-х лет хранятся оригиналы плана ВА, протоколы несоответствий и отчеты по ВА.

5.13 Анализ эффективности процесса ВА.

ПРК один раз в год осуществляет анализ эффективности процесса по следующим критериям:

- выполнение программы;
- количество выявленных аудиторами областей для улучшения;
- эффективность устранения несоответствий;
- уменьшение количества несоответствий выявленных органом по сертификации.

Результаты анализа эффективности являются материалами для включения в отчет анализа со стороны руководства. Ответственное лицо начальник УМО по должностной инструкции.

Если при проведении внутренних аудитов не выявлены существенные замечания, то деятельность аудируемого подразделения является результативной.

5.14 Предоставление объяснений о неустранении несоответствия.

В случае невыполнения КД по выявленным несоответствиям руководитель структурного подразделения представляет начальнику УМО объяснительную записку о причинах невыполнения КД.

Ответственные лица: руководитель АП – за объяснение.

5.15 Принятие решений Советом по качеству.

Члены совета по качеству дают свои рекомендации по разработке и реализации КД, определяют сроки внеплановых ВА и назначают ответственных лиц из членов Совета по качеству за устранением несоответствия. Ответственные лица: члены совета по качеству

5.16 Выполнение решений Советом по качеству.

Решения Совета по качеству в виде протокола доводятся до исполнителей решений в сроки установленные Советом по качеству. Начальник УМО проводит контроль за исполнением решений.

Руководители СП исполняют решения Совета по качеству и служебной запиской ставят в известность начальника УМО о выполнении.

Ответственное лицо в соответствии с протоколом Совета по качеству – за исполнение; начальник УМО по должностной инструкции – за контроль.

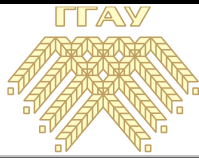
5.17 Решение Совета по качеству выполнены?

Если да, то п. 5.12; если нет, то п. 5.10.



