

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою ДЗВО

«Університет менеджменту освіти»

від 10 квітня 2020 року

протокол № 5

Ректор

М. О. Кириченко

ВВЕДЕНО

в дію наказом ДЗВО

«Університет менеджменту освіти»

від 10 квітня 2020 року № 01-01/202

ПОРЯДОК

**ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ
СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ТА ЗДІЙСНЕННЯ
КОРИГУВАЛЬНИХ І ЗАПОБІЖНИХ ДІЙ
У ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»**

1. ПРИЗНАЧЕННЯ І СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ

1. Цим Порядком встановлено єдині вимоги щодо процесу внутрішнього аудиту системи менеджменту якості й системи внутрішнього забезпечення якості Державного закладу вищої освіти «Університет менеджменту освіти» (далі – Університет), а саме:

- основні принципи внутрішніх аудитів;
- вимоги до внутрішніх аудиторів;
- порядок планування, організації, проведення внутрішніх аудитів та оформлення отриманих результатів;
- перелік та опис методів проведення внутрішніх аудитів;
- дії щодо аналізу результатів аудитів і порядок реалізації подальших дій.

1.2. Цей Порядок розроблено відповідно до вимог міжнародних стандартів системи менеджменту якості ISO серії 9000:2015 та серії 9001:2015.

1.3. Вимоги цього Порядку поширюються на діяльність персоналу Університету щодо планування, організації, проведення внутрішніх аудитів, оформлення отриманих результатів, аналізу й ухвалення відповідних управлінських рішень.

1.4. Вимоги цього Порядку не поширюються на проведення інших видів аудитів.

2. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ

2.1. Наведені нижче стандарти ДСТУ ISO серії 9000 розроблено на допомогу організаціям з метою запровадження та забезпечення функціонування ефективних систем менеджменту якості:

- ISO 9000 описує основні положення систем менеджменту якості та визначає термінологію щодо систем менеджменту якості;
- ISO 9001 установлює вимоги до системи менеджменту якості для випадків, коли організація має продемонструвати свою спроможність надавати послуги, що відповідають вимогам замовників і застосовних регламентів, а також прагне підвищувати міру задоволеності замовників;
- ISO 19011 подає настанови щодо проведення аудиту систем менеджменту якості та екологічного управління.

2.2. У цьому Порядку застосовано терміни та визначення понять, наведені в ДСТУ ISO 19011, а саме:

3.1 аудит – систематичний, незалежний і задокументований процес отримання доказів аудиту й об'єктивного їх оцінювання з метою визначення міри виконання критеріїв аудиту;

3.2 критерії аудиту – сукупність політики, методик або вимог, які використовують як еталон, з яким порівнюють докази аудиту;

3.3 доказ аудиту – протоколи, викладення фактів або інша інформація, що є істотною для критеріїв аудиту й уможливорює їх перевірку;

3.4 дані аудиту – результати оцінювання зібраних доказів аудиту за критеріями аудиту. Дані аудиту можуть свідчити про відповідність або невідповідність критеріям аудиту, або вказують на можливості поліпшення;

3.5 висновок аудиту – підсумок аудиту, який формулює група з аудиту після розгляду всіх даних аудиту з урахуванням цілей аудиту;

3.6 замовник аудиту – організація або особа (стейкхолдери), яка подає заявку на проведення аудиту;

3.7 об'єкт аудиту – організація, що підлягає аудиту;

3.8 аудитор – особа, яка має компетентність для проведення аудиту;

3.9 програма аудиту – один або декілька аудитів, запланованих на конкретний період часу і спрямованих на досягнення конкретної мети; програма аудиту містить усі види діяльності, потрібні для планування, організації і проведення аудитів;

3.10 план аудиту – опис видів діяльності й заходів з проведення аудиту;

3.11 сфера аудиту – обсяг і межі аудиту; обсяг аудиту зазвичай охоплює опис місцезнаходження ділянок, структурних підрозділів організації, видів діяльності й процесів, а також терміни проведення аудиту;

3.12 компетентність – продемонстровані особисті якості й доведена спроможність застосовувати знання й уміння;

3.13 ризик – невизначеність щодо досягнення цілей.

3. МЕТА ПРОЦЕСУ

Внутрішні аудити проводяться з метою:

1. Підтвердження факту того, що система менеджменту якості впроваджена в Університеті, відповідає плановим заходам, вимогам стандарту ISO 9001.

