

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

УХВАЛЕНО

Вченуою радою
Білоцерківського національного
агарного університету

Протокол № 9

від «17» вересня 2018 р.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Ректор Білоцерківського
національного аграрного
університету, академік НААНУ



А.С. Даниленко

2018 р.

ПОЛОЖЕННЯ

**ПРО ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ СИСТЕМИ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОРИГУВАЛЬНИХ І
ЗАПОБІЖНИХ ДІЙ У БІЛОЦЕРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ
АГРАРНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

1. Загальні положення

1.1. Положення ґрунтуються на принципах, викладених у «Стандартах і рекомендаціях щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти» Європейської асоціації із забезпечення якості вищої освіти (2006, 2015), міжнародних стандартах ISO9001:2008 та ISO 9001:2015, національних стандартах ДСТУ ISO9000:2015 IDT Системи управління якістю. Основні положення та словник; ДСТУ ISO9001:2015 IDT Системи управління якістю. Вимоги; ДСТУ ISO9004:2012 IDT Управління задля досягнення сталого успіху організації. Підхід на основі управління якістю.

1.2. Це положення визначає принципи організації, порядок проведення, документального оформлення та аналізу результатів внутрішніх аудитів, керування програмою аудиту системи забезпечення якості Білоцерківського національного аграрного університету (БНАУ).

1.3. Терміни та визначення у цьому Положенні використовуються відповідно до ДСТУ ISO9000:2015 IDT.

2. Здійснення аудиту

2.1. Внутрішній аудит може бути плановим та позаплановим.

2.1.1. Плановий аудит проводиться відповідно до річного плану, що затверджується ректором. Періодичність аудитів підрозділів університету визначається з урахуванням вагомості процесів, що здійснюються цим структурним підрозділом та результатами попередніх аудитів. Підрозділи, що забезпечують основні процеси, перевіряють не рідше 1 разу на рік.

2.1.2. Позапланові аудити можуть проводитись у разі:

- зміни організаційної структури університету;
- наявності порушень (відхилень, невідповідностей), які суттєво впливають на результати освітньої та наукової діяльності університету;
- наявності претензій від замовників;
- запровадження нових стандартів;
- підготовки системи забезпечення якості до аудиту під час її сертифікації.

Позапланові перевірки ініціюються ректором університету.

2.2. Підготовка до внутрішнього аудиту

2.2.1. Для проведення внутрішніх аудитів наказом ректора університету створюється робоча група на чолі з проректором з освітньої, виховної та міжнародної діяльності. До складу робочої групи можуть залучатись працівники університету, зовнішні консультанти чи аудитори з сертифікації систем управління якістю.

2.2.2. Працівники, які залучаються до проведення внутрішнього аудиту, повинні бути кваліфікованими та досвідченими; знати вимоги нормативних документів до елементів системи управління якістю, що перевіряються; мати здібність до аналізу і оцінювання фактичних даних; бути об'єктивними, неупередженими й тактовними.

2.2.3. Працівники, які залучаються до проведення внутрішніх аудитів, неповинні бути підпорядковані керівникам, безпосередньо відповідальним за той вид діяльності, що перевіряється.

2.2.4. Для організації проведення аудиту визначається керівник групи аудиторів.

Обов'язки керівника групи:

- складає графік та програму проведення аудиту;
- погоджує зі структурними підрозділами, що перевіряються, дати та час перевірки, присутність супроводжуючих осіб та спостерігачів, перелік документів, що перевіряються;
- визначає склад групи аудиторів, робочі завдання для кожного члена групи;
- проводить попередній інструктаж аудиторів;
- своєчасно оформляє і подає звіт про результати аудиту керівництву (Додаток 2);
- аналізує результати аудиту та виявлені під час аудиту тенденції;
- запроваджує коригувальні дії під час аудиту (у разі необхідності);
- подає пропозиції щодо поліпшення програми аудиту.

2.2.5. Склад групи аудиторів залежить від складності та обсягів аудиту, вибраних методів, компетентності залучених осіб. До складу групи аудиторів за необхідності можуть бути включені технічні експерти. Технічні експерти мають виконувати роботу під керівництвом аудитора, але че повинні діяти як аудитори.

Обов'язки членів групи:

- збирають інформацію про структурні підрозділи, що перевіряються;
- проводять попередній аналіз документації структурного підрозділу;
- готують робочі документи (контрольні аркуші аудиторів (Додаток 1), аркуші самооцінки тощо).

2.2.6. Програма аудиту містить інформацію про цілі аудиту, обсяг, тип, тривалість, ділянки аудиту, склад групи аудиту, порядок дій комісії та розподіл обов'язків учасників аудиту.

2.2.7. Цілі аудиту визначаються на основі пріоритетів керівництва, характеристик процесів освітньої та наукової діяльності, вимог системи управління, потреб і очікувань зацікавлених сторін, рівня дієвості об'єкту аудиту, результатів попередніх аудитів та узгоджуються з Політикою у сфері якості, цілями у сфері якості системи управління, завданнями університету.

2.3. Здійснення аудиторської діяльності

2.3.1. Аудиторська діяльність передбачає такі дії:

- проведення попередньої наради за участю представника структурного підрозділу, що перевіряється;
- аналізування документів під час проведення аудиту;
- отримання інформації під час спілкування або анкетування у структурному підрозділі;
- спостереження за процесом роботи, станом робочих місць;
- аналіз результатів перевірки та заповнення документації (контрольних аркушів, аркуш невідповідності);
- погодження з керівником підрозділу коригувальних(попереджувальних) дій.

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

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

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

2.3.4. Аналізування документів під час проведення аудиту передбачає визначення відповідності задокументованої інформації критеріям аудиту та заповненні колонок «Оцінка», «Коментарі» в Контрольному аркуші аудитора.

Результати аудиту оцінюються у такий спосіб:

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

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

2.3.5. У разі виявлення значних (або системних) невідповідностей вимогам стандартів або документів системи забезпечення якості аудитор заповнює Аркуш невідповідності (Додаток 3).

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

2.3.6. Коригувальні дії визначаються керівником структурного підрозділу, що перевіряється, і повинні включати 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 приймається ректором.

2.3.7. Оформлені Контрольні аркуші, аркуш невідповідності, звіт про аудит аудитори у встановлені терміни передають до Навчально-методичного відділу моніторингу якості освіти та виховної роботи. Звіт про аудит може включати рекомендації щодо поліпшення системи забезпечення

якості чи подальшої аудиторської діяльності.

2.3.8. У разі необхідності може здійснюватися повторна перевірка структурних підрозділів з метою встановлення фактів усунення невідповідностей. Якщо коригувальні дії не принесли необхідного 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 підсумкова нарада, на якій присутні керівник групи аудиторів, аудитори, технічні експерти та керівники структурних підрозділів, що перевірялися.

2.4. Завершення внутрішнього аудиту

2.4.1. За результатами проведеного внутрішнього аудиту керівник групи складає «Звіт про результати проведення внутрішнього аудиту системи управління якістю» (Додаток 2), в якому зазначається суть і кількість виявлених невідповідностей, причини їх виникнення, необхідні коригувальні дії. Крім того, вказується, чи потрібен повторний аудит.

2.4.2. Невідповідності, що були усунуті та погоджені з аудиторами (до початку підсумкової наради) реєструються лише в Контрольних аркушах для аналізу причин невідповідностей.

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

2.4.4. Документи аудиту зберігаються в Навчально-методичному відділі моніторингу якості освіти та виховної роботи впродовж трьох років, після чого знищуються.

3. Порядок розроблення й реалізації коригувальних дій

3.1. Коригувальні дії здійснюють для постійного поліпшення результативності системи забезпечення якості і передбачають:

- аналіз невідповідностей;
- встановлення причин невідповідностей;
- оцінювання необхідності проведення дій з метою уникнення повторення невідповідностей;
- визначення й здійснення необхідних дій;
- здійснення записів результатів розпочатих дій;
- аналіз розпочатих коригувальних дій.

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

- за пропозиціями науково-педагогічних 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 вимогам освітньої програми знань, умінь, навичок студентів, компетентності працівників, устаткування, навчальних матеріалів, приміщень тощо);
- за результатами проведення внутрішніх і зовнішніх аудитів;
- за результатами перевірок нормативної документації;
- за інформацією із претензій і рекламацій, що надійшли від споживачів;
- за результатами нарад вищого керівництва.

3.3. Коригувальні дії розробляються із зазначенням термінів виконання й відповідальних виконавців.

3.4. Інформація про невідповідності (у вигляді звітів, службових записок, протоколів аудиту, reklamaцій тощо) надходить від безпосередніх виконавців або підрозділів, що контролюють процеси забезпечення якості освітньої та наукової діяльності, до відповідного представника керівництва з якості.

3.5. Аналіз причин виникнення невідповідностей полягає у вивченні факторів, які могли привести до невідповідності, у пошуках і виробленні методів і способів усунення причин допущених відхилень.

У разі встановлення причин і можливості усунення невідповідності без затулення додаткових витрат, усунення роблять на місці за вказівкою керівника структурного підрозділу.

3.6. Результати аналізу причин допущених невідповідностей, а також заходів щодо усунення допущених невідповідностей оформляються у вигляді Аркуша невідповідності (Додаток 3). Коригувальні дії погоджують із представником керівництва з якості.

3.7. Після заповнення й узгодження копію Аркуша невідповідності передають структурному підрозділу-виконавцю, оригінал зберігається в Навчально-методичному відділі моніторингу якості освіти та виховної роботи для контролю строків виконання дій.

3.8. Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про результати коригувальних дій, про невиконання запланованих дій і пропозиції з впровадження запобіжних дій. Звіт за вимогою надають начальніку Навчально-методичного відділу моніторингу якості освіти та виховної роботи.

3.9. Після одержання звіту Навчально-методичний відділ моніторингу якості освіти та виховної роботи проводить аналіз результативності й ефективності проведених заходів. Результативність коригувальних дій оцінюється позитивно у разі відсутності повторного виникнення невідповідностей.

3.10. Якщо очікуваного результату не було досягнуто, розробляються додаткові коригувальні дії і описані вище дії повторюються. За необхідності проводиться позачерговий внутрішній аудит.

4. Порядок розроблення й реалізації запобіжних дій

4.1. Запобіжні дії здійснюють для поліпшення діючого процесу, запобігання виникненню ризиків та невідповідностей.

4.2. Для розроблення запобіжних дій необхідно здійснити такі кроки:

- встановити ненадійні й потенційно небезпечні процеси в діяльності університету;
- провести перевірку й дослідження цих процесів;
- виявити причини виникнення потенційних ризиків і невідповідностей;
- розробити, затвердити й реалізувати заходи, які зможуть усунути ці причини або знизити ймовірність їх виникнення.

4.3. Підставою для розроблення запобіжних заходів може бути наявність студентів, у яких виникають труднощі в процесі навчання, складання іспитів; недостатня забезпеченість приміщеннями, устаткуванням, підручниками та іншою навчальною літературою.

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

4.5. Джерелами інформації для здійснення аналізу потенційних невідповідностей та ризиків є:

- результати внутрішніх аудитів;
- результати аналізу системи управління якістю з боку керівництва;
- зворотний зв'язок від споживачів освітніх послуг;
- результати проведення коригувальних дій;
- результати анкетувань;
- результати зовнішніх перевірок;
- пропозиції, що надходять від працівників університету.

4.6. Результати аналізу потенційних невідповідностей та ризиків розглядаються на нарадах у структурних підрозділах, вчених радах університету та факультетів, науково-методичній, науково-технічній радах університету та приймаються рішення щодо необхідності впровадження запобіжних дій. Запобіжні заходи включаються в річні плани структурних підрозділів.

4.7. У разі необхідності можуть розроблятися окремо документи (програми, плани) з реалізації запобіжних заходів. Планом запобіжних дій може вважатися документ, що містить у собі перелік заходів, заплановані терміни їхнього 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.

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

4.9. Аналіз результатів вжитих заходів проводить ректор університету. Результат вважається позитивним, якщо усунуто причину потенційної невідповідності.

4.10. Якщо причину потенційної невідповідності не усунуто, і виникає небезпека виникнення потенційних невідповідностей, ухвалюють рішення щодо розроблення і впровадження додаткових запобіжних дій.

Розглянуто і схвалено науково-методичною комісією БНАУ Протокол № 11 від 15 серпня 2018 року

Проректор з освітньої, виховної та
міжнародної діяльності

Т. М. Димань

Начальник навчально-методичного відділу
моніторингу якості освіти та виховної роботи

В. В. Зубченко

Начальник юридичного відділу

Я. Ф. Яцюк

ЗВІТ ПРО РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШньОГО АУДИТУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

Назва структурного підрозділу _____

Керівник структурного підрозділу

Цілі аудиту: _____

Вид аудиту: плановий позаплановий повторний
(підкреслити вид аудиту)

Терміни проведення:

Результати внутрішнього аудиту:

У процесі перевірки було виявлено ____ невідповідностей, з них:

— невідповідностей виявлено у процесах, за які відповідає структурний підрозділ, що перевіряється;

невідповідностей у процесах, за які відповідають інші структурні підрозділи.

Аналіз невідповідностей

№	Суть невідповідності	Рекомендації щодо її усунення	Терміни виконання

Висновки за результатами внутрішнього аудиту:

Діяльність та документована інформація структурного підрозділу встановленим вимогам:

В цілому відповідаю (не більш як 1 значна невідповідність або з незначні)

(більш як 2 значні невідповідності або 4 незначні)

(більш як 3 значні невідповідності або 5 незначних)

Оцінка виконання коригувальних заходів за результатами попереднього аудиту:
Коригувальні заходи, визначені попереднім внутрішнім аудитом, виконано у повному обсязі (частково) та були результативними (не результативними).
Рекомендації групи аудиторів

Керівник групи аудиторів

Члени групи аудиторів

КОНТРОЛЬНИЙ АРКУШ АУДИТОРА

для перевірки функціонування системи управління якістю

Назва структурного підрозділу _____

Керівник структурного підрозділу

Перелік документів, що відповідають завданням аудиту:

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

Керівник групи аудиторіз:

Члени групи:

АРКУШ НЕВІДПОВІДНОСТІ

Назва структурного підрозділу: _____

Керівник підрозділу _____

Дата проведення аудиту _____

Виявлено такі значні невідповідності процесів системи управління якістю: (опис, де виявлено, з ким обговорювалося) _____

Невідповідність виявлено: _____

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

Керівником структурного підрозділу заплановано такі коригувальні дії та терміни їх виконання:

Необхідність повторного аудиту: ТАК НІ

Керівник структурного підрозділу

Керівник групи аудиторів

Члени групи аудиторів

Коригувальні дії виконано: ТАК НІ

Представник керівництва з якості освіти

Додаткові заходи: