

**Частное учреждение высшего образования
«ИНСТИТУТ ГОСУДАРСТВЕННОГО АДМИНИСТРИРОВАНИЯ»**

ПРИНЯТО
решением Ученого совета ИГА
от «28» мая 2024 г.
(протокол № 5)

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ЧУ ВО «ИГА»
А. Тараканов
«28» мая 2024 г.

Приложение № 88
к приказу ректора ЧУ ВО «ИГА»
от «28» мая 2024 г. № 48

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«Внутренний аудит»
(методика аудита качества образования)

Москва - 2024 г.

Содержание

Введение.....	3
1. Область применения.	4
2. Нормативные ссылки	4
3. Термины и определения.	4
4. Общие положения	6
5. Виды внутренних аудитов	8
6. Планирование внутренних аудитов	10
7. Проведение процедуры внутреннего аудита	11
8. Ответственность участников внутреннего аудита	14
Список использованных источников.	18
Лист регистрации изменений	19
Приложение А Реестр типовых процессов СМК и видов деятельности Института.	20
Приложение Б Форма программы внутреннего аудита	22
Приложение В Форма плана внутреннего аудита	23
Приложение Г Форма опросного листа	24
Приложение Д Форма отчета по результатам внутреннего аудита СМК .	25
Приложение Е Форма итогового отчета по результатам внутреннего аудита СМК для институтов-филиалов, колледжей	26

Введение

Настоящая документированная процедура «Внутренний аудит» подготовлена в соответствии с Федеральными законами «Об образовании в Российской Федерации», «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» в последних редакциях, требованиями стандарта ГОСТ ISO9001-2011 «Система менеджмента качества. Требования», Уставом ЧУ ВО ИГА (далее Институт) в последней редакции и другими нормативно-правовыми актами Института.

Документированная процедура «Внутренний аудит» определяет требования, связанные с планированием и проведением внутренних аудитов (проверок), ведением записей по составлению отчетов о полученных результатах, формирует зоны ответственности участников внутреннего аудита. Документированная процедура является обязательной для применения сотрудниками структурных подразделений Института в соответствии с их назначением, задачами и функциями. Документированная процедура вводится в действие с момента утверждения.

Хранение документа проводится в соответствии с требованиями по делопроизводству.

Сведения о документированной процедуре

1. РАЗРАБОТАНА И ВНЕСЕНА Частным учреждением высшего образования Институт государственного администрирования, Группой мониторинга качества образования (ГМКО).

2. УТВЕРЖДЕНА И ВВЕДЕНА В ДЕЙСТВИЕ приказом ректора Института от «__» _____ 201__ г. №__

3. ПРИНЯТА Ученым советом Института (протокол № __ от «__» _____ 201__ г.)

4. ИЗДАНИЕ _____ 201__ г.

Общее количество страниц –26.

Информация об изменениях к настоящей документированной процедуре публикуется на внутреннем сайте Института. Настоящая документированная процедура не может быть полностью или частично воспроизведена, тиражирована и распространена в качестве официального издания без разрешения ЧУ ВО ИГА.

1. Область применения

Настоящая документированная процедура «Внутренний аудит» (далее документированная процедура) входит в комплекс документов, обеспечивающих формирование вузовской системы менеджмента качества образовательной и других видов деятельности Института, является обязательным документом системы менеджмента качества в соответствии с п. 8.2.2 ГОСТ ISO9001-2011 «Система менеджмента качества. Требования».

Документированная процедура устанавливает требования к планированию, организации, проведению и документальному оформлению результатов внутреннего аудита, а также использования этих результатов для поддержания системы менеджмента качества в рабочем состоянии.

Настоящая документированная процедура служит руководством для сотрудников Института, осуществляющих внутренние аудиты, а также для всех структурных подразделений и служб Института, подвергающихся проверкам.

2. Нормативные ссылки

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

- ГОСТ ISO9000-2011 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ ISO9001-2011 Система менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ Р ИСО19011-2012 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента;
- Стандарты и рекомендации для гарантии качества в европейском пространстве. Европейская Ассоциация Гарантии качества в высшем образовании (ENQA);
- документированная процедура «Управление документацией» Но ДП.250000.01.4.090;
- документированная процедура «Управление несоответствиями. Корректирующие и предупреждающие действия».

3. Термины и определения

3.1. В настоящей документированной процедуре применены следующие термины с соответствующими определениями:

- *аудит* – систематическая, независимая и документированная процедура проверки и объективного оценивания свидетельств, с целью установления степени выполнения требований;
- *плановый аудит* – аудит, проводимый в соответствии с программой, разработанной и утвержденной в определенном порядке на учебный год;
- *повторный аудит* – проверка, проводимая при неудовлетворительных результатах планового аудита с целью подтверждения, что выявленные несоответствия устранены;

- *внеплановый аудит* – аудит, который требуется дополнительно к запланированным аудитам;
- *аудитор* – лицо, обладающее определенной компетентностью для проведения аудита;
- *группа по аудиту (проверке)* – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при необходимости поддерживаемые техническими экспертами (ГОСТ ISO9000–2011, п. 3.9.10);
- *технический эксперт* – лицо, обладающее специфическими знаниями или опытом в конкретной сфере деятельности, необходимыми группе по аудиту (ГОСТ ISO9000-2011, п. 3.9.11);
- *руководитель группы аудита* – специалист из группы по проведению внутреннего аудита, назначенный для руководства данным аудитом;
- *область аудита* – содержание и границы аудита;
- *объект аудита* – определенный вид деятельности, процесс СМК, подлежащий проверке;
- *критерии аудита* – совокупность требований, установленных нормативными документами вышестоящих организаций или требования внутренних нормативных документов;
- *свидетельства аудита* – записи, изложение фактов или другая информация, которые отражают выполнение/невыполнение требований – критериев аудита;
- *несоответствие* – невыполнение требования;
- *значительное несоответствие(ЗН)* – невыполнение требования, которое с большой вероятностью может отрицательно повлиять на результат деятельности Института;
- *малозначительные несоответствия (МЗ)* – отдельное несистематическое упущение, ошибка, недочет в функционировании системы менеджмента качества или в документации, которая в меньшей степени может отрицательно повлиять на результат деятельности Института;
- *уведомление (У)* – свидетельство аудита, не носящее характер несоответствия и фиксируемое в целях предотвращения возможного несоответствия;
- *корректирующее действие* – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить их повторное возникновение (ГОСТ ISO9000-2011, п. 3.6.5);
- *предупреждающее действие* – действие, предпринятое для устранения причин потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации (ГОСТ ISO9000–2011, п. 3.6.4) с тем, чтобы предотвратить их возникновение.
- *коррекция* – выявленное при проведении аудита отклонение в функционировании СМК, снижающее ее эффективность;

– *рекомендация* – предложение, направленное на устранение выявленного несоответствия и/или его причин, не ухудшающего функционирование СМК;

– *верификация* – подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены;

– *валидация* – подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного предполагаемого использования или применения, выполнены.

3.2 В документированной процедуре используются следующие сокращения:

ОМК – отдел менеджмента качества;

СМК – система менеджмента качества;

ОПОП – основная профессиональная образовательная программа;

ИГА – итоговая государственная аттестация;

МОИК – Межрегиональный отраслевой институтский комплекс

4 Общие положения

4.1 Внутренние аудиты предназначены для обеспечения руководства Частного учреждения высшего образования «Институт государственного администрирования» (далее Институт) объективной и своевременной информацией о степени соответствия деятельности СМК и ее результатов установленным требованиям.

4.2 Измерению и оценке при проведении внутренних аудитов подлежит степень соответствия видов деятельности и их результатов требованиям как внешних (законодательства РФ, положений, приказов, инструкций Минобрнауки РФ и других нормативно-правовых актов) так и внутренних нормативных документов Института, обеспечивающих качественную реализацию образовательных программ.

4.3 Цели внутренних аудитов:

– определить уровень соответствия СМК требованиям международного стандарта ГОСТ ISO9001:2011 «Система менеджмента качества. Требования», стандартов и рекомендаций для гарантии качества в европейском пространстве (ENQA), нормативно-правовых актов Минобрнауки РФ, Рособнадзора и др. инстанций;

– определить уровень соответствия СМК требованиям внутренних нормативных документов Института.

4.4 Внутренние аудиты способствуют решению следующих задач:

- своевременное обеспечение руководства Института и филиалов объективной и полной информацией о степени соответствия СМК установленным требованиям;

- корректировка значений показателей при стратегическом планировании деятельности Института, филиалов и отдельных структурных подразделений на основе анализа данных внутренних аудитов;

- определение круга мероприятий, направленных на улучшение деятельности как Института в целом, так и его отдельных подразделений, планирование предупреждающих действий, осуществление корректирующих действий;

- вовлечение персонала Института и филиалов в деятельность по обеспечению качества процессов, управлению качеством, обучение персонала в процессе аудитов и т.д.

4.5 Областью внутренних аудитов системы менеджмента качества являются:

- процессы по видам деятельности Института, реализация которых определена положениями или информационными картами процессов;

- подразделения, задействованные в реализации данных процессов, деятельность которых регламентирована Уставом Института, Положениями о структурных подразделениях, должностными инструкциями персонала;

- результаты деятельности процесса/подразделения, требования к которым определены как внешней, так и внутренней нормативной документацией.

4.6 Критериями внутренних аудитов СМК являются требования внешних и внутренних нормативных документов, обеспечивающих реализацию всех видов деятельности Института, записи по качеству - данные об измерениях, улучшениях, управлениях несоответствиями и т.д.

4.7 В ходе и по результатам аудита формулируются рекомендации по конкретным направлениям деятельности, требующим совершенствования. Разработка рекомендаций ведется в партнерском, конструктивном сотрудничестве аудиторов с сотрудниками проверяемого подразделения.

