



УТВЕРЖДАЮ
Директор НИИСТ им. А.Н. Севченко БГУ

П.В. Кучинский

11 11 2013 г.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА


ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

Стандарт предприятия

СТП Д 8.2.2-01-2013

СОГЛАСОВАНО

Заместитель директора
по научной работе,
представитель руководства
по качеству

 Ю.И. Дудчик
11 11 2013 г.

Редакция 1

МИНСК

	Внутренний аудит СТП Д 8.2.2-01-2013	Лист 2	Листов 35
--	---	--------	-----------

Ключевые слова: аудит, аудитор, система менеджмента качества, критерий, компетентность, программа аудита

ПРЕДИСЛОВИЕ

- 1 РАЗРАБОТАН отделом метрологии и стандартизации
- 2 ИСПОЛНИТЕЛИ Дудчик Ю.И., заместитель директора по научной работе;
Попков А.П., начальник отдела метрологии и стандартизации
- 3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ: приказом директора
от _____ 20__ г. № _____
- 4 ДОКУМЕНТ СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕБОВАНИЯМ СТЬ ISO 9001-2009
- 5 ВВЕДЕН впервые
- 6 ДАТА ВВЕДЕНИЯ _____
- 7 СРОК ДЕЙСТВИЯ _____

Настоящий стандарт не может быть тиражирован и распространён без разрешения представителя руководства, ответственного за систему менеджмента качества НИИПФП им. А.Н. Севченко БГУ

Издан на русском языке

СОДЕРЖАНИЕ

1	НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	4
2	НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
3	ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	4
4	ОПИСАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	7
4.1	Общие положения.....	7
5	ВНУТРЕННИЙ АУДИТ.....	7
5.1	Планирование внутреннего аудита.....	7
5.2	Составление программы и подготовка к проведению аудита.....	8
5.3	Подготовка к проведению аудита.....	9
5.4	Проведение внутреннего аудита.....	10
5.5	Оформление результатов внутреннего аудита.....	12
5.6	Анализ результатов аудитов, разработка, проведение и контроль выполнения корректирующих действий.....	13
5.7	Подготовка и аттестация аудиторов.....	13
5.8	Общие требования к внутренним аудиторам.....	14
5.9	Права и обязанности аудиторов.....	15
6	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.....	16
7	ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ.....	17
8	ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ.....	17
	ПРИЛОЖЕНИЕ А (Обязательное) Форма программы внутренних аудитов.....	19
	ПРИЛОЖЕНИЕ Б (Обязательное) Форма плана-графика проведения внутренних аудитов..	20
	ПРИЛОЖЕНИЕ В (Обязательное) Форма уведомления об аудите и план аудита.....	21
	ПРИЛОЖЕНИЕ Г (Обязательное) Форма контрольного листа для проведения внутреннего аудита.....	22
	ПРИЛОЖЕНИЕ Д (Обязательное) Форма протокола аудита.....	25
	ПРИЛОЖЕНИЕ Е (Обязательное) Форма журнала регистрации аудитов	27
	ПРИЛОЖЕНИЕ Ж (Обязательное) Форма справки по внутренним аудитам.....	28
	ПРИЛОЖЕНИЕ И (Обязательное) Форма реестра аудиторов	29
	ПРИЛОЖЕНИЕ К (Обязательное) Форма личной карточки аудитора.....	30
	ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	32
	ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	33
	ЛИСТ РАССЫЛКИ.....	34

1 НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1 Настоящий стандарт СТП Д 8.2.2-01-2012 «Внутренние аудиты» (далее – стандарт) системы менеджмента качества (СМК) Научно-исследовательского учреждения «Институт прикладных физических проблем имени А.Н. Севченко» Белорусского государственного университета (далее – институт) устанавливает единый порядок планирования, организации и проведения внутренних аудитов.

1.2 Действие настоящего стандарта распространяется на все структурные подразделения, всех владельцев (ответственных) процессов и сотрудников НИИПФП им. А.Н. Севченко БГУ.

1.3 Стандарт разработан во исполнение требований пп. 8.2.2 СТБ ISO 9001-2009 и входит в состав документов СМК института.

2 НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

2.1 СТБ ИСО 9000-2006 Система менеджмента качества. Основные положения и словарь.

2.2 СТБ ИСО 9001-2009 Системы менеджмента качества. Требования.

2.3 СТБ ИСО 19011-2013 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента.

2.4 РК СМК 4.2.2-01-2012 Руководство по качеству.

2.5 СТП Д 4.2.3-01-2012 Управление документами.

2.6 СТП Д 4.2.4-01-2012 Управление записями.

2.7 СТП П 5.6.0-01-2012 Анализ и постоянное улучшение.

2.8 СТП П 6.2.0-01-2012 Менеджмент персонала

2.9 СТП П 7.4.0-01 Управление закупками.

2.10 СТП Д 8.3.0-01-2012 Управление несоответствиями.

2.11 СТП Д 8.5.2-01-2012 Корректирующие и предупреждающие действия.

3 ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 Термины и определения

В настоящем стандарте использованы термины и определения в соответствии с СТБ ИСО 9000-2006 [2.1], а также:

Аудит (аудиторская проверка) – процедура независимой оценки деятельности организации, системы, процесса, проекта или продукта.

Примечание – Внутренние аудиты, называемые аудиты «первой стороной», проводятся обычно самой организацией или от ее имени для внутренних целей и могут служить основанием для декларации о соответствии.

Аудитор – лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита.

Внутренний аудитор – сотрудник организации, хорошо владеющий вопросами менеджмента качества, имеющий соответствующее тому подтверждение.