2. Підтвердження ефективності впровадження системи менеджменту якості та підтримання її в робочому стані.

3. Визначення рівня ефективності чинної системи менеджменту якості допомагає досягти поставлених цілей і виконувати поставлені завдання у сфері якості.

4. З'ясування фактичного стану справ у сфері діяльності, що перевіряється.

5. Перевірки виконання законодавчих, нормативних та регулюючих вимог до послуг, які надаються закладом.

6. Виявлення та усунення невідповідностей, які мають місце у процесі діяльності Університету.

7. Виявлення можливостей удосконалення системи менеджменту якості.

8. Полегшення проведення зовнішніх перевірок.

4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА ПОВНОВАЖЕННЯ

Відповідальність за систематичне проведення аналізу й оцінювання ефективності та відповідності встановленим вимогам чинної системи менеджменту якості несе ректор.

Відповідальність за планування, організацію проведення та опрацювання результатів внутрішніх аудитів, аналізу його результатів, оцінювання ефективності

та відповідності встановленим вимогам чинної в Університеті системи менеджменту якості несуть відділ організації освітнього процесу та моніторингу і відділ наукової роботи.

Керівники структурних підрозділів, де проводиться перевірка, сприяють проведенню аудиту та представленню групі аудиторів всієї потрібної інформації, своєчасне та якісне виконання коригувальних дій.

Контроль за виконанням коригувальних дій здійснює керівництво з якості.

5. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ

Відповідно до розділу 4 стандарту ДСТУ ISO 19011 під час проведення внутрішніх аудитів системи менеджменту якості й системи внутрішнього забезпечення якості аудитори дотримуються таких основних принципів:

- етичні норми – основа професіоналізму;
- чесність у поданні результатів (неупередженість) – зобов'язання звітувати правдиво й точно;
- належна професійна ретельність – виявлення старанності й розсудливості під час здійснення аудиту;
- конфіденційність – захищеність інформації;
- незалежність – основа неупередженості аудиту й об'єктивності висновків аудиту;
- доказовість – раціональний метод формування надійних і відтворюваних висновків аудиту в систематичному процесі аудиту.

6. ВИМОГИ ДО ВНУТРІШНІХ АУДИТОРІВ

6.1. Група внутрішніх аудиторів формується із професійних співробітників Університету, членів Студентської колегії.

6.2. Склад групи внутрішніх аудиторів щорічно до 15 січня поточного року затверджує ректор Університету відповідним наказом.

6.3. У кваліфікаційних вимогах до внутрішніх аудиторів враховуються рівень професійної компетентності фахівців, особисті якості, здатність ефективно застосовувати знання й уміння.

Кваліфікаційні вимоги внутрішнього аудитора:

6.3.1 знання й уміння:

- вища освіта;
- загальний досвід роботи в Університеті не менше 6 місяців;
- навчання в обсязі, що забезпечує знання загальних принципів менеджменту якості (основні принципи, термінологія, інструменти), вимог стандартів системи менеджменту якості ДСТУ серії ISO 9000 і ISO 9001, а також знання методів і процедур аудитів;
- підтримка компетентності – постійне підвищення кваліфікації у сфері якості, зокрема підтримка здатності до проведення аудитів завдяки постійній участі у внутрішніх аудитах.

6.3.2 особисті якості, тобто аудитори мають бути:

- чесними;
- порядними;
- етичними;
- неупередженими;
- дипломатичними;
- спостережливими;
- різнобічними;
- наполегливими;
- рішучими;
- упевненими в собі;
- непохитними;
- відкритими до поліпшення;
- здатними до співпраці.

6.4. Для забезпечення об'єктивності та якості проведення внутрішніх аудитів конкурсна комісія Університету проводить оцінювання внутрішніх аудиторів під час їхнього призначення й формуванні аудиторських груп. Під час оцінювання використовуються такі методи:

- співбесіда;
- опитування;
- спостереження;
- аналіз звітної документації;
- аналіз відгуків колег і керівників підрозділів, де проводився внутрішній аудит тощо.

7. ЗДІЙСНЕННЯ АУДИТУ

7.1. Загальні положення

Внутрішній аудит може бути плановим і позаплановим.