4.8 Процесс проведения аудита основан на соблюдении нескольких принципов, которые позволяют сделать аудит результативным и надежным инструментом поддержания политики руководства и управления, обеспечивая получение информации, на основе которой организация может улучшать характеристики своей деятельности.

4.9 Предоставление объективных и достаточных заключений по результатам аудита основывается на следующих принципах:

- объективность - правдивость и точность при составлении отчетов;
- профессиональность - способность принимать обоснованные решения при проведении аудита;
- конфиденциальность – сохранность информации;

- независимость – способность к объективному оцениванию посредством независимости от руководителей подразделений и направлений деятельности, которые подлежат проверке;

- обоснованность – информация, полученная при аудите должна быть проверяемой, иметь документальное подтверждение.

5. Виды внутренних аудитов

Аудит качества может иметь различную направленность. В зависимости от объекта проверки, аудит разделяется на следующие виды:

- аудит, ориентированный на процесс;
- аудит, ориентированный на результат процесса;
- аудит, ориентированный на систему.

5.1 Аудит, ориентированный на процесс—этот аудит предназначен для оценки качества процесса выполнения работ или способов выполнения операций процесса.

Поэтому, цель данного вида аудита заключается в проверке способности процесса обеспечить требуемое качество результатов работы. Внутреннему аудиту СМК подлежат процессы, реализуемые в МОИКИГА (далее – Институтский комплекс) и приведенные в приложении А. В ходе аудита, ориентированного на процесс, основными задачами являются:

– проверка соблюдения установленных требований к процессу –т.е. в ходе аудита проверяется выполнение необходимых условий осуществления процесса (выполнение всех видов работ, их последовательность, наличие требуемых ресурсов, нормативов и т.п.);

– оценка параметров выполнения и качества процесса –необходимо оценить на сколько реальные параметры выполнения и качества процесса соответствуют установленным требованиям в документации (например, картах процесса, регламентах, положениях, инструкциях и т.д.);

– выявление проблемных этапов (операций) выполнения процесса—т.е. в ходе аудита выявляются те участки процесса или условия выполнения процесса, которые приводят к несоответствиям или снижению качества выполнения процесса;

– проверка действенности и целесообразности сопроводительной документации по процессу, т.е. выявления документов, требующих внесения изменений или отмены.

5.2 Аудит, ориентированный на результат процесса—предназначен для оценки качества результатов процесса. Цель данного вида аудита заключается в подтверждении стабильности характеристик результата деятельности и их соответствия установленным требованиям. В ходе данного вида аудита основными задачами является проведение контроля качества результата деятельности –как степень соответствия полученных результатов установленным требованиям.

5.3 Аудит, ориентированный на систему

– этот аудит предназначен для оценки выполнения требований к системе менеджмента качества. Главная цель данного вида аудита заключается в оценке результативности и/или эффективности работы системы качества организации. В ходе аудита, ориентированного на систему, основными задачами являются:

– оценка и фиксация фактического состояния системы менеджмента качества

– т.е. в ходе проверки определяется, насколько внедрены и поддерживаются в рабочем состоянии требования к системе менеджмента качества;

– выявление несоответствий в работе системы качества –в ходе проверки выявляются, какие требования системы качества не выполняются, что в работе Института не соответствует требованиям стандарта на систему менеджмента качества;

– формирование правильного отношения сотрудников к требованиям системы качества –аудит проводится не только с целью определить, соответствует система качества требованиям или не соответствует, но также и с целью провести тренинг сотрудников, с целью еще раз обратить их внимание на необходимость работать по документации системы качества;

– проверка соответствия инструкций системы качества требованиям стандарта на систему качества –т.е. в ходе аудита проверяется насколько разработанная документация Института отражает требования стандарта ГОСТ ISO9001–2011;

– проверка выполнения мероприятий по улучшению (корректирующих и предупреждающих действий) –в ходе аудита проверяется статус выполнения мероприятий по улучшению, которые были разработаны по результатам предыдущего аудита или являются мероприятиями отдельного плана по улучшению работы системы качества. В зависимости от организации проведения внутренние аудиты (проверки) могут быть следующих видов:

- плановый;
- внеплановый;
- инспекционный.

5.4 Плановый аудит проводится в соответствии с программой, ежегодно составляемой представителем руководства по качеству и утверждаемой ректором в соответствующем порядке.

Плановый аудит проводится:

– в целях самоконтроля деятельности Института и его филиалов для обеспечения гарантий качества образовательной и других видов деятельности;

– в процессе внедрения документированных процедур (положений, методик, инструкций и др. внутренних нормативных документов);

–перед проведением процедур государственной аккредитации и лицензирования деятельности Институтского комплекса;

– перед проведением внешнего аудита третьей стороной с целью сертификации СМК.