Группа по аудиту – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими экспертами.

Главный аудитор – назначенный из числа внутренних аудиторов руководитель группы по аудиту.

Документ – информация и соответствующий носитель (СТБ ИСО 9000-2006).

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

Информация – значимые данные (СТБ ИСО 9000-2006).

Компетентность – обладание знаниями и умениями и способность их применять.

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

Коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Примечание - Коррекция может осуществляться в сочетании с корректирующим действием.

Критерии аудита – стандарты, в сравнении с которыми мы можем оценивать эффективность деятельности (исполнение) проверяемой организации.

Объективное свидетельство – данные, подтверждающие наличие или правдивость чего-либо.

Примечание – Объективное свидетельство может быть получено путем наблюдения, измерения, испытания или другими способами.

Реестр аудиторов – документ для регистрации персонала, аттестованного на право проведения внутренних аудитов.

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

Примечание – Свидетельство аудита может быть качественным или количественным.

Структурное подразделение – официально выделенная часть института вместе с относящимися к ней сотрудниками, возглавляемая руководителем, подчиненным непосредственно директору (его заместителю, главному специалисту), созданная для управления определенным направлением (видом) деятельности организации, с самостоятельными задачами, функциями и ответственностью перед руководством.

Технический эксперт – лицо, предоставляющее группе по аудиту свои знания или опыт по специальному вопросу.

Форма – документ, который устанавливает требования к объему и содержанию данных, подлежащих регистрации.

3.2 Применяемые обозначения

БВ –бумажный вариант.

БГУ – Белорусский государственный университет;

ВА – внутренний аудит.

ДЗ – докладная записка.

КД – корректирующие действия.

СК – специалист по качеству.

МиС – метрология и стандартизация.

НИИПФП – научно-исследовательский институт прикладных физических проблем имени А.Н. Севченко Белгоуниверситета;

НПА – нормативный правовой акт.

ОМС – отдел метрологии и стандартизации.

ОК – отдел кадров.

ПД – предупреждающие действия.

ПРК – представитель руководства по качеству.

РКА – руководитель команды аудиторов.

РСП – руководитель структурного подразделения.

СМК – система менеджмента качества.

СП – структурное подразделение.

	Внутренний аудит СТП Д 8.2.2-01-2013	Лист 6	Листов 35
--	---	--------	-----------

СТБ – национальный стандарт Республики Беларусь.

СТП Д – стандарт организации (предприятия), описывающий деятельность.

СТП П – стандарт организации (предприятия), описывающий процесс.

ТНПА – технический нормативный правовой акт.

ЭВ – электронный вариант.

3.3 Применяемые сокращения

гл. – главный;

гр. – группа;

др. – другие;

зав. – заведующий;

зам. – заместитель;

нач. – начальник;

отв. – ответственный;

п. – пункт;

прил. – приложение;

рук. – руководитель;

см. – смотрите.

4 ОПИСАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1 Общие положения

4.1.1 Внутренние аудиты включают следующие этапы:

- планирование;
- подготовку к проведению аудита;
- проведение аудита;
- оформление результатов аудита;
- разработку, выполнение и контроль выполнения коррекции или корректирующих действий (при обнаружении несоответствий) и КД (при необходимости устранения причин несоответствий);
- анализ результативности проведенных КД;
- архивирование результатов ВА;
- представление протокольных данных о ВА для анализа со стороны высшего руководства.

4.1.2 Внутренний аудит проводит группа в составе:

- руководителя команды аудиторов (РКА);
- аудиторов;
- технического эксперта (экспертов) (при необходимости).

4.1.3 Численный состав команды аудиторов зависит от целей и объема аудита.

Допускается осуществлять ВА одним аудитором.

4.1.4 Аудиторы, назначенные для проведения ВА, не должны быть заняты в проверяемой ими деятельности (принцип независимости).

4.1.5 Руководителя команды аудиторов назначают при составлении программы аудитов на год. Если для проведения ВА необходимы специальные знания, руководитель команды аудиторов может привлечь для участия в аудите технического эксперта по объекту ВА из числа специалистов института. При этом возможность участия специалиста во ВА подлежит согласованию с его руководителем.

4.1.6 Все формы документов процедуры «Внутренний аудит» приведены в Приложениях А – К.

5 ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

5.1 Планирование внутренних аудитов

5.1.1 Внутренние аудиты должны планироваться таким образом, чтобы каждый процесс СМК, деятельность каждого СП в СМК были проверены не реже одного раза в год. Частота проведения ВА СП не одинакова и должна учитывать важность проверяемой деятельности, процессов и ответственность персонала проверяемых СП в части выполнения требований СМК.

5.1.2 ВА могут проходить планоно и внепланоно.

5.1.3 Плановые ВА СМК института проводятся в соответствии с программой ВА (Приложение А), которая содержит все аудиты, планируемые высшим руководством института к проведению в течение года, а также требования к видам деятельности в ходе ВА, срокам выполнения и необходимым ресурсам.

5.1.4 Программу ВА разрабатывает специалист по качеству отдела МиС. Начальник отдела МиС отвечает за подготовку, согласование с ПРК, а также утверждение директором «Программы внутренних аудитов на 20__ г.».

5.1.5 Программа внутренних аудитов на год разрабатывают и представляют на утверждение не позднее 20 декабря, утверждают – 25 декабря года, предшествующего планируемому.

5.1.6 В течение года в программу могут быть внесены изменения. Оригинал программы ВА хранится в ОМС у специалиста по качеству.