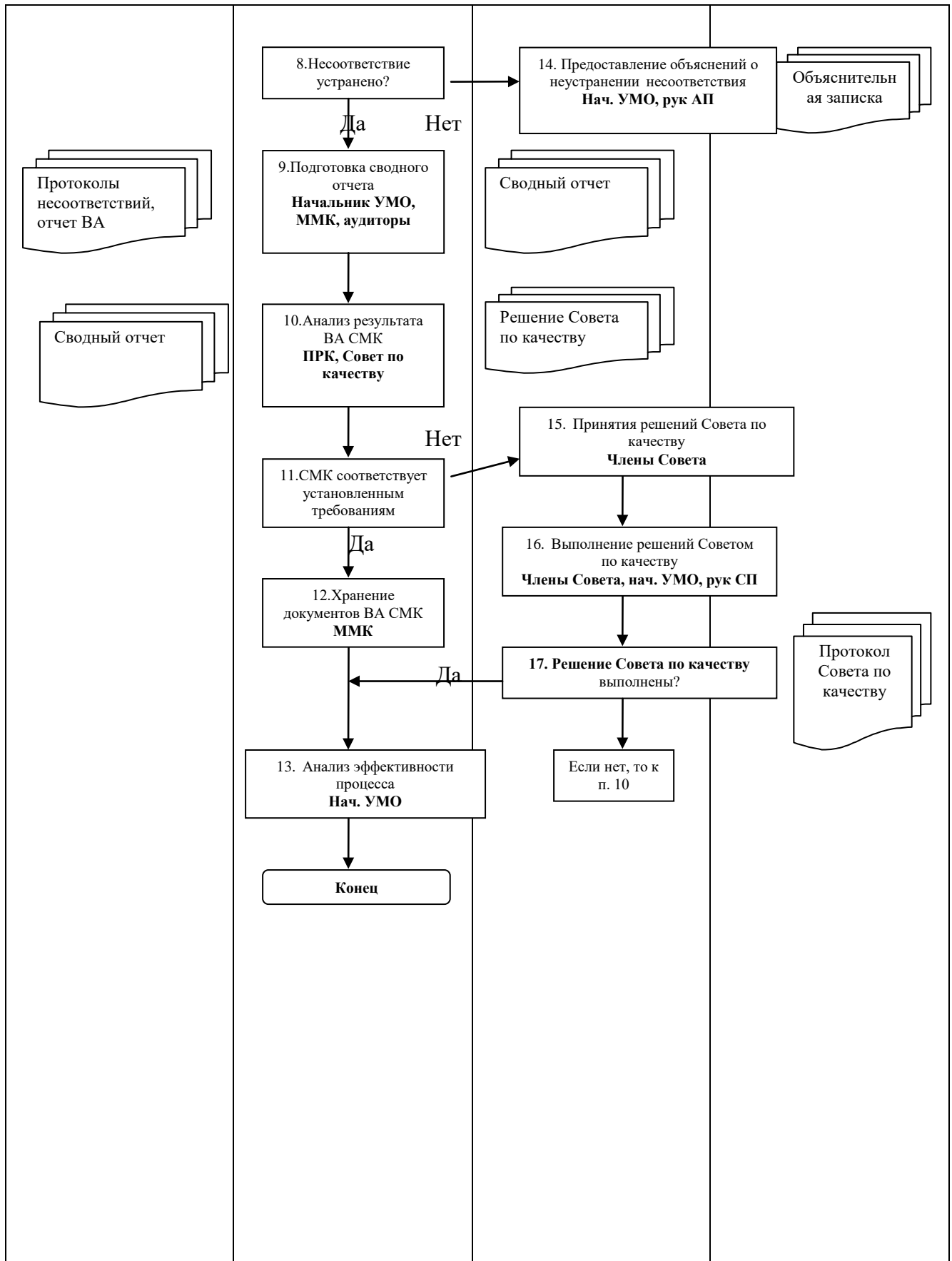
5.2 Схема процедуры

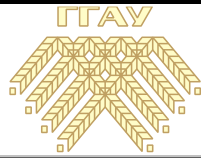
Входные данные	Операции процесса	Выходные данные	Примечания и ссылки
<p>План проверок</p>	<p>Начало.</p> <p>1. Планирование ВА СМК ПРК, ММК, нач. УМО</p>	<p>Программа ВА</p>	
<p>Программа ВА</p>	<p>2. Определение состава команды auditors ПРК, ММК</p>	<p>Команда auditors</p>	
<p>Документация АП</p>	<p>3 Подготовка auditors к проведению ВА Начальник УМО, ММК, auditors</p>	<p>План ВА, контролируемый вопросник</p>	
<p>Контрольный вопросник, документация АП</p>	<p>4. Проведение ВА Рук. группы auditors, auditors</p>	<p>Протокол несоответствий, отчет ВА</p>	
<p>Протокол несоответствий, отчет ВА</p>	<p>5. Проведение заключительного совещания в АП Рук. группы auditors, auditors</p>	<p>КД и ПД</p>	
<p>КД и ПД</p>	<p>6.Выполнение КД ММК, auditors</p>	<p>ДП-1.8-2010 «КД и ПД»</p>	
	<p>7.Контроль устранения несоответствий ПРК, ММК</p>		



ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«ПРОЦЕССЫ АУДИТА И САМООЦЕНКИ»

ДП-4.1-2023





5.3 Матрица распределения ответственности и полномочий процедуры

Должностное лицо Вид Деятельности	ПРК	Начальник УМО	ММК	Руководитель АП	Аудиторы
Планирование внутреннего аудита СМК	Р	О	И		
Подготовка проекта приказов, разработка программы ВА	Р	О	И		
Определение состава команды аудитов	Р		О		И
Подготовка аудиторов к проведению ВА	Р		О		И
Проведение ВА				И	И
Проведение заключительного совещания в АП				И	И
Выполнение КД				О	
Контроль устранения несоответствий				И	
Подготовка отчета по ВА СМК			И		И
Анализ результатов ВА на совете по качеству	Р	О	И	И	
Хранение документов ВА СМК			И		
Анализ эффективности процедуры ВА		О	И		

Р – руководитель,

О – ответственный исполнитель,

И – исполнитель.