5.5 Внеплановый аудит проводится по указанию руководства Институтского комплекса. Основанием для внеплановых аудитов служат:

– изменения в траектории реализации видов деятельности Института и его филиалов;

– внесение изменений в характеристики результатов деятельности Института и его филиалов на основании требований заинтересованных сторон;

– реорганизация структуры Института и изменения в системе управления;

– изменение номенклатуры направлений подготовки и специальностей;

– введение объемных изменений в документацию СМК.

5.6 Инспекционный аудит проводится в случае:

– снижения степени соответствия результатов деятельности Института и его филиалов определенным требованиям;

– наличия жалоб и рекламаций потребителей (студентов, родителей, работодателей, учредителя и др.).

6. Планирование внутренних аудитов

6.1 Программа проведения внутренних аудитов СМК Института составляется в сентябре месяце на текущий учебный год отделом менеджмента качества, согласовывается с представителем руководства по качеству и утверждается ректором Института, после чего выставляется на внутренний сайт Института, при необходимости – рассылается во все проверяемые подразделения Института отделом менеджмента качества. Форма программы внутренних аудитов СМК приведена в приложении Б.

6.2 В институтах-филиалах, колледжах МОИК программы аудитов составляются координаторами по качеству, согласовывается с уполномоченными представителями руководства по качеству в институтах-филиалах, колледжах и представляются на утверждение директору. Утвержденная программа внутренних аудитов на учебный год по институту-филиалу (колледжу) доводится до сведения проверяемых подразделений посредством выставления на внутренний сайт или методом тиражирования и рассылки.

6.3 Не позднее октября месяца утвержденная программа внутренних проверок института-филиала, техникума, колледжа представляется в ОМК Института для информирования и осуществления координации работ и контроля выполнения.

6.4 Программа внутреннего аудита СМК может корректироваться в оперативном порядке по представлению ректора, проректора, директора филиала.

6.4 Объемы программ внутренних аудитов и периодичность их проведения могут быть различными, в зависимости от целей и задач аудита, при этом, плановые аудиты должны производиться ежегодно.

6.5 Инициаторами проведения внеплановых внутренних аудитов могут выступать ректор, проректора по направлениям деятельности, директора филиалов, руководители структурных подразделений на основании решений коллегиальных органов (Ученый и методический советы, Совет факультета, педагогические Советы и т.п.), а также потребители образовательных и иных видов деятельности Института и филиалов.

6.6 Контроль за реализацией программы внутреннего аудита в Институте осуществляется представителем руководства по качеству

– проректором по УМР, в филиалах -уполномоченными представителями руководства соответствующих подразделений Институтского комплекса.

6.7 Непосредственное руководство внутренними проверками в Институте осуществляет отдел менеджмента качества, в филиалах – координаторы по качеству.

6.8 Для проведения внутреннего аудита приказом ректора (директора) утверждается состав аудиторов, который может включать экспертов по внутренним проверкам СМК и технических экспертов. Для интенсификации процесса внутреннего аудита могут быть сформированы отдельные группы аудиторов, с определением руководителей внутри каждой группы.

6.9 Технические эксперты должны работать под руководством аудитора, но не выполнять действия в качестве аудитора.

6.10 В группу по аудиту можно включать стажеров, но они должны участвовать в процессе аудита по руководством аудитора и получать необходимую методическую помощь.

6.11 На основании утвержденной программы внутренних аудитов по Институту или филиалу, отделом менеджмента качества или координатором по качеству составляются планы внутренних аудитов, утверждаются и доводятся до сведения руководителей проверяемого процесса/ подразделения не менее, чем за 10 дней до даты проведения аудита посредством рассылки электронных или бумажных копий. Форма плана внутреннего аудита приведена в приложении В.

6.12 В целях организации эффективной работы группы аудиторов, отделом менеджмента качества или координаторами по качеству филиалов должно быть проведено согласование по конкретной дате и времени проведения проверки с руководителями подразделений, подлежащих аудиту.

7 Проведение процедуры внутреннего аудита

7.1 Подготовка внутреннего аудита

7.1.1 Аудиторская группа обеспечивается необходимой документацией СМК и бланками для ведения записей в процессе и по окончании аудита. Обеспечение аудиторской группы документацией и бланками осуществляется отделом менеджмента качества при проведении

предварительного совещания. В филиалах за обеспечение аудиторских групп необходимой документацией несет ответственность координатор по качеству.

7.1.2 При подготовке внутреннего аудита, отдел менеджмента качества или координатор по качеству обязательно проводит предварительное совещание аудиторской группы, на котором проводится распределение полномочий внутри аудиторской группы, инструктаж по заполнению документации и т.п.

7.1.3 При необходимости наряду с программой аудита можно разработать опросный лист (вопросник), в который включается возможный набор вопросов как базовых общих, применимых к различным процессам – административным, учебным, научным и другим, так и специальных, адресуемых к проверяемым процессам, связанные с особенностями функционирования и назначения процесса (приложение Г).

7.1.4 Подготовленные вопросы должны быть направлены на:

- выявление состояния процессов;
- выявление процедур менеджмента качества, имеющих на данном объекте;
- выявление проблем и несоответствий в СМК и возможностей улучшения СМК;
- проверку устранения ранее выявленных несоответствий, замечаний;
- анализ состояния регламентирующей документации.

При этом проверяется правильность ведения записей (регистрация данных о качестве), соблюдение требований ГОСТ ISO9001-2011 в отношении управления документацией и других требований, имеющих отношение к данному объекту.

7.1.5 Непосредственное уведомление проверяемого подразделения о предстоящей проверке осуществляется начальником отдела менеджмента качества посредством предоставления плана аудита на бумажном или электронном носителе не менее чем за десять дней до начала проверки.

7.1.6 Получив уведомление о предстоящей проверке, руководители проверяемых подразделений должны согласовать время, удобное для проведения внутреннего аудита; назначить ответственных лиц из числа персонала для сопровождения аудиторов и помощи в проведении аудита; подготовить необходимую документацию для эффективного и результативного проведения проверки.

7.1.7 По согласованию с руководителем подразделения может быть проведено совещание руководителя группы по аудиту с проверяемым подразделением, цель которого – доведение до всех сотрудников целей аудита, методов и процедур, которые будут использованы при проведении аудита, форм общения между группой по аудиту и персоналом проверяемого подразделения.

7.2 Проведение внутреннего аудита

7.2.1 Аудит проводится в следующей последовательности:

- предварительное совещание группы проверки с руководством и сотрудниками проверяемых подразделений (при необходимости);
- собственно проверка с ведением записей каждым аудитором;
- обсуждение в ходе и по окончании аудита значимости выявленных отклонений и отнесения их к замечаниям или несоответствиям;
- обработка результатов аудита;
- доведение до руководства проверяемых подразделений выявленных несоответствий;
- промежуточные и заключительные совещания группы аудита с руководством проверяемого подразделения (если необходимо);
- составление отчета о результатах аудита.

7.2.2 В соответствии с утвержденным планом, аудитор проводит проверку, придерживаясь указанных в нем проверяемых разделов или пунктов документации.

7.2.3 Руководитель группы аудита контролирует ход его проведения и может, при необходимости, вносить изменения в задания аудиторам для оптимального достижения целей аудита.

7.2.4 Аудиторы при проведении аудита должны:

- проверять и анализировать представленную документацию, необходимую и достаточную для составления отчета и заключения по результатам аудита. Проверка и анализ осуществляется путем опроса персонала, анализа документов и наблюдения за проверяемой деятельностью и условиями работы. Признаки, указывающие на возможность несоответствий, фиксируются, если они представляются существенными, даже в том случае, когда они не входят в перечень контрольных вопросов;
- информировать отдел менеджмента качества или координатора по качеству о выявленных отклонениях в документах, процессах и процедурах Института и филиалов.

7.2.5 Во время проведения аудита сотрудники проверяемого подразделения обязаны предоставлять все затребованные и имеющие отношение к проверке документы.

7.2.6 По итогам проверки, в течение двух рабочих дней, аудитор вносит несоответствия или замечания на выявленные отклонения в специальный раздел отчета по результатам внутреннего аудита (приложение Д).

7.2.7 Руководитель проверяемого подразделения подписывает отчеты, согласовав с руководителем подразделения корректирующие действия по каждому указанному отклонению и сроки их выполнения.

7.2.8 При проведении следующей плановой или внеплановой проверки в данном подразделении аудитор проводит анализ выполнения корректирующих действий, указанных в протоколах регистрации несоответствий и замечаний предыдущих аудитов, в результате чего заполняют графы о выполнении корректирующих действий. В случае невыполнения в срок корректирующих действий аудитор сообщает об этом в ОМК, который предпринимает соответствующие действия.

7.2.9 Руководитель группы аудита в течение пяти рабочих дней оформляет отчет по проведенному аудиту в двух экземплярах: первый – для ОМК (координатора по качеству), второй – для проверенного подразделения.

Отчет должен содержать:

- дату проведения аудита;
- объекты аудита (перечисление проверенных процессов, результатов деятельности подразделения, внутренней нормативной документации Института, документации СМК Института);
- результаты аудита (перечень выявленных отклонений: несоответствия, замечания, рекомендации);
- заключение о степени соответствия или несоответствия требованиям ГОСТ ISO9001-2011, эффективности и результативности проверенных процессов;
- заключение о необходимости проведения повторного аудита.

7.2.10 Отчет об аудите (в той степени, в которой это применимо) может также включать в себя или содержать ссылки на следующее:

- общие итоги деятельности по аудиту, включая все встретившиеся препятствия, которые могли понизить достоверность заключений по аудиту;
- подтверждение того, что цели аудита в рамках области внутреннего аудита в соответствии с планом были достигнуты;
- непроверенные объекты, которые находились в области аудита, но не были охвачены по каким-либо причинам;
- предложения по улучшению, если таковые удалось выработать в результате аудита. Представить результаты аудита и заключения по аудиту необходимо таким образом, чтобы они были поняты и поддержаны руководством подразделения, подлежащего проверке, а также необходимо объяснить все последующие действия, например, реализация корректирующих действий, обращение с жалобами на аудит и т.п.

7.2.11 Все расхождения во мнениях относительно результатов аудита и заключений по аудиту между командой по аудиту и проверяемым подразделением следует обсудить и, по возможности, урегулировать. Если этого сделать не удастся, эти расхождения следует зафиксировать.

7.3 Анализ результатов аудита

7.3.1 Анализ результатов аудита осуществляется на двух уровнях:

- на уровне структурного подразделения;
- на уровне Института, филиала.

7.3.2 Руководитель проверяемого структурного подразделения анализирует отчет, и несет ответственность за выполнение корректирующих и/или предупреждающих мероприятий, для чего формирует цели в области качества на следующий учебный год или другой период времени и в план работы подразделений вводятся определенные мероприятия.

7.3.3 На основании представленных отчетов о результатах внутреннего аудита начальник ОМК проводит анализ и представляет данные представителю руководства по качеству Института. Обсуждение результатов

проводится на Совете по качеству Института или на Ученом совете Института–в соответствии с планом их работ.

7.3.3 Результаты аудита филиалов должны обсуждаться на Совете по качеству соответствующих подразделений МОИК ИГА.

7.3.4 Сводный отчет по результатам внутреннего аудита по Институту, филиалов рассматривается, анализируется руководством Института на Совете по качеству или Ученом совете головного вуза в соответствии с их планами работ, в конце учебного года.

7.3.5 На основании представленных отчетов руководителей внутреннего аудита координатор по качеству филиалов готовит сводный отчет об итогах проверки и представляет его в ОМК Института в течении мая месяца. Форма итогового отчета по филиалу представлена в приложении Е.

8. Ответственность участников внутреннего аудита

8.1 Ответственность руководителей проверяемых подразделений

8.1.1 В процессе подготовки к аудиту руководители подразделений/процессов

обязаны:

– заблаговременно проинформировать сотрудников подразделения (задействованных в реализации проверяемых процессов) о предстоящих аудитах, их целях, содержании, датах проведения и общей продолжительности;

– назначить ответственных из числа сотрудников подразделений (уполномоченных по качеству) для осуществления контактов с членами аудиторской группы, последующей подготовки записей по качеству (планов устранения несоответствий и т.п.) и разъяснить им их обязанности в ходе аудита;

– сотрудничать с членами аудиторской группы с целью рациональной организации аудита, оказывать им содействие, создавать условия для работы;

– по запросу аудиторов предоставлять им информацию о том, как реализуется процесс, о показателях результативности процесса, планировании, обеспечить доступ к документации (положение о подразделении, документация делопроизводства и др.), оборудованию и т.п., имеющимся в подразделении.

8.1.2 После получения «Отчета по аудиту», руководители подразделений обязаны организовать в подведомственных структурах работы по устранению выявленных несоответствий, согласно документированной процедуре «Управление несоответствиями. Корректирующие и предупреждающие действия» и учесть рекомендации по улучшению, если таковые были сформулированы.

8.1.3 В тех случаях, когда предпринятые корректирующие или предупреждающие действия не дали положительных результатов (выявленные в ходе аудита несоответствия и/или причины их появления не были устранены), руководители проверяемого подразделения/ процесса

обязаны организовать разработку плана иных мероприятий, которые могли бы способствовать устранению выявленных несоответствий и причин их возникновения.

В таких случаях, в протоколе регистрации несоответствий, в разделе «Оценка комиссией результативности корректирующих действий» руководителем аудиторской группы делается отметка: «Несоответствие не устранено» или «Причины несоответствия не устранены».

8.1.4 Подробное описание процедур планирования и реализации корректирующих и предупреждающих действий, а также формы документов установлены в документированной процедуре «Управление несоответствиями. Корректирующие и предупреждающие действия».

8.2 Ответственность руководителя группы по аудиту

8.2.1 Руководитель группы несет ответственность за все этапы проводимого

внутреннего аудита и наделен полномочиями принимать решения по вопросам организации, проведения и оценки результатов аудита. Руководитель группы несет ответственность за:

- установление и разъяснение целей и критериев аудита;
- формирование плана внутреннего аудита и доведение его до проверяемого(ых) подразделения(й);
- организацию работы группы по аудиту;
- объективность оценки результатов аудита;
- составление отчета о результатах аудита;
- участвует в анализе результатов внутренних аудитов.

8.3 Ответственность и требования к внутренним аудиторам

8.3.1 Знания и навыки

Аудиторы должны обладать знаниями и навыками в следующих областях:

- а) принципы, процедуры и методы аудита:
 - 1) применять принципы, процедуры, методы и приемы аудита;
 - 2) эффективно планировать и организовывать работу;
 - 3) проводить аудит в течение установленного срока;
 - 4) устанавливать приоритеты и быть сфокусированным на существенных вопросах;
 - 5) собирать информацию посредством эффективного опроса, выслушивания, наблюдений и анализа документов, записей и данных;
 - 6) понимать и учитывать мнения экспертов;
 - 7) проверять точность собранной информации;
 - 8) готовить отчеты по аудиту;
 - 9) сохранять конфиденциальность и безопасность информации, документов и записей и пр.;
- б) требования к системе менеджмента качества и основополагающие документы:
 - 1) стандарты по системам менеджмента качества и другие документы, используемые в качестве критериев аудита;

2) понимание требований документации применительно к проверяемым подразделениям и процессам;

в) специфика организационной деятельности:

1) управление, структура, функции и взаимодействия внутри подразделения;

2) бизнес-процессы и соответствующая терминология;

г) применяемые к организации или проверяемому подразделению законодательные и нормативные правовые акты.

8.3.2 Личные качества

Аудиторы должны обладать необходимыми личными качествами, позволяющими им действовать в соответствии с принципами проведения аудита.

Аудиторы должны проявлять профессиональное отношение и личные качества во время проведения аудита, включающие в себя:

- этичность—проявление интереса к людям, внимательность, умение слушать людей, доброжелательность, бескорыстность, деликатность и точность;

- открытость и непредубежденность—желание и готовность объективно воспринимать события и факты, быть искренним и дружелюбным;

- дипломатичность—тактичность при обращении с людьми;

- наблюдательность—активное наблюдение за окружающей обстановкой и видами деятельности;

- восприимчивость—осведомленность и способность к пониманию ситуаций;

- универсальность —возможность быстро адаптироваться к различным ситуациям;

- упорство—настойчивость, стремление к достижению целей;

- решительность—способность принимать ответственные решения;

- самостоятельность—умение принимать решения и нести за них ответственность;

- принципиальность—готовность действовать ответственно и этично даже в тех случаях, когда эти действия могут не встречать одобрения или приводить к разногласиям или конфронтации;

готовность к самосовершенствованию—обучение в процессе работы, стремление к достижению наилучших результатов при проведении аудитов;

- высокая культура поведения—соблюдение и уважительное отношение к культурным ценностям проверяемого подразделения;

- умение сотрудничать и работать с людьми—результативное взаимодействие с другими, включая членов группы по аудиту и персонал проверяемого подразделения.

Список использованных источников

1 Бейсова, Р. С. Аудит качества: учебное пособие / Р. С. Бейсова. – Ульяновск: УлГТУ, 2006. –66 с. ISBN 5–89146–700–0.

2 Горбунов, А. В., Аудит процессов или аудит подразделений? Журнал «Методы менеджмента качества» / Изд–во РИА «Стандарты и качество» No 1, 2007., с. 15–18.

3 Каузек, Д. Усовершенствуйте свои аудиторские навыки: Журнал «Методы менеджмента качества» /Изд–во РИА «Стандарты и качество» No 9, 2008., с. 12–15.

4 Рассел, Дж. П. Подготовка и структурирование отчета по аудиту. Теория и практика: Журнал «Методы менеджмента качества» / Изд–во РИА «Стандарты и качество» No 5, 2008., с. 23–26.

5 Свиткин, М. З. Настольная книга внутреннего аудитора: настольная книга / М. З. Свиткин, К. М. Рахлин, В. М. Мацута, О. Д. Дымкина; – СПб.:Изд–во картфабрики Всегей, 2001. –99 с. –ISBN5–8198–0008–7

Согласован: проректор по УМР

Юрист

Руководитель группы менеджмента качества

Начальник учебно-методического отдела

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А
(информационное)

Таблица А.1 –Реестр процессов СМК Института

No процесса	Наименование вида деятельности или процесса Института
1 Деятельность руководства по управлению качеством образования	
1.1	Разработка стратегии, политики и целей в области качества
1.2	Планирование и развитие СК ОУ
1.3	Распределение ответственности и полномочий
1.4	Подготовка к лицензированию и аккредитации
1.5	Анализ СК ОУ со стороны руководства
1.6	Информирование общества
1.7	Финансирование СК ОУ
2 Процессы Института	
2.1 Основные процессы научно-образовательной деятельности Института	
2.1.1	Маркетинг (исследования рынка научных исследований, образовательных услуг и рынка труда)
2.1.2	Управление проектированием и разработкой образовательных программ
2.1.3	Довузовская подготовка и прием студентов
2.1.4	Реализация основных образовательных программ
2.1.5	Воспитательная и внеучебная работа
2.1.6	Проектирование и реализация программ дополнительного образования
2.1.7	Подготовка кадров высшей квалификации (аспирантура)
2.1.8	Научные исследования и разработки
2.1.9	Международная деятельность
2.2 Вспомогательные процессы Института	
2.2.1	Бухгалтерско-финансовое обеспечение научно-образовательного процесса
2.2.2	Управление персоналом