5.1.7 Внеплановые ВА проводятся на основании решения директора (приказа, протоколов, актов). Основанием для проведения внеплановых ВА может служить:

- реорганизация структуры института;
- введение новых процессов и видов деятельности (процедур) в область сертификации (необходимость совершенствования СМК);
- поступление информации от потребителей, контролирующих внешних организаций и других заинтересованных лиц о несоответствии качества предоставленной продукции (услуги) установленным требованиям;
- предложения начальника ОМС или гл. аудитора, выработанные в результате анализа результатов проведенных ВА;
- неудовлетворительная оценка результативности проведенных КД;
- наличие существенных замечаний, выявленных экспертами внешнего аудита и др.

5.1.8 Решение о проведении внеплановых ВА могут быть оформлены через протокол заседания Совета по качеству / приказ директора, в котором указываются:

- основание и цель проведения внепланового ВА;
- область (аудитируемое СП) и критерии ВА;
- дата проведения ВА;
- состав аудиторской команды в том числе руководитель команды;
- срок предоставления отчета об ВА;

5.1.9 Приказ на проведение внепланового ВА готовит начальник ОМС.

5.1.10 Контроль за выполнением программы ВА на год / внеплановых ВА осуществляет ПРК.

5.2 Составление программы внутренних аудитов

5.2.1 При составлении программы ВА должны быть рассмотрены и обязательно определены:

- цели, критерии аудита;
- область аудита, включая идентификацию организационных и функциональных элементов и процессов (СП, рабочих мест, процессов, продукции и т.д.);
- сроки и продолжительность осуществляемой аудиторской деятельности на местах;
- вопросы, относящиеся к конфиденциальности (при необходимости).

5.2.2 Основными целями программы ВА СМК могут быть:

- определение результативности функционирования СМК или отдельных процессов, видов деятельности с точки зрения достижения целей в области качества, реализации направлений Политики в области качества;
- установление соответствия и/или несоответствия СМК (отдельных процессов) установленным требованиям СТЬ ISO 9001;
- получение информации, необходимой для рассмотрения и анализа функционирования СМК со стороны высшего руководства для оценки ее результативности, необходимости выработки КД и ПД с целью устранения выявленных и потенциальных несоответствий, их причин и предупреждения появления несоответствий;
- определение возможности и путей совершенствования СМК, процессов и продукции;

- получение уверенности руководства, что продукция (услуги) соответствует требованиям ТНПА;

- проверка результативности проведенных КД и ПД по результатам предыдущих аудитов.

5.2.3 Программа, в зависимости от области ВА, обсуждается с руководством института, владельцем процесса, РСР. При этом устанавливаются конкретные сроки ВА и назначаются специалисты для работы с аудиторами.

5.2.4 Принятые решения заносятся в программу, которую подписывают руководитель команды аудиторов, владельцы процессов, ПРК.

5.2.5 Утверждает программу ВА директор института.

5.2.6 Форма плана-графика проведения внутренних аудитов приведена в Приложении Б.

5.3 Подготовка к проведению аудита

5.3.1 Подготовку проведения ВА по конкретному СП (процессу / виду деятельности) возглавляет руководитель команды аудиторов.

5.3.2 На основе утвержденной программы ВА руководитель команды аудиторов составляет уведомление и план аудита (Приложение В), которое рассылается во все задействованные СП не позднее пяти рабочих дней до начала ВА. План ВА включает сведения:

- цели аудита;
- СП и критерии аудита;
- состав группы аудиторов и специалистов (экспертов) и гл. аудитора;
- даты проведения ВА;
- место проведения аудита;
- время и продолжительность проведения ВА на месте.

5.3.3 Номер плана аудита состоит из номера программы и порядкового номера плана ВА в рамках данной программы.

5.3.4 Проект плана согласовывается с аудируемыми и утверждается ПРК.

5.3.5 Подлинник утвержденного плана хранится у специалиста по качеству, копии с контрольными листами передаются гл. аудитору и ответственным лицам объекта аудита.

5.3.6 За две недели до начала ВА РКА проводит подготовительное собрание с аудиторами, участвующими в предстоящем ВА (при работе команды аудиторов), на котором знакомит аудиторов с утвержденной программой и решает необходимые организационные вопросы.

5.3.7 До начала ВА команда аудиторов разрабатывает контрольные вопросы, которые они вписывают в контрольные листы для проведения ВА (далее – Контрольный лист) (Приложение Г). При формулировании контрольных вопросов аудиторы руководствуются действующими документами СМК института и требованиями СТВ ISO 9001, СТВ ISO 19011.

5.3.8 Для обеспечения полноты, объективности и достижения целей ВА разработанные аудиторами Контрольные листы проверяет и визирует РКА (руководитель команды аудиторов).

5.3.9 При необходимости РКА с привлечением экспертов проводит с аудиторами разъяснительную беседу или оказывает помощь в составлении контрольных вопросов. Допускается составлять один Контрольный лист на группу.

5.3.10 При подготовке к аудиту руководитель аудируемого СП:

- информирует сотрудников СП о цели, области, дате и времени проведения ВА;
- обеспечивает соответствующее рабочее место и данные для проверок;
- формирует документацию СМК согласно плану ВА;

- назначает ответственных лиц из числа персонала СП для работы с аудиторами и обеспечивает сотрудничество с ними.

5.4 Проведение внутреннего аудита

5.4.1 Проведение ВА осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта и СТБ ИСО 9001.

5.4.2 ВА (плановый и внеплановый) включает в себя:

- предварительное совещание, проводимое перед непосредственным проведением ВА;
- непосредственное проведение ВА на месте;
- составление заключения о результатах аудита;
- заключительное совещание, проводимое после ВА и подводящее итоги ВА.

5.4.3 Предварительное совещание организует и проводит РКА перед началом ВА.

Цели совещания:

- подтверждение согласия всех сторон с планом аудита;
- краткое изложение действий по ВА;
- подтверждение каналов связи;
- обеспечение возможности для сотрудников проверяемого подразделения задать вопросы.

На предварительном совещании должны присутствовать (в зависимости от области ВА), владелец процесса, РСП, специалисты СП, сопровождающие аудиторов при проведении ВА, а также аудиторы и эксперты, указанные в программе.

5.4.4 ВА представляет собой сбор информации из многих источников и оценивание этой информации. Методика и техника проведения ВА включают в себя:

- опрос персонала, используя Контрольный лист (допускается для более глубокого изучения объекта ВА задавать по ходу работы дополнительные вопросы, фиксируя их в Контрольных листах);
- анализ документов и наблюдение за ходом работы, состоянием рабочих мест, оборудования, средств контроля и испытаний и работой персонала аудируемого СП;
- анализа фактически проводимой деятельности и оценивания ее соответствия критериям аудита.

5.4.6 При внутреннем аудите в общем случае рассматривают:

- наличие соответствующей документации;
- распределение ответственности и полномочий;
- достаточность ресурсов для осуществления деятельности;
- результаты мониторинга процессов и продукции (услуги);
- результаты деятельности и их соответствие запланированным показателям;
- идентификацию установленных несоответствий;
- документальное оформление результатов деятельности;
- применение статистических методов (если это приемлемо);
- деятельность по улучшению в СП института;
- применение информационных технологий (если это приемлемо);
- результаты анализа данных со стороны руководства института;
- взаимодействие с заинтересованными сторонами, включая внутренних потребителей;
- оценку удовлетворенности внешних и внутренних потребителей.

5.4.7 Информацию, полученную в результате опроса, аудиторы должны проверить и подтвердить путем сравнения с информацией, полученной из документированных источников, таких как: протоколы, отчеты, акты и другие зарегистрированные записи.

Полученную при ВА информацию аудиторы записывают в Контрольных листах в графе «Ответы».

5.4.8 Ответы на все вопросы оцениваются членами команды аудиторов в баллах, которые проставляются в Контрольных листах в графе «Оценка»:

5 баллов – состояние дел очень хорошее (требования выполняются в полном объеме, без замечаний);

4 балла – состояние дел хорошее (требования выполняются, но имеются несущественные замечания);

3 балла – состояние дел предельно допустимое (требования выполняются с существенными замечаниями);

2 балла – состояние дел плохое (требования фактически или систематически не выполняются);

1 балл – состояние дел неприемлемое (требования не выполняются).

5.4.9 Степень подтверждения выполнения требований (Спв) каждым СП аудиторы определяют по нижеприведенной формуле и записывают в своих Контрольных листах в строке «Общая оценка внутреннего аудита»:

$$C_{пв} = \frac{\sum_{i=1}^n B_i}{5 \cdot n} \cdot 100\%$$

где n – количество вопросов в Контрольном листе;
i – номер СП.

5.4.10 По каждому проверенному процессу, продукции (услуге), деятельности по СМК РКА устанавливает общую сводную степень подтверждения выполнения требований в соответствии с п. 5.4.9, которую записывает в разделе «Результаты внутреннего аудита» протокола по ВА.

5.4.11 Общая сводная степень подтверждения выполнения требований является основой для определения общей оценки результативности СМК. Общая оценка результативности СМК по результатам ВА определяется по таблице 2:

Таблица 2 – Определение оценки результативности системы менеджмента

Степень подтверждения, %	Оценка результативности системы менеджмента
91 – 100	Очень хорошо
81 – 90	Хорошо
71 – 80	Предельно допустимо
56 – 70	Плохо
Менее 55	Неприемлемо

5.4.12 Общую оценку адекватности СМК руководитель группы аудиторов записывает в сводный протокол по ВА.

5.4.13 После проведения ВА группа аудиторов рассматривает Контрольные листы с документированными в них наблюдениями и решает, какие из них должны быть представлены как несоответствия.

5.4.14 Все несоответствия аудиторы записывают в Контрольных листах и протоколе аудита (Приложение Д) в разделе «Установленное несоответствие». При этом они должны обеспечить четкость оформленных несоответствий и подтверждение их доказательствами. Несоответствия должны быть идентифицированы с указанием пунктов требований СТБ ISO 9001 или других критериев ВА.

5.4.15 В протоколы ВА могут быть включены несоответствия, не вошедшие в перечень Контрольных вопросов, но выявленные при ВА.

5.4.16 По результатам проведенного ВА РКА проводит заключительное совещание с руководителем и персоналом проверяемого СП, цель которого – представление и разъяснение всем участникам ВА его результатов и всех несоответствий, отмеченных в Контрольных листах.

5.4.17 Представляет результаты ВА РКА делает выводы относительно аудируемого процесса или деятельности.

5.4.18 На заключительном совещании определяется срок, необходимый для разработки КД (СТП Д 8.5.2-01) по каждому конкретному несоответствию, и дата повторного ВА, если необходимо.

5.4.19 В ходе заключительного совещания могут быть предоставлены рекомендации для улучшений (если это установлено в целях аудита), которые не являются обязательными.

5.5 Оформление результатов внутреннего аудита

5.5.1 В течение пяти календарных дней после заключительного совещания, РКА оформляет «Протокол по внутреннему аудиту» (далее – Протокол) (Приложение Д), используя Контрольные листы.

5.5.2 Каждому Протоколу ВА должен быть присвоен номер. Номер Протокола ВА должен состоять из порядкового номера плана ВА по годовому графику и порядкового номера программы, начиная с единицы через тире (например: 4 – 1 и т.д., где 4 говорит о номере аудита).

5.5.3 Если ВА внеплановый, то номер Протокола ВА должен состоять из номера, соответствующего порядковому номеру последнего планового ВА с приставкой в виде буквы алфавита начиная с первой и порядкового номера Протокола, начиная с единицы через тире (например: 4а – 1, 4а – 2 и т.д.).

5.5.4 Проект Протокола должен быть согласован с аудиторами, принимавшими участие в аудите, руководителем аудируемого СП и начальником ОМС.

Утверждает Протокол ПРК.

5.5.5 В случае если руководитель СП не согласен с результатами ВА, РКА в известность ПРК, для решения возникших вопросов.

5.5.6 По каждому ВА, включенному в программу ВА или приказ по проведению внепланового ВА, составляется отдельный Протокол аудита.

Специалист по качеству регистрирует Протокол в журнале «Регистрации аудитов» (Приложение Е), номер Протокола отмечает в программе аудитов.

5.5.7 Протокол должен содержать информацию по всем предусмотренным формой Протокола разделам. Разделы Протокола могут быть изменены РКА, в том числе выводы, или дополнены другими по согласованию со специалистом по качеству / начальником ОМС.

5.5.8 РКА передает на текущее хранение специалисту по качеству пакет документов:

- программу проведения аудита;
- контрольные листы;
- протокол аудита;

Тиражирование и распределение зарегистрированного Протокола аудита организует специалист по качеству / РКА в течение двух дней после подписания Протокола. Регистрация копий осуществляется в журнале «Регистрации аудитов» (Приложение Е).

5.5.9 Протокол представляется (в зависимости от области ВА – одному из заместителей директора института по направлению деятельности), ПРК, руководителю проверяемого СП.

5.5.10 Аудит считается завершенным, если все процедуры, предусмотренные планом аудита, выполнены, выполнена цель аудита и Протокол по аудиту разослан.

5.6 Анализ результатов аудитов, разработка, проведение и контроль выполнения корректирующих действий

5.6.1 Руководитель СП, в котором проводился ВА, в срок не более трех рабочих дней после получения Протокола анализирует его, и, при необходимости, разрабатывает КД.

5.6.2 В случае выявления несоответствий, руководители СП обязаны организовать оперативное устранение выявленных несоответствий. С этой целью в СП осуществляется коррекция и КД по устранению причин несоответствий.

5.6.3 Анализ несоответствий и последующие действия осуществляют в порядке, изложенном в СТП Д 8.5.2-01-2012.

5.6.4 Ответственные за процессы СМК разрабатывают КД и ПД, направленные на улучшение процессов СМК (видов деятельности) по результатам аудитов, в соответствии с процедурами КД и ПД на основании выписанных несоответствий.

5.6.5 РКА информирует участников аудита о проведении повторного аудита (если запланировано), уточняет его сроки. Повторный аудит назначается в срок не позднее недели, если не установлен иной срок, после выполнения КД.

5.6.6 По итогам года начальник ОМС готовит для ПРК, справку по ВА (плановым и внеплановым) по форме (Приложение Ж). В справке за отчетный период отражают выполнение программы ВА, а также проведенные внешние аудиты.

5.6.7 Справка по внешним и внутренним аудитам является частью годового отчета для анализа функционирования СМК.

5.6.8 При последующих аудитах СМК (как плановых, так и внеплановых) аудиторами осуществляется оценка результативности предпринятых действий.

5.6.9 Результаты контроля за устранением несоответствий отражаются РКА, выявивших данные несоответствия, в Протоколах ВА.

5.7 Подготовка и аттестация аудиторов

5.7.1 Начальник ОМС до 25 декабря года, предшествующего планируемому, определяет специалистов института для проведения ВА в качестве аудиторов и экспертов, составляет их списки (Реестр аудиторов по форме Приложения И) и согласовывает с ПРК. При необходимости подает заявку в ОК на обучение аудиторов.

5.7.2 Реестр аудиторов и технических экспертов ежегодно утверждается приказом директора института.

5.7.3 На каждого аудитора СК оформляет и ведет в ЭВ Личную карточку по форме Приложения К, в которую вносятся данные о квалификации, компетентности и участии во ВА.

5.7.4 Если аудиторы в команде не обладают в достаточной мере специальными знаниями и навыками, то можно включить в группу технических экспертов с дополнительной компетентностью. Технические эксперты должны работать под руководством аудитора и не имеют полномочий аудиторов.

5.7.5 Технические эксперты института должны иметь опыт и знания применительно к процессу, выполняемой услуге или деятельности, подвергаемым ВА.

5.7.6 В группу аудита могут быть включены аудиторы-стажеры, но они не должны проводить аудит без указания или руководства со стороны главного аудитора.

5.7.7 Специалисты института, включенные в Реестр в качестве аудиторов, должны пройти обучение по проведению ВА и иметь соответствующий документ, подтверждающий квалификацию. Обучение специалистов в качестве аудиторов осуществляется:

- в сторонних организациях, имеющих лицензию на право проведения такого обучения;

- непосредственно в институте.

5.7.8 Ксерокопия документов, полученных при обучении в сторонних организациях, должны быть представлены в ОК и ОМС (специалисту по качеству).

5.7.9 Обучение специалистов института в качестве аудиторов должно осуществляться по программе, составленной начальником ОМС / специалистом по качеству и утвержденной ПРК. Результаты заносятся в Личную карточку аудитора (Приложение К).

5.7.10 Обучение специалистов в качестве аудиторов могут осуществлять аудиторы, осуществившие не менее двух ВА в качестве РКА.

5.7.11 Аттестацию аудиторов проводят с периодичностью один раз в три года комиссией института, назначенной приказом директора согласно СТП П 6.2.0-01 «Менеджмент персонала».

5.7.12 Первую аттестацию – на право стать аудитором – проводит Совет по качеству для формирования Реестра аудиторов института. Составленный по результатам аттестации Реестр утверждается директором. При этом заполняется Личная карточка аудитора.

5.7.13 С целью периодической оценки и актуализации Реестра внутренних аудиторов последующие аттестации проводит аттестационная комиссия института в соответствии с СТП П 6.2.0-01 «Менеджмент персонала».

5.8 Общие требования к внутренним аудиторам

5.8.1 Общие требования к внутренним аудиторам:

- наличие высшего образования (желательно) без предъявления требований к стажу;
- наличие приказа, протокола внутреннего обучения и аттестации по программе подготовки внутренних аудиторов (если обучение организовывалось в институте) или сертификата, при обучении в сторонней организации;

- знание требований НПА к СМК по принципам, методам и организации внутренних проверок;

- умение устанавливать личные контакты, коммуникабельность, уравновешенность, умение владеть собой;

- реалистичность и объективность, умение аналитически и гибко мыслить, целеустремленность;

- умение устно и письменно выражать свои мысли, тактичность, работоспособность;

- поддержание в порядке и сохранности документов, относящихся к проверке.

5.8.2 Внутренние аудиторы не должны проверять свою собственную деятельность и ответственно подходить к сохранению конфиденциальной информации, если она имеется.

5.9 Права и обязанности аудиторов

Права и обязанности членов команды по аудиту соответствуют требованиям СТБ ISO 9001 и СТБ ISO 19011

5.9.1 Аудиторы должны знать:

1) Принципы, процедуры и методы ВА, для того чтобы иметь возможность выбирать и применять их при проведении ВА надлежащим образом. Аудитор должен быть способен к выполнению следующих действий:

- применению принципов, процедур и методов ВА;
- результативному планированию организации работ;
- проведению аудита в течение установленного срока;
- установлению приоритетов и ориентации на существенных моментах;
- сбору данных посредством результативного опроса, выслушивания, наблюдений и анализа документов, записей и данных;
- пониманию соответствующих методов и результатов выборочного исследования для аудита;
- проверке точности собранных данных;
- подтверждению достаточности и приемлемости аудита для подкрепления наблюдений аудита и заключений по результатам аудита;
- оценке факторов, влияющих на достоверность наблюдений и заключений по результатам аудита;
- использованию рабочих документов для записи деятельности при аудите;
- подготовке отчетов по ВА;
- сохранению конфиденциальности информации;
- результативному обмену информацией посредством личных знаний языка или с помощью переводчика;

2) СМК и ссылочные документы для применения критериев аудита.

3) Организационные моменты для понимания принципов работы в институте. Знания и навыки в этой области должны охватывать:

- размеры, структуру, функции института и взаимосвязи его СП;
- общие бизнес-процессы и соответствующую терминологию;
- культурные и социальные традиции института;

4) применяемые законы, технические регламенты и другие требования, относящиеся к институту. Для работы в этой области необходимые знания и навыки должны охватывать:

- законы, НПА, ТНПА;
- контракты и договора;
- международные соглашения и конвенции;
- др. требования, которые касаются организации, и обязательства, выполнять которые институт принял.

5.9.2 Руководитель команды аудиторов должен обладать дополнительными знаниями и навыками, необходимыми для осуществления рационального и эффективного руководства командой аудиторов. Руководитель команды аудиторов обязан:

- планировать и организовывать проведение ВА, распределять работу между аудиторами;
- составлять уведомление о ВА и план ВА;
- представлять аудиторов руководителю проверяемого СП;
- принимать участие совместно с аудиторами в разработке Контрольных листов ВА и анализе результатов ВА;
- проводить совещания в проверяемом СП;
- предотвращать и разрешать конфликты при проведении ВА;
- своевременно информировать руководителя проверяемого СП и ПРК о ходе ВА;
- составлять отчет о результатах ВА;

- принимать участие (при необходимости) в разработке КД / ПД.

5.9.3 Аудитор обязан:

- разрабатывать контрольные листы ВА;
- выполнять все обязанности, возложенные на него руководителем группы по аудиту;
- информировать главного аудитора о всех препятствиях, мешающих в достижении цели ВА и о своих заключениях по результатам ВА;
- документировать результаты ВА;
- не оставлять без внимания любую информацию, которая может повлиять на результат ВА;
- бережно относиться к документации, представленной в ходе ВА.

5.9.4 Руководитель команды аудиторов (аудитор) имеет право:

- запрашивать, иметь доступ и быть ознакомленным с любой информацией (документацией, материалами), касающейся объекта ВА;
- требовать от руководителя проверяемого СП, если это необходимо, проведение дополнительного, более глубокого изучения объекта, чем было установлено программой ВА;
- высказывать свое мнение об объекте ВА (РКА – ПРК и руководителю проверяемого СП; аудитор – РКА);
- собирать и анализировать объективные свидетельства, необходимые для составления заключения об объекте ВА;
- принимать участие в совещаниях, проводимых в ходе ВА.

6 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

6.1 Матрица ответственности деятельности «Внутренние аудиты» представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Матрица ответственности деятельности «Внутренние аудиты»

Этап деятельности	Ответственный за принятие решения	Исполнитель
Подготовка Реестра аудиторов, их аттестация	ПРК	Нач ОМС
Проведение предварительного и заключительного совещания, проведение ВА	ПРК	Гл. аудитор
Подготовка Протокола по ВА	ПРК	Гл. аудитор
Контроль устранения несоответствий, выполнения плана КД и оценка результативности корректирующих мероприятий	ПРК /нач. ОМС	Гл. аудитор / СК
Текущее хранение документов СМК по ВА	Нач. ОМС	СК
Выделение ресурсов на планирование, подготовку и осуществление ВА в институте	Директор	Бухгалтерия
Утверждение Реестра аудиторов по СМК и технических экспертов	Директор	ПРК
Утверждение годового план-графика ВА в институте	Директор	ПРК

7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ

7.1 Перечень документов, оформляемых в результате осуществления деятельности «Внутренние аудиты», приведен в таблице 4.

Таблица 4 – Перечень документов

Наименование /описание документа (группы документов)	Форма документа	Кто оформляет документ	Кому представляют документ	Ответственные за хранение	Срок хранения документа
Программа аудита на 20__г *	Прил. А	Гл. аудитор	ПРК, директору	СК	2 года
Уведомление и план аудита *	Прил. В	Аудиторы	ПРК	СК	2 года
Контрольные вопросы *	Прил. Г	Аудиторы	ПРК, рук. аудируемого СП	СК	2 года
Протокол по ВА *	Прил. Д	Гл. аудитор	ПРК, рук. аудируемого СП, директору	СК	Постоянно
Журнал «Регистрации аудитов» *	Прил. Е	СК	-	СК	2 года
Справка за год по аудитам *	Прил. Ж	Нач. ОМС	ПРК	СК	2 года
Реестр аудиторов*	Прил.	Нач. ОМС	Директору	СК	2 года
Личная карточка аудитора *	Прил.	СК	Нач. ОМС	СК	Постоянно
*Записи в соответствии с СТБ ISO 9001, Управление записями – по СТП Д 4.2.4-01					

8 ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ

8.1 Внесение изменений в настоящий стандарт осуществляется согласно СТП Д 4.2.3-01 «Управление документами».

8.2 Ответственность за внесение изменений в настоящий стандарт несет начальник ОМС.

	Внутренний аудит СТП Д 8.2.2-01-2013	Лист 18	Листов 35
--	---	---------	-----------

8.3 Специалист по качеству по мере необходимости, но не реже одного раза в два года пересматривает данный стандарт на соответствие требованиям СМК. По итогам рассмотрения СК может принять решение о продлении действия стандарта без изменений. В этом случае действие документа продлевается на следующие два года, для чего СК делает запись в «Листе регистрации изменений» контрольного экземпляра: Срок действия продлен до 20__г., расписывается и ставит дату. В противном случае делает запись: Требуется пересмотра. Срок действия продлен до 20__г. (срок продления в этом случае не должен превышать один месяц), расписывается и ставит дату. Такая запись инициирует начало пересмотра данного стандарта.

8.4 Решение об изменении стандарта принимается на основании предложений других СП, результатов анализа установленных и потенциальных несоответствий, а также рекомендаций внутренних или внешних аудитов.

8.5 Сотрудники института вправе внести предложение по совершенствованию проведения ВА и обратиться к СК, начальнику ОМС через электронную почту, ДЗ, устно.

8.6 Рассмотрение предложений осуществляется в рабочем порядке.

8.7 По мере необходимости (при одобрении директором института) вносятся письменные изменения в настоящий стандарт в соответствии с СТП Д 4.2.3-01 «Управление документами».

	Внутренний аудит СТП Д 8.2.2-01-2013	Лист 19	Листов 35
--	---	---------	-----------

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(Обязательное)

Форма программы внутренних аудитов

СОГЛАСОВАНО

Представитель руководства
ответственный за СМК

_____ Ю.И. Дудчик

_____ 20__ г.

УТВЕРЖДАЮ

Директор НИИПФП
им. А.Н. Севченко БГУ

_____ П.В. Кучинский

_____ 20__ г.

ПРОГРАММА ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

НИИПФ им. А.Н. Севченко БГУ

на 20__ г. № _____

Цели аудитов:

Область аудитов:

Ресурсы:

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

(Обязательное)

Форма плана-графика проведения внутренних аудитов

ПЛАН-ГРАФИК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

на 20____ г.

Цель программы аудита _____ -

Аудитируемые владельцы процессов, должностные лица и/или руководители подразделений	Проверяемый процесс/ вид деятельности СМК	Критерии аудита	Ф.И.О. Руководителя группы по аудиту	Срок проведения аудита												Номер Протокола			
				январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь				

РАЗРАБОТАЛ _____
Ф.И.О
подпись
дата

ОЗНАКОМЛЕН _____
Ф.И.О
подпись
дата

Ф.И.О
подпись
дата

Ф.И.О
подпись
дата

**ПРИЛОЖЕНИЕ В
(Обязательное)
Форма уведомления об аудите и плана аудита**

Уведомление об аудите и план аудита

УТВЕРЖДАЮ
Представитель руководства,
ответственный за СМК

Подпись _____ Расшифровка подписи _____
_____ 20__ г.

Уведомление об аудите от _____ 20__ г.

Кому _____

владелец процесса (ответственное должностное лицо), руководитель подразделения, в котором планируется аудит

Основанием для проведения аудита является _____
номер пункта программы аудита (для плановых);

_____ дата и номер приказа (для внеплановых)

План аудита № _____ - _____

Цель аудита _____

Дата предварительного совещания:

Дата заключительного совещания:

Дата и время проведения	Объект аудита	Место проведения	Состав команды аудиторов
1	2	3	4

Критерии аудита (документы, на соответствие требованиям которых проводится аудит)

Руководитель команды аудиторов _____

Подпись

Расшифровка подписи

Аудитор _____

Подпись

Расшифровка подписи

Технический эксперт _____

Подпись

Расшифровка подписи

С планом ознакомлен и копию получил:

Руководитель проверяемого подразделения _____

**ПРИЛОЖЕНИЕ Д
(Обязательное)
Форма протокола аудита**

УТВЕРЖДАЮ
Представитель руководства,
ответственный за СМК

Подпись расшифровка подписи
_____ . _____ 20__ г.

ПРОТОКОЛ АУДИТА

№ _____ - _____ от _____ . _____ .20__ г.

Основание проведения аудита: (программа аудита, или приказ на проведение внепланового внутреннего аудита)		Лист _____	Листов _____			
Цель аудита						
Объект аудита/ подразделения						
Аудитируемое должностное лицо/структурное подразделение						
Сроки проведения внутреннего аудита: Дата проведенного предварительного совещания: Проведение внутреннего аудита Дата проведенного заключительного совещания:	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">начало _____ окончание _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p>					
Руководитель команды аудиторов:	_____	_____	_____			
Аудиторы:	_____	_____	_____			
	_____	_____	_____			
	_____	_____	_____			
Технические эксперты:	_____	_____	_____			
Критерии аудита						
При аудите установлено:						
Установленное несоответствие (описание несоответствия с указанием критерия)	Существенное/ несуществен- ное	Коррекция (наименование мероприятия, дата проведения, ответственный)	Отметка об выполнении мероприятий (дата, подпись, Ф.И.О.)	Корректирующее действие (наименование мероприятия, дата проведения, ответственный)	Отметка об выполнении мероприятий (дата, подпись, Ф.И.О.)	Оценка результативности корректирующих действий (дата, подпись, Ф.И.О.)

	Внутренний аудит СТП Д 8.2.2-01-2013	Лист 26	Листов 35
--	---	---------	-----------

аудита)		исполнитель)	проверившего лица)	исполнитель)	проверившего лица)	проверившего лица)
---------	--	--------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-----------------------

Заключение по внутреннему аудиту:

Рассылка Протокола:

Протокол составил:

Необходимость проведения повторного аудита с целью подтверждения устранения несоответствий:

Да

Нет

Дата проведения повторного аудита:

Аспекты для улучшения:

Руководитель команды аудиторов:

Ответственное должностное лицо

Ф.И.О.

подпись

_____. _____ 20__ г.

Ф.И.О.

подпись

_____. _____ 20__ г.

**ПРИЛОЖЕНИЕ Ж
(Обязательное)
Форма справки по внутренним аудитам**

Справка по внутренним аудитам за 20____ год

Количество внутренних аудитов за отчетный год		Количество внеплановых аудитов	Количество выявленных несоответствий		Количество разработанных КД
План	Факт.		Существенных	Несущественных	
1	2	3	4	5	6

Начальник ОМС _____
Подпись
Расшифровка подписи
Дата

**ПРИЛОЖЕНИЕ И
(Обязательное)
Форма реестра аудиторов**

Реестр аудиторов

УТВЕРЖДАЮ
Директор НИИПФП
им.А.Н. Севченко БГУ

_____ П.В. Кучинский
«___» _____ 20__ г.

Реестр аудиторов

Аудитор (Ф.И.О.)	Подразделение и занимаемая должность	Специализация	Примечание
1	2	3	4

Представитель руководства,
ответственный за СМК _____

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

ПРИЛОЖЕНИЕ К
(Обязательное)
Форма личной карточки аудиторов

Личная карточка аудитора

Лицевая сторона

НИИПФП им. А.Н. Севченко БГУ ЛИЧНАЯ КАРТА № _____ аудитора _____ _____	Повышение квалификации аудитора			
	Дата (с... по)	Учебное заведение	Тематика обучения	Свиде- тельство №, дата
Дата заполнения _____				
Фамилия _____				
Имя _____				
Отчество _____				
Дата рожд. _____				
Образование _____				
Наименование учебного заведения _____				

Год окончания _____				
Номер диплома _____				
Специальность по диплому _____				

Квалификация по диплому _____				

Место работы: _____				

Отдел (лаб.) _____				

Должность _____				
Тел. рабочий _____				
Домашний _____				
Домашний адрес _____				

Дополнительные сведения				
	Сведения об аттестации аудитора			
	№ и дата протокола	Результаты аттестации	Примечание	

Лист согласования

Наименование документа и обозначение:

СТП Д 8.2.2.-01-2012 «Внутренние аудиты»

Подразделение-разработчик: Отдел метрологии и стандартизации

Подразделение, ответственные участники процесса	Ответственные участники, должность, Фамилия И.О.	Замечания	Подпись, дата
Руководство	Зам. директора по научной работе Дудчик Ю.И.		
Руководство	Зам. директора по экономике и финансам Протьюко Т.Г.		
Руководство	Зам. директора по производственно-хозяйственной деятельности Отоса В.И.		
Руководство	Ученый секретарь Попечиц В.И.		
Руководство	Главный бухгалтер Глушанко Л.П.		
Руководство	Юрисконсульт		
Отдел кадров	Начальник отдела Канаш В.И.		
Канцелярия	Зав. канцелярией Сердюк Т.Н.		
ОМС	Начальник отдела Попков А.П.		

	Внутренний аудит СТП Д 8.2.2-01-2013	Лист 34	Листов 35
--	---	---------	-----------