Плановий аудит проводиться відповідно до річного плану роботи Університету, що затверджується Вченою радою закладу. Періодичність аудитів структурних підрозділів Університету визначається з урахуванням вагомості процесів, що здійснюються цим структурним підрозділом, результатами попередніх аудитів.

Структурні підрозділи, що забезпечують основні процеси, перевіряють не менше, ніж один раз на рік.

Позапланові аудити можуть проводитися у разі:

- зміни організаційної структури Університету;
- наявності порушень (відхилень, невідповідностей), які суттєво впливають на результати освітньої та наукової діяльності Університету;
- наявності претензій від замовників (стейкхолдерів);
- запровадження нових стандартів;
- підготовки системи менеджменту якості до аудиту в період сертифікації Університету.

Позапланові перевірки можуть ініціюватися ректором, проректорами чи керівниками структурних підрозділів Університету.

7.2. Підготовка до внутрішнього аудиту

Для організації проведення аудиту визначається склад і керівник групи аудиторів.

Керівник групи:

- а) складає графік (план) та програму проведення аудиту;
- б) погоджує зі структурними підрозділами, що перевіряються, дати та час перевірки, присутність супроводжуючих осіб та спостерігачів, перелік документів, що перевіряються;
- в) збирає інформацію про структурні підрозділи, що перевіряються;
- г) проводить попередній аналіз документації структурного підрозділу;
- д) готує робочі документи (контрольні аркуші аудиторів (*додаток 1*), аркуші самооцінювання, схеми вибіркової перевірки тощо);
- е) проводить попередній інструктаж аудиторів.

Програма аудиту містить інформацію про цілі, мету і завдання аудиту, обсяг, тип, тривалість, об'єкти аудиту, склад групи аудиту, порядок дій групи та розподіл обов'язків учасників аудиту.

Цілі аудиту визначаються на основі: пріоритетів керівництва, характеристик процесів освітньої та наукової діяльності, вимог системи менеджменту, потреб та очікувань зацікавлених сторін, рівня дієвості об'єкта аудиту, результатів попередніх аудитів та узгоджуються з цілями у сфері якості системи менеджменту, завданнями Університету. Під час складання програми враховуються: тривалість кожного аудиту і кількість аудиторів; кількість, важливість, складність робіт, аудит яких проводиться; висновки попередніх внутрішніх або зовнішніх аудитів; значні зміни в об'єкті аудиту чи в його діяльності; ризики, що можуть вплинути на виконання програми аудиту; наявні ресурси для здійснення аудиту.

Склад групи аудиторів залежить від складності та обсягів аудиту, вибраних методів, компетентності осіб, яких до нього залучено. До складу групи аудиторів за потреби можуть бути уведені технічні експерти. Технічні експерти виконують роботу під керівництвом аудитора, але не мають діяти як аудитори.

Керівник групи відповідає за:

- а) своєчасне виконання програми аудиту;
- б) подання контрольних аркушів, аркушів невідповідності і звітів аудиторами;
- в) своєчасне оформлення та подання звіту про результати аудиту до керівництва (*додаток 2*);
- г) моніторинг та аналіз роботи аудиторів;
- д) аналіз результатів аудиту та виявлених під час аудиту тенденцій;
- е) запровадження коригувальних дій під час аудиту (у разі потреби);
- ж) подання пропозицій щодо поліпшення програми аудиту, контрольних аркушів аудиту.

7.3. Здійснення аудиторської діяльності

Аудиторська діяльність передбачає такі дії:

- а) проведення попередньої наради групи аудиторів за участі керівника структурного підрозділу, що перевіряється;
- б) аналіз документів під час проведення аудиту;

- в) отримання інформації під час спілкування або анкетування у структурному підрозділі;
- г) спостереження за процесом роботи, станом робочих місць;
- д) аналіз результатів перевірки та заповнення документації (контрольних аркушів, аркуша невідповідності);
- е) погодження з керівником структурного підрозділу коригувальних (попереджувальних) дій.

Послідовність та перелік дій під час аудиту можуть змінюватися залежно від обставин.

Попередня нарада проводиться за участю керівництва структурного підрозділу, що перевіряється, з метою: пояснення цілей, мети і завдань аудиту; представлення групи аудиторів, технічних експертів; пояснення методів аудиту; інформування про план та програму аудиту; призначення супроводжуючих осіб з боку структурного підрозділу, що перевіряється.

Групу аудиторів під час проведення аудиту можуть супроводжувати спостерігачі, які не мають права впливати на проведення аудиту та втручатися в його перебіг.

Аналіз документів під час проведення аудиту передбачає визначення відповідності задокументованої інформації критеріям аудиту та заповнення колонок «Оцінювання», «Коментарі» в Контрольному аркуші аудитора. Результати аудиту оцінюються так:

- «0» – певний критерій відсутній;
- «1» – документ або процес не відповідає встановленим вимогам;
- «2» – документ або процес не повною мірою відповідає встановленим вимогам, невідповідність має несистемний характер;
- «3» – повністю виконано та відповідають встановленим вимогам.

У коментарях слід зазначати прізвище особи, яку перевіряють, позитивні факти та недоліки системи менеджменту якості, посилання на відповідний документ (наказ, програму, протокол тощо), описати виявлені невідповідності.

У разі виявлення значних (або системних) невідповідностей вимогам стандартів або документів системи менеджменту якості аудитор заповнює Аркуш невідповідності (*додаток 3*).

Коригувальні дії визначаються керівником структурного підрозділу, що перевіряється, і передбачають дії щодо виправлення самого факту невідповідності та причин його виникнення, дієвість коригувальних дій погоджується з аудитором. Якщо аудитору і керівнику структурного підрозділу не вдалося дійти спільної думки щодо проведення коригувальних дій, то про це повідомляють представника керівництва з якості, а остаточне рішення ухвалює ректор.

Аркуш невідповідності складається у двох примірниках. Один залишається в аудитора, другий віддається керівникові структурного підрозділу, де виявлено невідповідність.

Оформлені Контрольні аркуші, аркуш невідповідності, звіт про аудит аудиторів у встановлені терміни передають до представника керівництва з якості освіти.

Звіт про аудит може містити рекомендації щодо поліпшення системи менеджменту якості чи подальшої аудиторської діяльності. У разі потреби може

здійснюватися повторна перевірка структурних підрозділів з метою встановлення фактів усунення невідповідностей. Якщо коригувальні дії не дали потрібного результату, то процес їх розроблення та реалізації на практиці повторюється. Для обговорення результатів проведення аудитів, виявлених невідповідностей та причин їх виникнення, визначених коригувальних дій і термінів їх виконання проводиться заключна нарада, на якій присутні керівник групи аудиторів, аудитори, технічні експерти та керівники структурних підрозділів, що перевірялися.

7.4. Завершення внутрішнього аудиту

За результатами проведеного внутрішнього аудиту керівник групи складає «Звіт про результати проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості» (додаток 2), що містить висновки щодо результатів оцінювання виконання вимог системи менеджменту якості у певній сфері діяльності. У звіті також фіксується кількість виявлених невідповідностей, причини їх виникнення й коротка характеристика, зазначаються потрібні коригувальні дії. Крім того, вказується, чи треба буде проводити повторний аудит. Невідповідності, що були усунуті та погоджені з аудиторами (до початку заключної наради), реєструються лише в Контрольних аркушах для аналізу причин невідповідностей.

Підготовлений звіт погоджується з групою аудиторів, розсилається всім зацікавленим підрозділам та передається представникові керівництва з якості для подальшого аналізу.

Документи аудиту зберігаються у відділі організації освітнього процесу та моніторингу впродовж трьох років, після чого підлягають знищенню.

8. КОРИГУВАЛЬНІ ТА ЗАПОБІЖНІ ДІЇ

8.1. Порядок розроблення й реалізації коригувальних дій

8.1.1. Коригувальні дії, які застосовують для постійного поліпшення результативності системи менеджменту якості, передбачають:

- аналіз невідповідностей;
- встановлення причин невідповідностей;
- оцінювання потреби в діях, що проводяться з метою уникнення повторення невідповідностей;
- визначення й здійснення потрібних дій;
- здійснення записів результатів розпочатих дій;
- аналіз розпочатих коригувальних дій.

Коригувальні дії мають бути розроблені, погоджені й реалізовані в таких випадках:

а) за пропозиціями працівників у разі виявлення невідповідностей під час виконання працівниками Університету своїх службових обов'язків, що призводить до прямого або непрямого впливу на «випуск невідповідної продукції» (наприклад, невідповідність рівня компетентностей здобувачів вищої освіти установленим стандартам; невідповідність освітньої програми встановленим вимогам; невідповідність компетентності викладачів вимогам освітньої програми та Ліцензійним умовам; невідповідність устаткування, навчальних матеріалів, приміщень вимогам освітньої програми тощо);

- б) за результатами проведення внутрішніх і зовнішніх аудитів;
- в) за результатами перевірок нормативної документації;
- г) за інформацією із претензій і рекламаций, що надійшли від споживачів;
- д) за результатами нарад вищого керівництва.

Коригувальні дії розробляються із зазначенням термінів виконання й відповідальних виконавців.

8.1.2. Аналіз інформації про невідповідності

Інформація про невідповідності (звіти, службові записки, протоколи аудиту, рекламаций тощо) надходить від безпосередніх виконавців або підрозділів, що контролюють процеси забезпечення якості освітньої та наукової діяльності, до відповідного представника керівництва з якості.

Аналіз причин виникнення невідповідностей полягає у вивченні факторів, які могли призвести до невідповідності, у пошуках і виробленні методів та способів для усунення причин відхилень.

Для встановлення причин може залучатися фахівець (стейкхолдер) або група фахівців (стейкхолдерів) з відповідного напрямку.

У процесі аналізу можуть бути встановлені різні причини, зокрема:

- а) недостатня кваліфікація фахівців;
- б) недосконале нормативне забезпечення;
- в) неякісно розроблені навчально-методичні матеріали або їх відсутність;
- г) незнання організаційних процесів, норм, стандартів тощо;
- д) недостатній контроль за перебігом виконання;
- е) недостатнє забезпечення ресурсами;
- ж) низький рівень цифровізації освітнього процесу тощо.

У разі встановлення причин і можливості усунення невідповідності без залучення додаткових витрат усунення здійснюються на робочому місці за вказівкою керівника структурного підрозділу.

8.2. Порядок виконання коригувальних дій

8.2.1. Результати аналізу причин невідповідностей, а також заходів щодо усунення таких невідповідностей оформляються у вигляді Аркуша невідповідності (додаток 3).

Коригувальні дії погоджують із представником керівництва з якості.

Після заповнення й узгодження копію Аркуша невідповідності передають керівникові структурного підрозділу, виконавцю, оригінал зберігається у відділі організації освітнього процесу та моніторингу для контролю строків виконання дії.

Усі заплановані дії мають бути виконані в зазначений термін і в повному обсязі. Виконавці в усній формі доповідають про виконання своєму безпосередньому керівникові, а він ставить дату фактичного виконання в Аркуші невідповідності.

Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про результати коригувальних дій, про невиконання запланованих дій і пропозиції з упровадження запобіжних дій.

Звіт за вимогою надають ректору для аналізу системи менеджменту якості Університету. До звіту можуть додаватися протоколи й записи, що свідчать про виконання призначених дій або рішень, ухвалених у оперативному порядку для реалізації коригувальних дій.

8.2.2. Аналіз результативності проведення коригувальних дій

Після одержання звіту керівник з якості освіти проводить аналіз результативності й ефективності проведених заходів. Результативність коригувальних дій оцінюється позитивно у разі відсутності повторного виникнення невідповідностей.

Якщо очікуваного результату не було досягнуто, слід здійснити розроблення додаткових коригувальних дій і повторити описані вище дії. Можливо, треба призначити проведення позачергового внутрішнього аудиту (про що зазначити у звіті).

8.3. Порядок розроблення й реалізації запобіжних дій

Запобіжні дії мають відповідати можливим наслідкам потенційних проблем та ризиків.

Запобіжні дії вживають для поліпшення діючого процесу, попереджаючи виникнення ризиків, невідповідності або для планових змін під час упровадження нового процесу або продукції.

Для розроблення запобіжних дій потрібно:

- а) передбачати/встановлювати можливі ризики, ненадійні й потенційно небезпечні процеси в діяльності Університету;
- б) провести перевірку й дослідження цих ризиків і процесів;
- в) виявити причини виникнення потенційних ризиків і невідповідностей;
- г) розробити, затвердити й реалізувати заходи, які зможуть усунути ці ризики/причини або знизити ймовірність їх виникнення. Такі заходи можуть бути викликані: наявністю здобувачів вищої освіти, у яких виникають труднощі в процесі навчання, складання екзаменів; недостатньою забезпеченістю приміщеннями, устаткуванням, підручниками та іншою навчальною літературою у випадку збільшення набору на наступний навчальний рік тощо.