2.2.3	Управление закупками
2.2.4	Управление образовательной средой
2.2.5	Редакционно-издательская деятельность
2.2.6	Библиотечное и информационное обслуживание
2.2.7	Управление инфраструктурой
2.2.8	Обеспечение безопасности жизнедеятельности
2.2.9	Социальная поддержка студентов и сотрудников ОУ
2.2.10	Управление информационной средой
3 Деятельность в рамках процессов по измерению, анализу и улучшению	
3.1	Мониторинг, измерение и анализ процессов
3.2	Управление несоответствиями
3.3	Улучшение процессов (посредством политики, целей, а также корректирующих и предупреждающих действий)

Форма программы внутреннего аудита
Частное учреждение высшего образования
«Институт государственного администрирования»

ПРИНЯТО УТВЕРЖДЕНО

Решением Совета по качеству приказом ректора
от « » 20__ г. от « » 20__ г. No
протокол No

Программа
проведения внутреннего аудита системы менеджмента качества
на 20__-20__ уч.г.

Наименование подразделений	Срок проведения аудита	Шифр плана аудита							

РАЗРАБОТАНО

Представитель руководства по качеству / И.О. Фамилия /

Форма плана внутреннего аудита
Частное учреждение высшего образования
«Институт государственного администрирования»

ПЛАН
АУДИТА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА П - ____ № ____
за 20__-20__ уч. г.

1. Основание: программа проведения проверок на 20__–20__ уч. год; приказ ректора от _____ № ____;
- 2 Вид аудита: плановый, внеплановый, повторный (нужное подчеркнуть);
- 3 Подразделение _____
- 4 Дата (сроки) проведения аудита _____
- 5 Цель и объем аудита:
 - 5.1 Соответствие требованиям нормативных документов СМК: ГОСТ ISO 9001–2011 «Система менеджмента качества. Требования»;
 - 5.2 Соответствие требованиям внутренней нормативной документации (наименование и рег.№ нормативного документа)
5. Объекты, подлежащие аудиту (критерии)

Проверяемые объекты	Наименование документа, содержащего требования (раздел, пункт, подпункт)
1 ...	
2 ...	

6. Группа по аудиту

Ф.И.О. членов комиссии, должность	Функции по проверке	Время проведения проверки

Руководитель группы по аудиту _____ /И.О. Фамилия/
(подпись, дата)

План аудита составлен в двух экземплярах:

- 1 экз. –руководителю проверяемого подразделения;
- 2 экз. –начальнику отдела менеджмента качества.

Форма опросного листа
Частное учреждение высшего образования
«Институт государственного администрирования»

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
по проведению аудиторской проверки

Подразделение/процесс _____

Критерии проверки _____

(код и наименование документа, устанавливающего требования)

№ пункта нормативного документа	Вопросы	Ответ (да/нет, +/-)	Пометки аудитора	
Наименование нормативного документа, содержащего требования				
...				
Наименование нормативного документа, содержащего требования				
...				

Руководитель группы аудита _____ /И.О. Фамилия/

Эксперты _____ /И.О. Фамилия/

_____ /И.О. Фамилия/

(подпись, дата)

Руководитель подразделения _____ /И.О. Фамилия

Форма отчета по результатам внутреннего аудита системы
менеджмента качества

Частное учреждение высшего образования
«Институт государственного администрирования»

ОТЧЕТ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА ПО ПЛАНУ П-____
№ ____ за 20__-20__ уч. г.

1. Процесс/ структурное подразделение _____
(полное наименование)

2. Состав аудиторов _____

3. Результаты аудита

Наименование нормативного документа, содержащего требования (раздел, пункт, подпункт)	Описание несоответствия или замечания	Категория несоответствия (значительное –ЗН; малозначительное –МЗН,З - замечание)	Причина(ы) невыполнения требования

4 Заключение по проведенному аудиту _____
(соответствует/не соответствует требованиям)

5 Предложения по улучшению _____

6 Повторный аудит провести _____
(да/ нет, если да-указать дату)

Руководитель группы по аудиту _____ /И.О.Фамилия/
(подпись, дата)

Эксперты _____ /И.О.Фамилия/
_____ /И.О.Фамилия/
(подпись, дата)

Приложение Е
(обязательное)

Форма итогового отчета по результатам внутреннего аудита СМК
для филиалов
Частное учреждение высшего образования
«Институт государственного администрирования»

Отчет
о результатах внутреннего аудита за 20__-20__ уч.г.

1.Результативность проверок

Наименование показателя	Подразделения	
	Учебные	Административные
Количество проверенных подразделений, ед.		
Объем по отношению к общему количеству, %		
Количество выявленных значительных несоответствий, ед.		
Количество выявленных малозначительных несоответствий, ед.		
Количество замечаний, ед.		

2 Структура выявленных несоответствий

Наименование подразделений	Количество выявленных несоответствий по планам внутренних аудитов							

Директор /И.О. Фамилия/
Уполномоченный представитель
руководства по качеству /И.О. Фамилия/
Координатор по качеству /И.О. Фамилия/