6 ЗАПИСИ

№ п/п	Наименование документа	Документ, устанавливающий форму записи.	Кол. экз.	Место хранения	Срок хранения
1	Аттестационный лист	Приложение А	1	УМО	Время функционирования СМК
2	Программа ВА СМК	Приложение Б	1	УМО	2 года
3	Контрольный вопросник ВА СМК	Приложение В	1	УМО	2 года
4	Отчет и протокол несоответствий	Приложение Г	1	УМО	2 года
5	Личные карточки	Приложение Д			Время функционирования СМК
6	Сводный отчет по ВА СМК	Приложение Е	1	УМО	2 года



ПРИЛОЖЕНИЕ А

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ №

от « » _____ 2014 г.

Внутренний аудитор _____

№п/п	Критерии	Баллы
1	Стаж работы:	
	1-3 года	2
	3-5 лет	3
	Более 5 лет	5
2	Специальное обучение по проведению ВА:	
	Да	5
	Нет	0
3	Количество аудируемых подразделений в течение года:	
	Одно	1
	Два	2
	Три	3
4	Образование:	
	Высшее	1
	После аспирантуры	2
	Кандидат наук	3
Сумма баллов		

Заключение комиссии:

аттестовать _____

условно аттестовать _____

исключить из команды аудиторов _____

Председатель комиссии

А.А. Дудук



ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«ПРОЦЕССЫ АУДИТА И САМООЦЕНКИ»

ДП-4.1-2023

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

СОГЛАСОВАНО

Представитель руководства
по качеству

_____ Ф.И.О.

« » _____ 201 г.

УТВЕРЖДЕНО

Ректор

Ф.И.О.
« » _____ 201 г.

Программа ВА СМК на _____ год

Цель:

Показатели достижения цели:

№ п/п	Подразделение, процесс	Критерии аудита		Аудитор	Дата аудита
		Документы СМК	Пункт СТБ ISO 9001- 2015 на соответствие которому проводится аудит		

Руководитель ССМК

Подпись, дата

Ф.И.О.



ПРИЛОЖЕНИЕ В

Контрольный вопросник внутреннего аудита СМК

Область аудита (процесс, подразделение) _____

Аудиторы: _____

Участники аудита _____

№ п/п	Критерий аудита	Содержание вопроса	Свидетельства аудита	Соответствует /Несоотв.

Аудитор: _____
(Ф.И.О)

_____ (подпись, дата)



ПРИЛОЖЕНИЕ Г
ОТЧЕТ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ

Дата _____

Объект внутреннего аудита _____

Цель аудита: проведение анализа соответствия СМК университета требованиям, установленным в СТБ ISO 9001-2009.

Критерии аудита: документы аудируемого подразделения

Аудиторы _____

Количество выявленных несущественных несоответствий: _____

Количество выявленных аспектов для улучшения: _____

Установленное несоответствие (аспект): _____

Коррекционные и корректирующие мероприятия требуются: (да/нет) _____

Деятельность аудируемого подразделения соответствует нормам:
(да/нет) _____

Эффективность устранения несоответствий, выявленных на
предыдущем внутреннем аудите: _____

Области для улучшения _____

Сроки проведения коррекционных и корректирующих
мероприятий: _____

Руководитель аудируемого
подразделения _____

Фактическая дата устранения несоответствия _____

Аудитор _____

Заключение: несоответствие устранено (да/нет) _____



ПРИЛОЖЕНИЕ Д

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА АУДИТОРА

ФИО _____

Образование по диплому _____

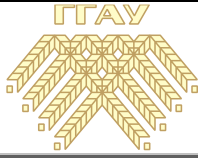
Должность _____

Первичное обучение по ВА _____

Повышение квалификации _____

УЧАСТИЕ В АУДИТАХ

№п/п	Дата	Структурное подразделение	Оценка	Примечание



**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«ПРОЦЕССЫ АУДИТА И САМООЦЕНКИ»**

ДП-4.1-2023

Лист регистрации изменений

№ измене ния	Дата внесения изменения, до- полнения и проведения контроля	Номера листов	Шифр документа	Краткое содержание изменения, отметка о ревизии	Ф.И.О., подпись
1	2	3	4	5	6