Керівники структурних підрозділів, що забезпечують освітню та наукову діяльність, аналізують інформацію про можливості виникнення потенційних ризиків і невідповідностей, причин їх виникнення та планують заходи щодо їх усунення.

Джерела інформації для здійснення аналізу потенційних невідповідностей та ризиків:

- а) результати внутрішніх аудитів;
- б) результати аналізу системи менеджменту якістю з боку керівництва;
- в) зворотний зв'язок від споживачів;
- г) результати проведення коригувальних дій;
- д) результати оцінювання отримувачів освітніх послуг;
- е) результати маркетингових досліджень;
- ж) результати зовнішніх перевірок;
- з) пропозиції, що надходять від працівників Університету.

Результати аналізу потенційних невідповідностей та ризиків розглядаються на нарадах структурних підрозділів, засіданнях Вченої ради Університету й факультетів, ухвалюються рішення щодо потреби в запровадженні запобіжних дій.

Запобіжні дії/заходи вносяться до річних планів роботи структурних підрозділів. У разі потреби можуть розроблятися окремо документи (програми, плани) з реалізації запобіжних заходів.

Планом запобіжних дій може вважатися документ, що містить у собі перелік заходів, заплановані терміни їх здійснення й відповідальних осіб за виконання заходів і дотримання термінів, а також ряд додаткової інформації. Такий план запобіжних дій погоджується з керівниками підрозділів-виконавців та затверджується ректором.

Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про здійснені запобіжні дії та в усній формі доповідає про результати на засіданнях Вченої ради, підтверджуючи виконану роботу протоколами (записами), що свідчать про виконання запланованих заходів.

Аналіз результатів вжитих заходів проводить ректор Університету. Результат вважається позитивним, якщо усунуто причину потенційної невідповідності. Якщо причину потенційної невідповідності не усунуто і виникає небезпека виникнення потенційних невідповідностей, ухвалюються рішення щодо розроблення і впровадження додаткових запобіжних дій.

КОНТРОЛЬНИЙ АРКУШ АУДИТОРА
для перевірки функціонування системи менеджменту якості

Назва структурного підрозділу _____

Керівник структурного підрозділу _____

Члени групи аудиторів: _____

Перелік документів, що відповідають завданням аудиту, – у додатках.

№ з/п	Питання аудитора	Джерела інформації	Оцінка	Коментарі
----------	------------------	-----------------------	--------	-----------

Оцінки: 0 – відсутні, 1 – не відповідає, 2 – частково виконано, несистематичні невідповідності, 3 – повністю виконано та відповідає вимогам.

Члени групи аудиторів: _____ (_____)

_____	_____ (_____)
дата	підпис ПІБ

Затверджую

«__» _____ 20__ року

ЗВІТ

про проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості

Частина 1

На підставі плану внутрішніх аудитів на 20__ рік група аудиторів у складі:

- – керівник групи;

- – аудитор,

у період з «__» _____ по «__» _____ 20__ року провела перевірку відповідності системи менеджменту якості вимогам стандарту ISO 9001.

(іншим документам)

Перебіг аудиту.

Вступну нараду проведено «__» _____ 20__ року в приміщенні (вказати де саме) в присутності:

- (перелічити присутніх та їхні посади).

Під час вступної наради було повідомлено присутніх про плановість та тривалість проведення аудиту, його характер.

У процесі аудиту проаналізовано відповідність системи менеджменту якості критеріям аудиту. Дані аналізу наведено нижче.

Частина 2

Дані аудиту

№ з/п	Розділ стандарту ISO 9001:2015	Вимоги	Відповідність критеріям	
			так	ні
1	4.1	Розуміння організації та її середовища		
2	4.2	Розуміння потреб і очікувань зацікавлених сторін		
3	4.3	Визначення сфери застосування системи менеджменту якості		
4	4.4	Система менеджменту якості та її процеси		
5	5.1	Лідерство та забор'язання		
6	5.1.1	Загальні положення		
7	5.1.2	Орієнтація на замовника		
8	5.2	Політика у сфері якості		
9	5.3	Функції, обов'язки та повноваження в межах організації		
10	6.1	Дії стосовно ризиків та можливостей		
11	6.2	Цілі у сфері якості та планування дій для їх досягнення		
12	6.3	Планування змін		
14	7.1	Ресурси		
15	7.1.1	Загальні положення		

16	7.1.2	Людські ресурси		
17	7.1.3	Інфраструктура		
18	7.1.4	Середовище для функціонування процесів		
19	7.1.5	Ресурси для моніторингу та вимірювання		
20	7.1.6	Знання організації		
21	7.2	Компетентність		
22	7.3	Обізнаність		
23	7.4	Інформування		
24	7.5	Задokumentована інформація		
25	7.5.1	Загальні положення		
26	7.5.2	Створювання та актуалізація		
27	7.5.3	Контроль задokumentованої інформації		
28	8.1	Оперативне планування та контроль		
28	8.2	Вимоги щодо послуги		
29	8.2.1	Інформаційний зв'язок із замовником		
30	8.2.2	Визначення вимог щодо послуги		
31	8.2.3	Аналізування вимог щодо послуги		
32	8.2.4	Зміни до вимог щодо послуг		
33	8.3	Проектування та розроблення	-	-
34	8.5	Надання послуги		
35	8.5.1	Управління послугою		
36	8.5.2	Ідентифікація та простежуваність		
37	8.5.3	Власність замовника		
38	8.5.4	Збереження		
39	8.5.5	Діяльність після надання послуги		
40	8.5.6	Контроль змін		
41	8.6	Вихідний контроль		
42	8.7	Контроль невідповідних виходів		
43	9.1	Моніторинг, вимірювання, аналізування та оцінювання		
44	9.1.1	Загальні положення		
45	9.1.2	Задоволеність замовника освітньої послуги		
46	9.1.3	Аналізування та оцінювання		
47	9.2	Внутрішній аудит		
48	9.3	Аналізування системи менеджменту якості		
49	9.3.1	Загальні положення		
50	9.3.2	Вхідні дані аналізування системи менеджменту		
51	9.3.3	Вихідні дані аналізування менеджменту		
52	10.1	Загальні положення		
53	10.2	Невідповідність і коригувальні дії		
54	10.3	Постійне поліпшення		

* Зміст невідповідностей наводиться окремо в Аркуші невідповідності (додаток 3).

Частина 3

Висновки та пропозиції (заходи щодо поліпшення).

В Організації розроблено та впроваджено систему менеджменту якості, яка відповідає (не відповідає) вимогам ISO 9001:2015.

Не відповідає у частині:

(які невідповідності)

Внутрішній аудит виявив сфери діяльності, де можливо поліпшення, а саме:

- *(сфера діяльності та в чому саме полягає можливе поліпшення).*

Група аудита рекомендує також під час наступних аудитів звернути увагу на таке:

- (перелік об'єктів на які поширюється рекомендація).

Докази та висновки, а також пропозиції стосовно поліпшення доведено до осіб, чия діяльність перевірено, під час заключної наради, яку проведено

_____ 20_____ року в приміщенні (вказати, де саме) у присутності:

- (перелічити присутніх та їхні посади).

Керівник групи аудиту

Аудитор

«___» _____ 20__ року.

АРКУШ НЕВІДПОВІДНОСТІ

Невідповідність виявлено: _____

(за пропозицією структурного підрозділу, внутрішнім аудитом, перевіркою документації, за інформацією споживачів тощо)

здійснено відповідно до наказу/розпорядження ректора _____

Назва структурного підрозділу: _____

Керівник підрозділу

Члени групи аудиторів: _____

Дата проведення аудиту _____

Виявлено такі значні невідповідності процесів системи менеджменту якості:

(опис, де виявлено, з ким обговорювалося)

Потреба в повторному аудиті:	ТАК	НІ
------------------------------	-----	----

Заплановано керівником структурного підрозділу такі коригувальні дії та терміни їх виконання:

Керівник структурного підрозділу _____ (_____)
(дата, підпис) П.І.Б.

Члени групи аудиторів _____ (_____) _____ (_____) _____
(дата, підпис) П.І.Б.

Коригувальні дії виконані: ТАК НІ

Представник керівництва з якості _____ (_____)
(дата, підпис) П.І.Б.

Додаткові заходи: