



Міністерство освіти і науки України
Національний університет „Львівська політехніка”

Система управління якістю

Положення



ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор

Національного університету
„Львівська політехніка”

Ю.Я.Бобало

№ 433-1-10

від «31» 08 2018 р.

Положення
про здійснення внутрішніх аудитів

СУЯ 9.2-2018

Ухвалено
Вченою радою
Національного університету
„Львівська політехніка”
Протокол № 43 від 24.04.2018

Львів

	Посада	ПІБ / Підпис	Дата
Погоджено	Перший проректор	Павлиш В.А.	23.04.18
	Проректор з НПП	Федасюк Д.В.	20.04.18
	Проректор з наукової роботи	Чухрай Н.І.	19.04.18
	Проректор з НПП	Корж Р.О.	19.04.18
	Проректор з економічних питань – головний бухгалтер	Мороз А.С.	17.04.18
	Проректор з навчально-виробничої роботи	Крайовський В.Я.	17.04.18
	Проректор з НПП та міжнародних зв'язків	Матвійків О.М.	16.04.18
Перевірено	Вчений секретар університету	Брилинський Р.Б.	13.04.18
	ПКЯ, проректор з НПП	Давидчак О.Р.	12.04.18
Розроблено	Доцент кафедри ІВТ	Гуцькало А.В.	4.04.18
Редакція 1			Ст. 1 з 16



ЗМІСТ

1. Призначення та сфера застосування положення
 2. Нормативні посилання
 3. Терміни, визначення та скорочення
 4. Опис процесу здійснення внутрішніх аудитів
 5. Відповідальність
- Додаток 1. Форма „Звіт про невідповідність”
- Протокол ознайомлення
- Аркуш реєстрації змін



1. Призначення та сфера застосування положення

1.1. Це положення встановлює порядок здійснення внутрішніх аудитів системи управління якістю освітніх послуг Національного університету „Львівська політехніка” (надалі – Університет).

1.2. Положення реалізує вимоги п. 9.2 ISO 9001 (ДСТУ ISO 9001) і п. 1.9 Стандартів та рекомендацій щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти.

1.3. Вимоги цього положення є обов’язковими до застосування всіма співробітниками структурних підрозділів Університету в межах дії СУЯ.

1.4. Відповідальним за впровадження та актуалізацію цього положення є ПКЯ.

2. Нормативні посилання

2.1. У цьому положенні є посилання на такі нормативні документи:

ДСТУ ISO 9000:2015 Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів

ДСТУ ISO 9001:2015 Системи управління якістю. Вимоги

ДСТУ ISO 19011:2012 Настанови щодо здійснення аудитів систем управління

Стандарти та рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (ESG), 2015



3. Терміни, визначення та скорочення

3.1. Терміни та визначення, що використані у положенні, відповідають ДСТУ ISO 9000 та ДСТУ ISO 19011, зокрема:

Аудит – систематичний, незалежний і задокументований процес отримання доказів аудиту та об’єктивного їх оцінювання для визначання ступеня виконання критеріїв аудиту.

Доказ аудиту – протоколи, виклади фактів чи інша інформація, що стосуються критеріїв аудиту і можуть бути перевірені. Доказ аудиту може бути якісним або кількісним.

Критерії аудиту – сукупність політик, методик чи вимог. Критерії аудиту використовують як еталон, з яким порівнюють докази аудиту.

Дані аудиту – результати оцінювання зібраних доказів аудиту за критеріями аудиту. Дані аудиту можуть вказувати на відповідність чи невідповідність критеріям аудиту, або на можливості поліпшування.

Програма аудиту – сукупність заходів для проведення одного чи кількох аудитів, запланованих на конкретний період часу і спрямованих на досягнення конкретної цілі.

План аудиту – опис дій та заходів для аудиту.

Висновок аудиту – підсумок аудиту після розгляду всіх даних аудиту з урахуванням цілей аудиту.

Об’єкт аудиту – організація, яку піддають аудиту.

Сфера аудиту – обсяг та межі аудиту. Сфера аудиту, як правило, охоплює опис місцезоташування ділянок, структурних підрозділів організації, видів діяльності та процесів, а також термін проведення аудиту.

Група аудиту – один чи декілька аудиторів, що провадять аудит за підтримання, якщо потрібно, технічних експертів.

Технічний експерт – особа, яка володіє спеціальними знаннями чи досвідом



у групі аудиту. Спеціальні знання чи досвід стосуються організації, процесу або діяльності, що піддають аудиту, або мови чи культури. Технічний експерт не має повноважень аудитора в групі аудиту.

Учасники аудиту – особи, які згідно з програмою чи планом аудиту задіяні в процесі аудиту. Наприклад, група аудиту, керівники структурних підрозділів, технічні експерти, аудиторів-стажери, спостерігачі тощо.

Невідповідність – невиконання вимоги.

Коригування – дія, яку виконують для усунення виявленої невідповідності.

Коригувальна дія – дія, яку виконують для усунення причини виявленої невідповідності або іншої небажаної ситуації.

Запобіжна дія – дія, яку виконують для усунення причини потенційної невідповідності або іншої потенційно небажаної ситуації.

Ризик – вплив невизначеності на результат (невизначеність щодо досягнення цілей).

Постійне поліпшення – повторювана діяльність щодо збільшення здатності виконувати вимоги.

3.2. У цьому положенні використано такі скорочення:

ВА – внутрішній аудит;

КГА – керівник групи аудиту;

КД – коригувальні дії;

ПКЯ – представник керівництва з якості;

СП – структурний підрозділ;

СУЯ – система управління якістю.



4. Опис процесу здійснення внутрішніх аудитів

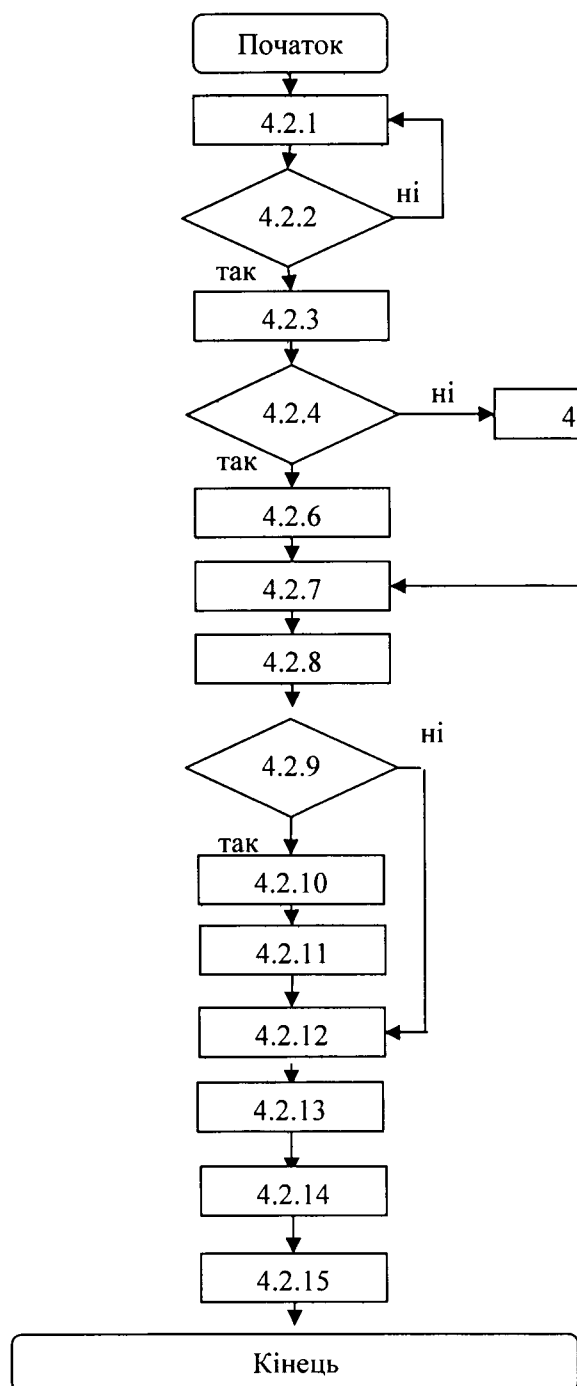
4.1. Загальні положення

4.1.1. Загальною метою здійснення ВА є отримання об'єктивних доказів щодо функціонування СУЯ і забезпечення керівництва достовірною інформацією для прийняття рішень щодо поліпшення СУЯ та діяльності Університету.

ВА в Університеті проводяться для досягнення таких цілей:

- установлення відповідності СУЯ (системи внутрішнього забезпечення якості освітніх послуг Університету) вимогам ДСТУ ISO 9001, ESG і вимогам внутрішньої документації;
- оцінювання результативності запровадження СУЯ;
- визначення можливостей щодо поліпшення процесів СУЯ освітніх послуг та її дієвості.

4.1.2. ВА здійснюються в такій послідовності: планування та підготовка до аудиту, здійснення аудиту та підведення підсумків, виконання подальших дій за результатами аудиту. Блок-схема процесу „Внутрішній аудит СУЯ” зображена на рисунку.



- 4.2.1 Планування ВА СУЯ
- 4.2.2 Програма ВА на рік затверджена?
- 4.2.3 Ознайомлення з програмою учасників ВА
- 4.2.4 ВА плановий?
- 4.2.5 Підготовка наказу про позаплановий ВА
- 4.2.6 Підготовка наказу про плановий ВА, затвердження плану ВА та групи аудиту
- 4.2.7 Підготовка до проведення ВА
- 4.2.8 Проведення ВА в СП
- 4.2.9 Невідповідність виявлена?
- 4.2.10 Визначення коригувань, причин невідповідностей (коригувальні дії) і термінів їх усунення
- 4.2.11 Контроль виконання і результативності КД
- 4.2.12 Аналізування результатів ВА групою аудиту
- 4.2.13 Підготовка зведеного звіту про ВА
- 4.2.14 Аналізування результативності ВА, поліпшення програми ВА і процесів СУЯ

Рисунок. Блок-схема процесу „Внутрішній аудит СУЯ”



4.2. Порядок робіт щодо здійснення внутрішніх аудитів СУЯ

4.2.1. Планування ВА СУЯ

Планування проведення внутрішніх аудитів та управління програмою аудиту здійснює ПКЯ, керуючись цим положенням та настановами ISO 19011 (п.5).

Щорічно ПКЯ складає проект програми ВА СУЯ, в якій передбачає перевірку діяльності (процесів) всіх структурних підрозділів Університету, на яких поширюється СУЯ.

У річну програму, крім внутрішніх перевірок, можуть включатися і передбачувані перевірки зовнішніми органами (органами сертифікації, перевірки іншими наглядовими органами, у тому числі замовником тощо).

На цьому етапі може бути **ризик**, пов'язаний з термінами проведення ВА, який не влаштовує керівників СП чи інших учасників ВА.

Як обійти ризик (запобіжні дії): погодити терміни ВА з керівниками підрозділів, відділом кадрів, погодити програму з графіком відпусток тощо. Відповідальний – ПКЯ.

4.2.2. Програму ВА СУЯ затверджує ректор Університету. Якщо програма не затверджена, то вона повертається на доопрацювання ПКЯ. Контрольний примірник програми ВА СУЯ зберігається у ПКЯ.

4.2.3. Начальник канцелярії Університету забезпечує інформування про затверджену програму ВА СУЯ керівників СП (відповідальних за процеси СУЯ) та інших учасників ВА шляхом розсилання їм офіційних скан-копій програми не пізніше 3 робочих днів після дати її затвердження. Керівники підрозділів зобов'язані ознайомити співробітників своїх підрозділів із затвердженою програмою ВА.

За необхідності, КГА вносить зміни до програми аудиту, які узгоджуються з ПКЯ й керівниками СП/процесів, у яких заплановано проведення аудиту, затверджуються ректором Університету і вводяться в дію його наказом. Наказ доводиться до відома всіх учасників аудиту не пізніше ніж за 3 робочі дні до



початку проведення ВА.

4.2.4. ВА можуть бути плановими та позаплановими.

4.2.5. Позапланові аудити здійснюють згідно з наказом ректора Університету.

Підставою для проведення позапланових ВА можуть бути:

зміни в організаційній структурі Університету;

зміни в нормативній чи правовій документації;

результати перевірок зовнішніми контролюючими органами/установами;

виявлення порушень (відхилень, невідповідностей), які суттєво впливають на результати діяльності Університету і/або окремих його підрозділів;

системні проблеми з якістю освітніх послуг, в т.ч. скарги зацікавлених сторін (контролюючі органи, роботодавці, замовники, постачальники, студенти, співробітники Університету тощо);

результати визначення рейтингів кафедр;

підготовка СУЯ до сертифікації чи періодичних технічних наглядів;

обґрунтована ініціатива керівників процесів СУЯ.

Перелік процесів системи управління якістю та перелік структурних підрозділів, які підлягають позаплановому ВА, затверджує ректор Університету. Начальник канцелярії забезпечує розсилку наказу про позаплановий ВА всім учасникам ВА СУЯ не пізніше ніж за 3 робочі дні до початку проведення ВА.

4.2.6. Для виконання програми ВА залежно від цілей та обсягу конкретного аудиту ПКЯ складає план ВА і формує групу аудиту, яку затверджують наказом ректора Університету. Начальник канцелярії забезпечує розсилку наказу про плановий ВА всім учасникам ВА не пізніше ніж за 3 робочі дні до початку проведення ВА.

Після отримання наказу керівник СП, який підлягає перевірці:

- інформує персонал СП про майбутній аудит, його цілі й обсяг;
- призначає відповідального співробітника для супроводження членів групи аудиту (за необхідності), як правило це уповноважений з якості СП;



– забезпечує групу аудиту робочим місцем (за необхідності) і доступом до необхідної інформації.

Керівник СП у зв'язку з виробничою необхідністю може ініціювати змінення термінів або дати проведення аудиту. У зв'язку з цим не менш ніж за 2 робочі дні до запланованого строку проведення аудиту він має подати подання ПКЯ з поясненням причин змінення термінів або дати проведення ВА. У разі прийняття рішення про змінення строків аудиту КГА упродовж одного робочого дня розробляє зміни до плану аудиту, які погоджує з ПКЯ і передає на затвердження ректору Університету. Інформування керівника СП про затвержені зміни відбувається шляхом електронного корпоративного листування.

4.2.6.1. Внутрішні аудити плануються залежно від результатів попередніх внутрішніх і зовнішніх аудитів (за наявності), важливості процесів, що перевіряються, змін, які впливають на діяльність Університету, але таким чином, щоб кожний структурний підрозділ Університету було перевірено не менше одного разу на рік.

4.2.6.2. План має бути гнучким, пристосованим до умов проведення ВА. Якщо під час аудиту виявлено невідповідність у діяльності або документації, яка не підлягала перевірці згідно з планом, то обсяг аудиту (як і сам план) може бути розширено.

4.2.6.3. План погоджується з групою аудиту та керівниками СП, які піддаються перевірці.

4.2.6.4. Для виконання плану ВА ПКЯ **формує групу аудиту** з числа працівників Університету, які пройшли відповідне навчання та не є відповідальними за діяльність, аудит якої проводять (не працюють у підрозділі, який перевіряється).

4.2.6.5. При виборі групи аудиту враховується їх компетентність (особисті якості, знання та вміння, досвід участі в перевірках) для досягнення цілей ВА відповідно до рекомендацій ДСТУ ISO 19011 (розділ 7).



4.2.6.6. Одного з аудиторів призначають керівником групи аудиту (КГА). Він повинен пройти спеціальне навчання та набути досвід проведення аудитів, щоб розвинути знання та вміння (п. 7.2.3 ДСТУ ISO 19011) щодо здійснення ВА.

4.2.6.7. КГА розподіляє функції, обов'язки й відповідальність серед членів групи аудиту. Установлюючи таку відповідальність, має бути враховано незалежність і компетентність аудиторів, результативне використання ресурсів, а також різні ролі та відповідальність аудиторів, аудиторів-стажистів і технічних експертів (за наявності).

КГА, якщо доцільно, має провести інструктажі групи аудиту для того, щоб розподілити робочі завдання та прийняти рішення щодо внесення можливих змін. Щоб забезпечити досягнення цілей аудиту, до робочих завдань можна вносити зміни під час виконання аудиту.

Ризики: формування групи аудиту з недостатнім рівнем компетентності для досягнення цілей ВА або може виникнути ситуація, пов'язана з конфліктом інтересів.

Як обійти ризик (запобіжні дії): обговорити ситуацію, яка склалася з відповідними сторонами та внести зміни до складу групи аудиту.

4.2.7. До проведення ВА аудитори повинні провести аналіз документації, що регламентує процеси, які перевіряються.

Члени групи аудиту мають зібрати та критично проаналізувати інформацію, доречну для їхніх робочих завдань з аудиту, і підготувати робочі документи, необхідні для посилання на них і для протоколювання доказів аудиту. Ці робочі документи можуть (за необхідності) охоплювати

- переліки контрольних запитань (контрольні листки);
- плани вибіркового перевіряння під час аудитування;
- бланки для реєстрування інформації, зокрема підтверджувальні докази, дані аудиту та протоколи нарад.



Використовування переліків контрольних запитань і бланків не повинно обмежувати обсяг аудиторської діяльності, який може змінюватися на підставі інформації, зібраної під час аудитування.

Настанови щодо підготування робочих документів наведено в В.4 ДСТУ ISO 19011.

Робочі документи, зокрема оформлені на їхній основі протоколи, треба зберігати принаймні до завершення аудиту чи як установлено в плані аудиту. Якщо в документах наведено конфіденційну інформацію чи інформацію, яка є комерційною таємницею, члени групи аудиту мають завжди належним чином забезпечувати її захист.

4.2.8. ВА починається з проведення вступної наради групи аудиту з керівником СП, що буде перевірятися. Вступна нарада проводиться з метою: підтвердження плану аудиту; короткого пояснення дій щодо аудиту; підтвердження каналів зв'язку; надання можливості поставити запитання керівнику СП, що буде перевірятися.

При проведенні перевірки завданням аудитора є отримання достатньої інформації, яка дасть змогу зробити обґрунтовані висновки щодо виконання встановлених вимог.

Аудитори перевіряють наявність на робочих місцях необхідної документації (наприклад, робочі інструкції) та відповідність її встановленим нормам. Крім того, вони вивчають та аналізують усі документи СП, що перевіряють, результати попередніх аудитів (за наявності) тощо.

До методів отримання інформації під час ВА належать:

інтерв'ювання (опитування) персоналу;

аналізування документів (за необхідності також комп'ютерних баз даних). Чи є інформація в поданих документах: повною (чи є в документі весь очікуваний зміст); коректною (чи відповідає зміст іншим вірогідним джерелам, наприклад



стандартам і регламентам); узгодженою (чи документ узгоджений сам по собі і з пов’язаними з ним документами); чинною (чи актуалізовано зміст);

спостереження за діяльністю співробітників щодо виконання покладених на них завдань та функцій згідно з посадовими інструкціями і за створеними робочими умовами.

4.2.9. При виявленні невідповідностей оформляється звіт про невідповідність відповідно до форми (додаток 1).

Невідповідності класифікують як суттєва чи несуттєва.

Несуттєва невідповідність – окрема помилка, несистематичний збій.

Суттєва невідповідність – невиконання пунктів стандарту або елементу інших критеріїв аудиту (положення, інструкція, договір тощо) чи систематична невідповідність вимогам (повторювана несуттєва невідповідність).

Аудитори можуть робити усні зауваження – невиконання встановленої вимоги, що негативно не впливає на якість освітньої послуги й функціонування СУЯ (наприклад, помилки в тексті або оформленні документа).

Невідповідність аналізується спільно з представником підрозділу, який перевіряється, для забезпечення правильності висновку і узгодження всіх розбіжностей.

4.2.10. Виявлені невідповідності погоджують з керівником СП, який спільно з аудитором одразу визначає необхідне коригування чи коригувальні дії, визначає строки їх виконання та відповідальних виконавців. Ці дані погоджують з аудитором і заносять до звіту про невідповідність, який передають КГА. Копія звіту залишається у підрозділі, який перевірявся.

4.2.11. Після виконання КД керівник відповідного СП звітує про це КГА, який після проведення аудиту має забезпечити перевірку виконання КД та оцінювання їх ефективності. Допускаються фото чи відео докази виконання КД. Після перевірки КГА своїм підписом підтверджує усунення невідповідності із зазначенням дати в звіті про невідповідність і передає повідомлення про закриття



звіту ПКЯ.

4.2.12. Після завершення аудиту КГА разом з групою аудиту:
аналізують отримані під час аудиту дані щодо досягнення цілей аудиту;
формують висновки про ступінь виконання вимог і результативність процесів, які перевірялися;
готують рекомендації щодо вдосконалення діяльності відповідного підрозділу або процесу;
розглядають доцільність повторного аудиту;
визначають дії щодо форми контролю виконання КД.

4.2.13. На основі отриманих результатів КГА оформляє звіт про проведення внутрішнього аудиту та доповідає про результати ВА вищому керівництву.

4.2.14. Результати ВА аналізують ПКЯ та вище керівництво Університету і використовують як інформацію для формування цілей щодо якості та поліпшення програми аудитів, процесів і СУЯ загалом.

За даними аудитів КГА і ПКЯ аналізують ефективність процесу ВА за такими критеріями:

своєчасне виконання КД;
відсутність повторення аналогічних невідповідностей, виявлених під час попередніх аудитів;
відсоток виявлених невідповідностей у порівнянні з попереднім ВА (за наявності).

5. Відповідальність

Відповідальність прописана в тексті цього положення.



Національний університет „Львівська політехніка”

Здійснення внутрішніх аудитів

Положення

СУЯ 9.2-2018

ДОДАТОК 1

Звіт про невідповідність

№ _____
(X¹-Y²/2018)

Об'єкт внутрішнього аудиту (підрозділ) _____

Дата проведення внутрішнього аудиту _____

Керівник підрозділу (ПІБ) _____

Виявлена невідповідність (посилання на стандарт ДСТУ ISO 9001:2015 і пункт, що перевірявся) _____

Категорія невідповідності: суттєва несуттєва
Коригування

Коригувальні дії (КД) (визначаються керівником підрозділу з погодженням в аудитора _____

Термін виконання КД _____

Керівник підрозділу (підпис) _____

Аудитори _____

(ПІБ, підписи)

(заповнюється аудитором після здійснення коригувальних дій)

ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ КД: так ні дозвіл на перенесення терміну виконання КД із зазначенням обґрунтованої причини

Підтвердження КД _____

Керівник підрозділу (підпис) _____

Керівник групи аудиту _____ (Гуцькало А. В.)

Аудитор _____ (ПІБ, підпис)

_____ дата закриття невідповідності

¹ X – номер контрольного листа.

² Y – порядковий номер звіту про невідповідність в структурному підрозділі, який підлягав перевірці.

