

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.1 из 46



УТВЕРЖДАЮ

Директор ГАУ «СРЦН

«Золушка» Тавдинского района

Л.А. Ермачкова

14 июля 2017 г.

**ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
«ВНУТРЕННИЕ АУДИТЫ СМК»
СМКДП-03-2017**

Дата введения: « 14 » 07 2017 г.

г. Тавда
2017 г.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.2 из 46

Содержание

1 Область применения и назначение.....	3
1.1 Область применения.....	3
1.2 Назначение процедуры.....	3
2 Нормативные ссылки.....	4
3 Термины, определения и сокращения.....	4
4 Описание процедуры.....	6
4.1 Общие положения.....	6
4.2 Планирование внутренних аудитов.....	7
4.3 Подготовка к проведению внутреннего аудита.....	8
4.4 Проведение внутреннего аудита.....	9
4.5 Подготовка и рассылка отчета по внутреннему аудиту.....	11
4.6 Действия по результатам внутреннего аудита.....	12
5 Управление процедурой «Внутренние аудиты СМК» и записями о качестве.....	12
6 Ответственность.....	12
7 Характеристики процедуры «Внутренние аудиты СМК».....	12
Приложение А –Алгоритм процедуры «Внутренние аудиты СМК».....	16
Приложение Б – Форма программы внутренних аудитов СМК.....	17
Приложение В – Форма плана внутреннего аудита СМК.....	18
Приложение Г – Форма опросного (контрольного) листа.....	19
Приложение Д – Форма акта о несоответствии/наблюдении.....	20
Приложение Е – Форма плана корректирующих и предупреждающих действий.....	21
Приложение Ж– Форма отчета по аудиту.....	22
Приложение И– Форма сводного отчета по внутренним аудитам.....	23
Приложение К– Примерный перечень вопросов для выявления степени соответствия деятельности Учреждения требованиям стандарта ISO 9001.....	24
Лист регистрации изменений.....	36
Лист регистрации ознакомления.....	37

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.3 из 46

1 Область применения и назначение

1.1 Область применения

Настоящая документированная процедура устанавливает порядок и правила проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества государственного автономного учреждения социального обслуживания населения Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних Тавдинского района» (далее Учреждение).

Действия настоящей документированной процедуры распространяются на сотрудников, участвующих в проведении внутренних аудитов системы менеджмента качества (СМК).

Настоящая документированная процедура обязательна для применения всеми структурными подразделениями Учреждения.

1.2 Назначение процедуры

Настоящая документированная процедура устанавливает ответственность и требования к планированию и проведению внутренних аудитов СМК Учреждения, документированию и поддержанию в рабочем состоянии свидетельств аудита, к отчётам и рабочим записям об их проведении, а также к последующим действиям, включая верификацию предпринятых мер (контроль выполнения запланированных корректирующих и предупреждающих действий по результатам проведения внутреннего аудита).

Процедура входит в состав обязательных документов, обеспечивающих функционирование системы менеджмента качества Учреждения, и соответствует требованиям международного стандарта ISO 9001 «Системы менеджмента качества. Требования», а также международного стандарта ISO 19011 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента».

Данная процедура раскрывает положения РК-01 «Руководство по качеству» в части требований п.9.2 «Внутренние аудиты».

Процедура «Внутренние аудиты СМК» определяет:

- порядок организации деятельности по планированию и проведению внутренних аудитов, а также по взаимодействию персонала в рамках данной процедуры;
- требования к оформлению результатов проведения внутренних аудитов;
- требования к анализу полученных результатов;
- требования к хранению отчетных документов;
- распределение ответственности персонала.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.4 из 46

2 Нормативные ссылки

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие документы:

- ISO 9000:2015 «Системы менеджмента качества. Общие положения и словарь»;
- ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ISO 19011:2011 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»;
- РК 01-2017 «Руководство по качеству»;
- СМК и СО ДП-01-2017 «Управление документацией»;
- СМК и СО ДП -02-2017 «Управление записями»;
- СМК и СОДП-04-2017 «Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия»;

3 Термины, определения и сокращения

Термины, определения и сокращения, используемые в настоящей документированной процедуре, представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 – Термины и определения

№	Термин	Определение
1	2	3
1	Аудит (проверка)	систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита
2	Аудитор	лицо, которое проводит аудит
3	Верификация	подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены
4	Группа аудиторов	один или несколько аудиторов, проводящих аудит, при поддержке, в случае необходимости, технических экспертов
5	Заключение по результатам аудита	выходные данные аудита после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита
6	Компетентность	способность применять знания и навыки для достижения намеченных результатов
7	Критерии аудита	совокупность политики, процедур или требований к процессам и их документированию в системе менеджмента

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.5 из 46

		качества
1	2	3
8	Наблюдения аудита	результат оценки собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита
9	Несоответствие	невыполнение требования
10	Область аудита	объем и рамки аудита
11	План аудита	описание действий и мероприятий, касающихся аудита
12	Программа аудита	совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретный период времени и направленных на достижение конкретной цели
13	Риск	влияние неопределенности на достижение цели
14	Свидетельства аудита	записи, изложение фактов или другая информация, которые имеют отношение к критериям аудита и могут быть проверены
15	Система менеджмента	система для разработки политики и целей и достижения этих целей
16	Система менеджмента социальной ответственности	система менеджмента для руководства и управления этическими, социальными или трудовыми параметрами учреждения, а так же правами человека и окружающей средой.
17	Соответствие	выполнение требования
18	Сопровождающий	лицо, назначенное проверяемой организацией для оказания помощи группе аудиторов

Таблица 2 –Сокращения и их полные наименования

№	Сокращение	Полное наименование
1	2	3
1	ВА	внутренний аудит
2	Учреждение	Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних Тавдинского района»
3	ДП	документированная процедура
4	КД	корректирующие действия
5	НТД	нормативно-техническая документация
6	ПД	предупреждающие действия
7	ПРКиСО	представитель руководства по качеству и социальной ответственности

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.6 из 46

8	СМК	система менеджмента качества
9	СМ СО	система менеджмента социальной ответственности

4 Описание процедуры «Внутренние аудиты СМК»

4.1 Общие положения

Одним из основных требований стандарта ISO 9001 является проведение внутренних аудитов (ISO 9001 п 9.2).

Осуществление внутреннего аудита СМК обеспечивает получение информации, касающейся необходимости устранения и предотвращения несоответствий.

Внутренний аудит (аудит первой стороной) – аудит, который проводится самим учреждением для анализа со стороны высшего руководства и других внутренних целей (например, для подтверждения результативности системы менеджмента качества или получения информации для ее улучшения).

Внутренние аудиты – деятельность по регулярному выборочному контролю за деятельностью того или иного подразделения, вида деятельности/процесса в рамках СМК, инициируемого руководством учреждения и проводимого силами Учреждения.

Результаты внутренних аудитов используются высшим руководством Учреждения, руководителями структурных подразделений для анализа эффективности, результативности СМК и определения возможности и направлений совершенствования СМК Учреждения.

Для обеспечения результативности и надежности аудиторской деятельности, направленной на получение информации, необходимой для получения объективных заключений аудита и принятия эффективных управленческих решений, должны соблюдаться принципы проведения аудита согласно разделу 4 «Принципы проведения аудита» ISO 19011.

Назначение области аудита зависит от цели и вида аудита (плановый или внеплановый).

Цели аудита включают в себя:

- установление того, что деятельность подразделений Учреждения соответствует требованиям стандарта ISO 9001, требованиям документов СМК и/или запланированным мероприятиям;
- установление того, что СМК внедрена, результативна и поддерживается в рабочем состоянии;
- оценка способности СМК обеспечить соответствие законодательным и нормативным требованиям;
- выявление сильных и слабых сторон СМК для определения направлений, возможностей и путей постоянного улучшения и совершенствования СМК;
- проверки выполнения и оценки эффективности корректирующих и предупреждающих мероприятий по результатам внутренних аудитов;
- определение степени соответствия процессов социального обслуживания населения Свердловской области критериям аудита.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.7 из 46

Цель (или цели) аудита определяются руководителем группы аудиторов.

Проведение внутренних аудитов осуществляется в соответствии с алгоритмом проведения внутренних аудитов, представленном в приложении А.

4.2 Планирование внутренних аудитов

Внутренние аудиты проводятся в соответствии с программой внутренних аудитов, разработанной руководителем группы аудиторов. Форма программы внутренних аудитов приведена в Приложении Б.

Цель программы внутренних аудитов – спланировать вид и количество аудитов и обеспечить ресурсами необходимыми для их проведения.

Программа внутренних аудитов системы менеджмента качества разрабатывается с учетом:

- статуса и важности процессов, видов деятельности, подлежащих аудиту;
- результатов предыдущих аудитов;
- указаний высшего руководства;
- целей аудита;
- динамики появления несоответствий услуги;
- актов по результатам сертификации и инспекционного контроля;
- проведение структурных или других организационных изменений (изменение структуры управления, формы собственности и т.п.);
- изменения требований внешней нормативной документации и требований потребителей.

Программа проведения внутренних аудитов СМК должна содержать:

- цели аудита (см. п.4.1. настоящей процедуры);
- объекты аудита (проверяемый процесс и/или подразделение, должностное лицо)
- критерии аудита (пункты ISO 9001, документы СМК, регламентирующие документы);
- Ф.И.О руководителя группы аудиторов;
- Ф.И.О аудиторов;
- сроки аудита (информация о сроках фактического проведения внутреннего аудита закрашивается квадратами);

Руководитель группы аудиторов устанавливает объем программы аудита, который может варьироваться в зависимости от размера и вида деятельности проверяемого учреждения, а также от характера, назначения, сложности и уровня зрелости СМК, и тех вопросов, которые являются существенными для СМК (более подробно определение объема программы аудита описано в стандарте ISO 19011 п.5.3.3).

Программа проведения внутренних аудитов согласовывается с руководителями проверяемых подразделений;

Программа проведения внутренних аудитов утверждается Директором Учреждения.

Программа проведения внутренних аудитов составляется на 1 год в конце текущего

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.8 из 46

года на следующий год.

Изменения в программу проведения внутренних аудитов вносятся по решению руководителя группы аудиторов в следующих случаях:

- введение в действие новых документов СМК;
- поступление информации от потребителя или контролирующих внешних организаций о несоответствии качества услуг установленным требованиям;
- проведение структурных или других организационных изменений (изменение структуры управления, формы собственности и т.п.);
- изменения требований внешней нормативной документации.

Внутренние аудиты, охватывающие все подразделения учреждения, проводятся на основании ежегодных программ не реже 1-го раза в год.

Руководитель группы аудиторов идентифицирует и оценивает риски для программы аудита в соответствии с п.5.3.ISO 19011.Руководитель группы аудиторов определяет ресурсы для программы аудита, уделяя внимание:

- финансовым ресурсам для развития, внедрения, управления и улучшения аудитов;
- методам аудита;
- процессам достижения и поддержания компетентности аудитора и улучшения аудита;
- наличию аудиторов, компетентности аудиторов в области целей плана (программ);
- длительности проведения аудитов и другим требованиям аудита.

4.3 Подготовка к проведению внутренних аудитов

Руководитель группы аудиторов в соответствии с программой внутренних аудитов планирует проведение конкретных аудитов посредством составления плана проведения внутреннего аудита.

План проведения внутреннего аудита СМК включает в себя:

- основание проведения аудита (например, приказ директора);
- цели аудита (например, проверка соответствия разработанной и внедренной СМК в деятельность учреждения требованиям стандарта ISO 9001);
- даты проведения внутреннего аудита;
- состав команды аудиторов, включая руководителя группы аудиторов и членов группы;
- дату и время проведения вступительного совещания, аудита в подразделениях, заключительного совещания;
- область аудита (проверяемый процесс или подразделение), представителя от подразделения;
- критерии аудита (пункты стандарта ISO 9001, документы СМК, регламентирующие документы).

Форма плана внутреннего аудита СМК представлена в Приложении В.

План внутреннего аудита утверждается ПРКиСО.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.9 из 46

Руководитель группы аудиторов уведомляет руководителей проверяемых подразделений или видов деятельности/процессов и аудиторов о предстоящем аудите в срок не позднее, чем за 10 дней до начала проведения аудита.

Руководитель группы аудиторов передает руководителям проверяемых подразделений утвержденный план внутреннего аудита.

4.4 Проведение внутреннего аудита

Проведение внутреннего аудита включает в себя:

- проведение вступительного совещания;
- проведение анализа документов во время аудита;
- коммуникацию во время аудита с проверяемыми подразделениями;
- закрепление функций и ответственности за сопровождающими и наблюдателями;
- сбор и проверку информации;
- формирование наблюдений аудита;
- подготовку заключений по результатам аудита;
- проведение заключительного совещания.

Вступительное совещание проводится перед началом аудита. На вступительном совещании присутствуют: руководитель группы аудиторов, аудиторы, руководители проверяемых подразделений. Руководитель группы аудиторов ведет вступительное совещание, на котором представляет участников совещания друг другу, объясняет цели аудита, подтверждает объём и критерии аудита, а также сообщает время проведения заключительного совещания.

После вступительного совещания аудиторы приступают к проверке в подразделениях в соответствии с планом проведения внутреннего аудита. Аудит проводится путем сбора и анализа фактических данных и фиксирования записей (свидетельств аудита) в опросном (контрольном) листе, который составляется в соответствии с требованиями стандарта ISO9001. Форма опросного (контрольного) листа представлена в Приложении Г.

При составлении опросного (контрольного) листа руководитель группы аудиторов из примерного перечня вопросов выбирает только те вопросы, которые относятся к деятельности конкретного подразделения в соответствии с пунктами стандарта ISO 9001, представленными в плане проведения внутренних аудитов для этих подразделений.

Примерный перечень вопросов для выявления степени соответствия деятельности Учреждения требованиям стандарта ISO9001, которые можно использовать при составлении опросного (контрольного) листа, представлен в Приложении И.

В ходе проведения внутреннего аудита аудитор ведет записи. Записи должны быть чёткими, точными, подробными. Записи содержат свидетельства подтверждения выполнения требования стандарта (свидетельства аудита). Записи заносятся в опросный (контрольный) лист в колонку «Свидетельства аудита/комментарии».

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.10 из 46

Свидетельства аудита должны поддерживаться в рабочем состоянии в соответствии с СМК и СО ДП-01 «Управление документацией» и СМК и СО ДП-02 «Управление записями».

Для получения заключений аудита свидетельства аудита сопоставляются с критериями аудита. Результаты сопоставления указывают на соответствие или несоответствие критериям аудита. Наличие/отсутствие несоответствия определяется относительно требований стандарта ISO 9001, требований документов СМК или нормативных документов, на соответствие которым проводится аудит.

При выявлении несоответствия аудитор регистрирует несоответствие в акте о несоответствии/наблюдении. На каждое несоответствие или наблюдение составляется отдельный акт. Несоответствие должно соотноситься только с одним пунктом стандарта. Каждому акту несоответствия назначается текущий номер и год составления акта. Форма акта о несоответствии/наблюдении представлена в приложении Д.

Несоответствия делятся на:

- значительное несоответствие;
- незначительное несоответствие;
- наблюдение.

В качестве значительных несоответствий рассматриваются те, которые представляют собой:

- неспособность выполнить одно или более требований стандарта;
- ситуацию, которая вызывает серьезные сомнения в способности СМК Учреждения достигать запланированных результатов.

Все остальные несоответствия могут быть рассмотрены как незначительные.

К наблюдениям относятся зарегистрированные объективные свидетельства аудита, указывающие на возможные области возникновения несоответствия или возможные области для улучшения СМК.

В акте о несоответствии/наблюдении выявленное несоответствие указывается ясно и однозначно для того, чтобы ответственный за разработку и осуществление корректирующих действий точно знал, что нужно сделать по устранению выявленного несоответствия. После четкой формулировки несоответствия (желательно с наличием доказательства), аудитор делает ссылку на невыполнение требований какого-либо внутреннего или внешнего документа.

Акт о несоответствии/наблюдении подписывает руководитель подразделения или вида деятельности/процесса (или уполномоченным представителем руководителя). Подпись подтверждает выявленный факт наличия несоответствия. В случае несогласия руководителя подразделения с выявленным несоответствием, он может в течение 5 рабочих дней со дня получения проведения аудита подать служебную записку ПРКиСО с мотивированной просьбой пересмотреть результаты аудита. Решение ПРКиСО по результатам аудита является окончательным.

В случае отказа руководителя подразделения или вида деятельности/процесса подписать Акт о несоответствии, аудитор делает запись «от подписи отказался».

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.11 из 46

По результатам выявленных несоответствий руководитель подразделения или вида деятельности/процесса определяет причину несоответствия и разрабатывает план корректирующих и/или предупреждающих действий в соответствии с СМК и СО ДП-04 «Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия», затем передает этот план аудитору, выявившему несоответствие. Форма плана корректирующих и предупреждающих действий представлен в Приложении Е. Срок разработки корректирующих и/или предупреждающих действий составляет не более 5-ти рабочих дней.

После завершения проверки во всех проверяемых подразделениях, проводится заключительное совещание, на котором руководитель группы аудиторов сообщает о результатах аудита, выявленных несоответствиях. На заключительном совещании присутствуют руководитель группы аудиторов, аудиторы, руководители проверяемых подразделений.

4.5 Подготовка и рассылка отчета по внутреннему аудиту

По результатам внутреннего аудита руководитель группы аудиторов в 10-ти дневный срок с момента проведения аудита оформляет отчет об аудите. Форма отчета об аудите приведена в Приложении Ж.

Оформленный отчет об аудите подписывается руководителем группы аудиторов, аудитором, представителем проверяемой стороны и утверждается ПРКиСО. Один экземпляр отчета (оригинал) остается у руководителя группы аудиторов, второй экземпляр (копия) передается ПРКиСО.

К отчету об аудите прилагаются:

- план внутреннего аудита;
- заполненные опросные (контрольные) листы;
- акты о несоответствиях/наблюдениях;
- планы корректирующих действий.

Руководитель группы аудиторов ежеквартально формирует сводный отчет на основании отчетов о проведенных аудитах и предоставляет его для анализа и утверждения высшему руководству Учреждения. Сводный отчет является входными данными для анализа функционирования СМК со стороны высшего руководства и отправляется в Министерство социальной политики Свердловской области в целях централизованного контроля деятельности подведомственных учреждений.

Форма сводного отчета по внутреннему аудиту приведена в Приложении И.

4.6 Действия по результатам внутреннего аудита

Ответственным за осуществление корректирующих действий является должностное лицо, имеющее необходимые ресурсы и полномочия. Данное должностное лицо несёт ответственность, как за устранение самих несоответствий, так и причин повлекших за собой появление несоответствий.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.12 из 46

После окончания срока, отведённого на устранение несоответствий, руководитель группы аудиторов проверяет выполнение корректирующих действий выявленных несоответствий. Результаты проверки руководитель группы аудиторов заносит в акт о несоответствии/наблюдении конкретного несоответствия.

В случае не устранения несоответствия в указанные сроки, без аргументирующих доводов, руководитель группы аудиторов делает запись в акте о несоответствии/наблюдении: «Несоответствие не устранено» и оформляет новый акт о несоответствии/наблюдении с повышением категории несоответствия.

5 Управление процедурой «Внутренние аудиты СМК» и записями о качестве

Комплект документации по внутреннему аудиту:

- программа внутренних аудитов;
- планы внутренних аудитов СМК;
- опросные (контрольные) листы;
- акты о несоответствии/наблюдении;
- план корректирующих и предупреждающих действий;
- отчеты об аудите;
- сводный отчет о внутреннем аудите.

Вся документация по внутреннему аудиту хранится у ПРКиСО, копии у руководителя проверяемого подразделения или вида деятельности/процесса – срок хранения 5 лет.

Сводный отчет по внутренним аудитам хранится у ПРКиСО – срок хранения 5 лет.

Управление СМКДП-03 «Внутренние аудиты» осуществляется в соответствии с СМК и СО ДП-01 «Управление документацией».

6 Ответственность

Ответственность за разработку, содержание настоящей документированной процедуры и соответствие ее нормам и требованиям несет ПРКиСО.

Ответственность за реализацию требований данной процедуры несут должностные лица Учреждения, принимающие участие в процедуре проведения внутреннего аудита.

Ответственность за сбор пакета документов по проведению внутреннего аудита возлагается на руководителя группы аудиторов.

Ответственность за организацию, координацию, руководство проведение внутренних аудитов в соответствии с программой возлагается на ПРК и СО.

Ответственность за проведение корректирующих и предупреждающих действий по устранению выявленных и потенциальных несоответствий и их причин по результатам внутреннего аудита несут руководители проверяемых подразделений Учреждения.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.13 из 46

7 Характеристики процедуры «Внутренние аудиты СМК»

Характеристики процедуры приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Характеристики процедуры «Внутренние аудиты СМК»

№:	Характеристика процесса	Содержимое характеристики
1	Полное наименование процедуры	Внутренние аудиты системы менеджмента качества
2	Цели внутренних аудитов СМК	– проверка степени соответствия разработанной и внедренной системы менеджмента качества в деятельность учреждения требованиям международного стандарта ISO 9001; – установление того, что СМК внедрена, результативна и поддерживается в рабочем состоянии; – оценка способности СМК обеспечить соответствие законодательным и нормативным требованиям; – выявление сильных и слабых сторон СМК для определения направлений, возможностей и путей постоянного улучшения и совершенствования; – проверка выполнения и оценки эффективности корректирующих и предупреждающих действий по результатам предыдущих проверок.
3	Владелец процедуры	Директор Учреждения
4	Руководитель процедуры	ПРКиСО
5	Нормативы процедуры	– ISO 9000:2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»; – ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования»; – ISO 19011:2011 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»; – нормативная и техническая документация.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.14 из 46

1	2	3
6	Входы процедуры	– программа внутренних аудитов; – план внутреннего аудита СМК; – указания высшего руководства Учреждения (приказ директора учреждения); – опросный (контрольный) лист.
7	Поставщики процедуры	Все процессы СМК и виды деятельности Учреждения
8	Выходы процедуры	– отчет о внутреннем аудите; – опросный (контрольный) лист со свидетельствами аудита; – акты о несоответствиях/наблюдениях; – отчет о внутреннем аудите; – сводный отчет по внутренним аудитам.
9	Потребители процедуры	Все процессы СМК и виды деятельности Учреждения
10	Ресурсы	– персонал Учреждения; – инфраструктура подразделений; – производственная среда Учреждения.
11	Измеряемые параметры процедуры	– сроки и объемы выполнения планов проверок; – количество несоответствий выявленных внешними аудиторами, которые не были учтены при внутреннем аудите; – количество несоответствий, выявленных повторно при проведении внутреннего аудита за отчетный период; – выполнение требований к отчету о результатах аудита; – выполнение пунктов плана аудита.
12	Показатели результативности процедуры	– своевременность и полнота выполнения планов проверок; – уменьшение количества несоответствий выявленных внешними аудиторами, которые не были учтены при внутреннем аудите; – соблюдение сроков разработки и утверждения Программ и другой сопутствующей документации по внутреннему аудиту; – соблюдение запланированных сроков подготовки отчета; – степень проведения корректирующих/предупреждающих действий по

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.15 из 46

		результатам
1	2	3
		– предыдущего аудита; – степень проведения корректирующих/предупреждающих действий по результатам предыдущего аудита в срок.
13	Периодичность оценки процедуры	Не реже одного раза в год

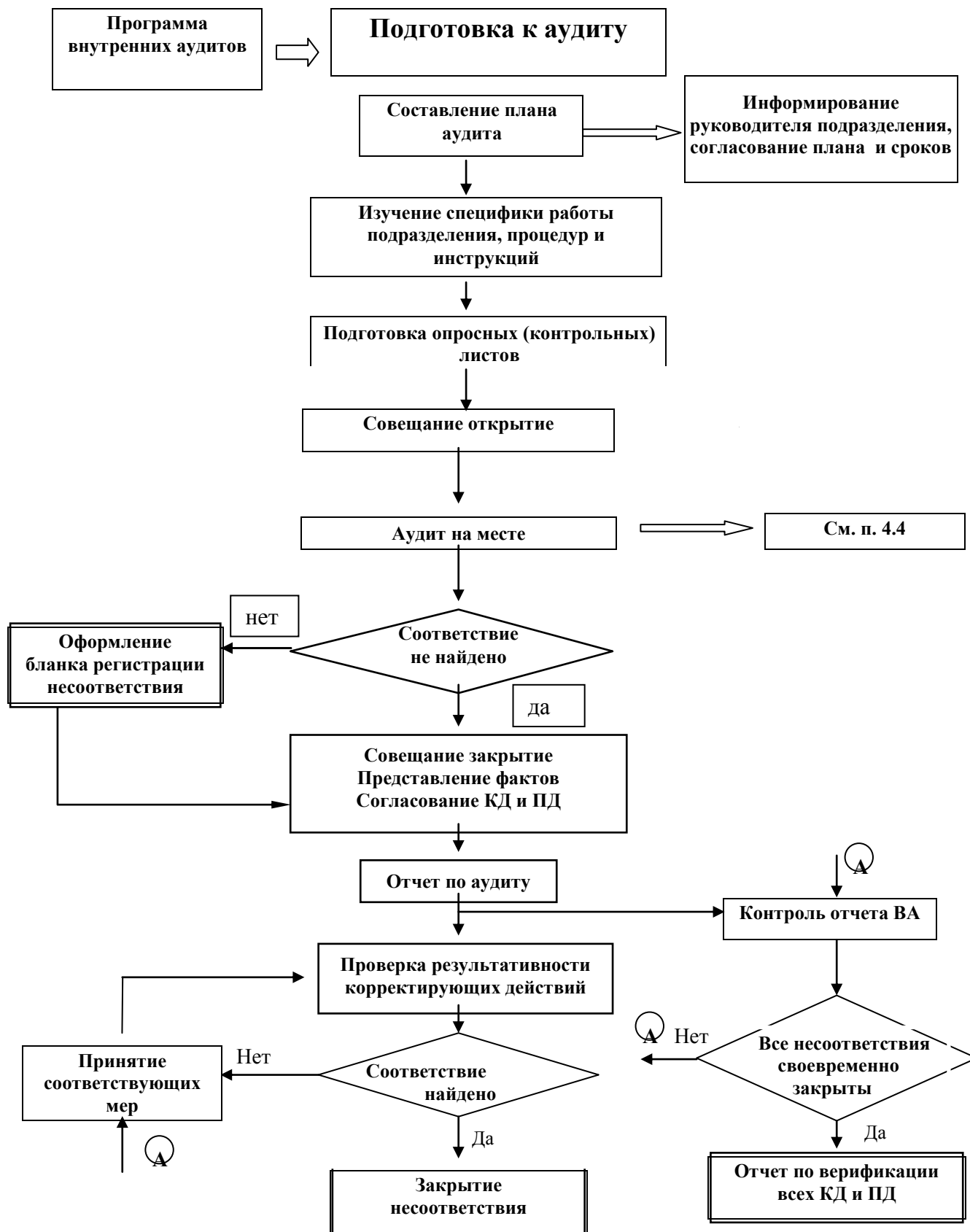
Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района» Документированная процедура
«Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.16 из 46

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Алгоритм процедуры «Внутренние аудиты»



Директор Учреждения: _____ «__» _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О.

Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.18 из 46

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Форма плана внутреннего аудита СМК № ____

Основание проведения аудита: _____

Цель аудита: _____

Дата проведения внутреннего аудита: _____

Состав команды аудиторов:

Руководитель группы аудиторов: _____

Аудиторы: _____

и др.: _____

Дата сдачи аудиторского отчета о несоответствии с разработанными корректирующими и предупреждающими действиями _____

№ п/п	Дата (время)	Мероприятие:	Область аудита: Процесс/подразделение	Представитель проверяемого процесса/подразделения	Критерии аудита: п. ISO 9001, документы СМК, регламентирующие документы	ФИО аудитора(ов):
1		Вступительное совещание				
2		Проверка соответствия				
...		...				
		Заключительное совещание				

Руководитель группы аудиторов: _____ «__» _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О.

СОГЛАСОВАНО:

Директор Учреждения _____ «__» _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017 Экземпляр № 1 стр.19 из 46

**ПРИЛОЖЕНИЕ Г
Форма опросного (контрольного) листа №_____**

№ п/п	Проверяемое подразделение / представитель	п. ISO 9001	Вопросы	Свидетельства аудита / Комментарии
Аудитор		Дата		Подпись

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.20 из 46

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

АКТ О НЕСООТВЕТСТВИИ / НАБЛЮДЕНИИ № ____/____15

Проверяемое подразделение (процесс):	
Дата:	
Регламентирующий документ:	
Пункт стандарта:	
Подробности несоответствия /наблюдения:	Градация: (указать в случае несоответствия) Значительное Незначительное
Ф.И.О. аудитора Подпись	
Ф.И.О. и должность проверяемого	Подпись
Коррекция: Причина несоответствия: Корректирующие / предупреждающие действия:	
Согласованный срок выполнения	
До _____	
Ответственный за выполнение Ф.И.О. и должность _____	
Объективные свидетельства устранения несоответствия/наблюдения:	
Корректирующие и предупреждающие действия завершены и результативны: (да/нет)	
Ф.И.О. аудитора _____ Подпись _____ Дата _____	

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017 Экземпляр № 1 стр.21 из 46

**ПРИЛОЖЕНИЕ Е
Форма плана мероприятий
для проведения корректирующих и предупреждающих действий**

№ п/п	Несоответствие	Причина несоответствия	Мероприятие	Ответственное лицо	Срок выполнения	Отметка о выполнении	Отметка о результативности КД и ПД

Руководитель группы аудиторов: _____ «__» _____ 20__ г.

СОГЛАСОВАНО:

ПРК и СО Учреждения _____ «__» _____ 20__ г.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.22 из 46

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Форма отчета по аудиту

ОТЧЕТ О ВНУТРЕННЕМ АУДИТЕ № _____

УТВЕРЖДАЮ

ПРК и СО

«_____» _____ 20__ г.

Цель аудита _____

Основание проведения аудита _____

Критерии аудита _____

Руководитель группы аудиторов: _____

Аудиторы группы: _____

Количество наблюдений и несоответствий выявленных при аудите _____

Заключения по результатам аудита _____

Выводы по достижению целей аудита _____

Предложения по улучшениям, положительная практика в подразделениях _____

Приложения:

- 1) План внутреннего аудита № _____;
- 2) Заполненные опросные (контрольные) листы № _____;
- 3) Акты о несоответствиях/наблюдениях № _____ / _____ 17;
- 4) План корректирующих и предупреждающих действий.

Руководитель группы аудиторов _____

«_____» _____ 20__ г.

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.23 из 46

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Форма сводного отчета по внутренним аудитам

Утверждаю

Директор

_____ подпись Ф.И.О.

«___»_20 г.

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ

По внутренним аудитам СМК

Согласно утвержденной программе внутренних аудитов в (указывается период) было проведено (количество аудитов) подразделений (процессов СМК). По результатам проведенной проверки выданы акты о несоответствии/наблюдении в (количестве штук), составлен план мероприятий для проведения корректирующих и предупреждающих действий руководителям подразделений (процессов) и ответственным за их выполнение.

Из них:

Значительные –

Незначительные –

Наблюдения–

Элемент ISO9001	Подразделение (Процесс) дата	Описание несоответствия	Корректир. действия (коррекция)	Категория несоответст вия	Ответственный За выполнение	Срок устранения	Результат выполн. дата
1	2	3	4	5	6	7	8

Исполнитель:

_____ подпись Ф.И.О.

ПРК и СО _____

Ф.И.О.

подпись

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017 Экземпляр № 1 стр.24 из 46

ПРИЛОЖЕНИЕ К

**Примерный перечень вопросов для выявления степени соответствия деятельности Учреждения требованиям стандарта ISO 9001
(для использования в опросном (контрольном) листе)**

№	Пункт ISO 9001	ВОПРОСЫ
<i>4.1 Понимание организации и её организационной среды</i>		
1.	4.1	Определены ли внешние и внутренние факторы, относящиеся к ее намерениям и стратегическому направлению деятельности Организации, которые влияют на способность системы менеджмента качества (СМК) достигать запланированных результатов?
2.	4.1	Осуществляет ли Организация мониторинг и анализ информации, касающейся этих внешних и внутренних факторов?
<i>4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон</i>		
3.	4.2	Определены ли заинтересованные стороны и их требования, относящиеся к СМК?
4.	4.2	Осуществляет ли Организация мониторинг и анализ информации об этих заинтересованных сторонах и их требованиях?
<i>4.3 Определение области применения системы менеджмента качества</i>		
5.	4.3	Определены ли границы и применимость СМК?
6.	4.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии документированная информация об области применения СМК Организации?
7.	4.3	Включает ли область применения СМК Организации: • продукцию и услуги, охваченные СМК?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.25 из 46

8.	4.3	• обоснования исключений в случаях, когда требования не могут быть применены?
9.	4.3	Приняты ли при определении области применения СМК Организации во внимание: • внешние и внутренние аспекты (требование п. 4.1)?
10.	4.3	• требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?
11.	4.3	• продукция и услуги организации?
<i>4.4 Система менеджмента качества и её процессы</i>		
12.	4.4	Определены ли процессы, необходимые для системы менеджмента качества (СМК) и их взаимодействие?
13.	4.4	Определены ли: • требуемые входы и ожидаемые выходы процессов?
14.	4.4	• последовательность и взаимодействие процессов?
15.	4.4	• критерии, методы, включая измерения и связанные с ними индикаторы, необходимые для обеспечения результативного функционирования и управления процессами?
16.	4.4	• необходимые ресурсы и их доступность?
17.	4.4	• ответственность и полномочия для процессов?
18.	4.4	• риски и возможности (требование п. 6.1)?
19.	4.4	• методы мониторинга, измерений, оценки процессов (где это применимо) и внесения изменений в процессы?
20.	4.4	• возможности для улучшения процессов и СМК?
21.	4.4	Сохраняется ли документированная информация о процессах СМК?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.26 из 46

<i>5.1 Лидерство и приверженность</i>		
<i>5.2 Политика в области качества</i>		
<i>5.3 Организационные роли, ответственность и полномочия</i>		
22.	5.1.1	Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства в отношении СМК?
23.	5.1.2	Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства относительно ориентации на потребителя?
24.	5.2.1	Соответствует ли политика в области качества намерениям Организации и её организационной среде?
25.	5.2.1	Обеспечена ли в политике основа для установления целей в области качества?
26.	5.2.1	Включено ли в политику в области качества обязательство соответствовать применимым требованиям?
27.	5.2.1	Включено ли в политику в области качества обязательство постоянно улучшать СМК?
28.	5.2.2	Доступна ли политика в области качества в виде документированной информации?
29.	5.2.2	Обеспечено ли доведение политики в области качества до сведения персонала Организации?
30.	5.2.2	Имеются ли доказательства, что политика в области качества понимается персоналом?
31.	5.2.2	Имеются ли доказательства, что политика в области качества применяется в Организации?
32.	5.2.2	Имеются ли доказательства, что политика в области качества доступна для соответствующих заинтересованных сторон?
33.	5.3	Проведено ли распределение ответственности, полномочий в рамках СМК?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.27 из 46

<i>6.1 Действия в отношении рисков и возможностей</i>		
<i>6.2 Цели в области качества и планирование для их достижения</i>		
<i>6.3 Планирование изменений</i>		
34.	6.1.1	Учитываются ли при планировании СМК внешние и внутренние аспекты (требование п. 4.1) и требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?
35.	6.1.2	Осуществляется ли в Организации планирование: • действий по обращению с рисками и возможностями и способов их осуществления в рамках процессов СМК?
36.	6.1.2	• способов оценки результативности этих действий?
37.	6.2.1	Установлены ли цели в области качества для соответствующих функций, уровней и процессов?
38.	6.2.1	Оформлены ли цели в области качества в виде документированной информации?
39.	6.2.1	Согласуются ли цели в области качества с политикой в области качества?
40.	6.2.1	Являются ли цели в области качества измеримыми?
41.	6.2.1	Учитывают ли цели в области качества требования применимые к Организации?
42.	6.2.1	Содержат ли цели в области качества цели по соответствию продукции и услуг Организации, а также цели по повышению удовлетворенности потребителей?
43.	6.2.1	Осуществляется ли мониторинг и актуализация целей в области качества по мере необходимости?
44.	6.2.1	Обеспечено ли доведение целей в области качества до сведения персонала Организации?
45.	6.2.2	Определяются ли при планировании целей в области качества: • действия по выполнению?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.28 из 46

46.	6.2.2	• необходимые ресурсы?
47.	6.2.2	• ответственные лица?
48.	6.2.2	• сроки выполнения?
49.	6.2.2	• методы оценки результатов достижения?
50.	6.3	Учитываются ли при планировании и внедрении изменений в СМК цели изменений и любые потенциальные последствия?
51.	6.3	Обеспечена ли целостность СМК при планировании и внедрении изменений?
52.	6.3	Обеспечена ли доступность ресурсов для внедрения изменений?
53.	6.3	Обеспечено ли распределение и перераспределение ответственности и полномочий при планировании и внедрении изменений?
<i>7.1 Ресурсы</i>		
54.	7.1.1	Выделены ли необходимые ресурсы для разработки, внедрения и постоянного улучшения СМК?
55.	7.1.1	Рассмотрены ли Организацией возможности и ограничения, связанные с существующим внутренним ресурсам?
56.	7.1.1	Рассмотрены ли Организацией необходимые ресурсы от внешних поставщиков?
57.	7.1.2	Обеспечена ли Организация всем необходимым персоналом для результативного функционирования СМК и процессов?
58.	7.1.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии инфраструктура, необходимая для функционирования процессов в целях достижения соответствия продукции и услуг?
59.	7.1.4	Управляет ли Организация факторами среды, необходимой для функционирования процессов в целях достижения соответствия продукции и услуг?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.29 из 46

60.	7.1.5	Определены ли ресурсы, необходимые для обеспечения действительных и надежных результатов мониторинга и измерений?
61.	7.1.5	Сохраняется ли документированная информация, свидетельствующая о соответствии ресурсов для мониторинга и измерений их назначению?
62.	7.1.5	Поверены (откалиброваны) ли средства измерений через установленные периоды или перед применением в соответствии с национальными или международными стандартами?
63.	7.1.5	Зарегистрирована/задокументирована ли база для поверки/калибровки в случае отсутствия таких стандартов?
64.	7.1.5	Идентифицируются ли средства измерений и испытательное оборудование с целью установления статуса поверки (калибровки, аттестации)?
65.	7.1.5	Защищены ли средства измерений и испытательное оборудование от регулировок, повреждения и ухудшения состояния, которые могли бы сделать недействительным статус калибровки и последующие результаты измерений?
66.	7.1.5	Оценивается ли правомочность предыдущих измерений, если обнаружен дефект средства измерений или испытательного оборудования в течение плановой поверки (калибровки) или в ходе использования?
67.	7.1.5	Предпринимаются ли соответствующие действия в отношении такого оборудования?
68. 7	7.1.6	Определила ли Организация и поддерживает в рабочем состоянии организационные знания, необходимые для функционирования процессов и достижения соответствия продукции и услуг?
69.	7.1.6	Управляет ли Организация текущими знаниями и определяет ли потребность в получении дополнительных знаний?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.30 из 46

7.2 Компетентность 7.3 Осведомленность 7.4 Коммуникации		
70.	7.2	Установлены ли требования к необходимой квалификации и компетентности персонала, выполняющего работу, находящуюся под управлением организации, которые оказывают влияние на функционирование и результативность СМК?
71.	7.2	Определены ли для персонала требования к: • образованию?
72.	7.2	• подготовке?
73.	7.2	• практическому опыту?
74.	7.2	Определена ли потребность в подготовке и повышении квалификации персонала?
75.	7.2	Обеспечивается ли подготовка или предпринимаются иные действия по получению необходимой компетентности?
76.	7.2	Проводится ли оценка результативности проводимой подготовки и повышения квалификации?
77.	7.2	Сохраняется ли документированная информация о соответствующем образовании, подготовке и опыте персонала?
78.	7.3	Осведомлен ли персонал о:
79.	7.3	• политике в области качества?
80.	7.3	• целях в области качества?
81.	7.3	• своем вкладе в результативность СМК, включая пользу от улучшения результатов деятельности?
82.	7.3	• последствиях несоблюдения требований СМК?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017 Экземпляр № 1 стр.31 из 46

83.	7.4	Определена ли Организацией потребность во внешних и внутренних коммуникациях, относящихся к СМК?
84.	7.4	Включает ли информация о коммуникациях - содержание/тему, время, участников и методы коммуникаций?
<i>7.5 Документирования информация</i>		
85.	7.5.1	Включена ли в СМК вся необходимая документированная информация СМК?
86.	7.5.2	Определена ли система идентификации и описания документированной информации?
87.	7.5.2	Определен ли формат и носитель?
88.	7.5.2	Обеспечен ли анализ и одобрение документированной информации при её разработке и актуализации на пригодность и адекватность?
89.	7.5.3	Обеспечена ли доступность документированной информации для пользователей, где и когда она необходима?
90.	7.5.3	Обеспечена ли защита документированной информации от несоблюдения конфиденциальности, неподходящего использования, потери целостности?
91.	7.5.3	Установлен ли порядок: • распределения, обеспечения доступа, обеспечения поиска/восстановления и использования документированной информации?
92.	7.5.3	• хранения и сохранности, включая сохранение разборчивости, документированной информации?
93.	7.5.3	• управления изменениями документированной информации?
94.	7.5.3	• сохранения и изъятия документированной документации?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.32 из 46

95.	7.5.3	Соблюдается ли порядок идентификации и управления документами внешнего происхождения, определенных организацией как необходимых для планирования и функционирования СМК?
<i>8.1 Планирование и управление операциями</i>		
96.	8.1	Осуществляет ли Организация планирование, внедрение и управление процессами, необходимыми для выполнения требований к предоставлению продукции и услуг?
97.	8.1	Определяются ли при планировании предоставления продукции и услуг: • требования к продукции и услуга?
98.	8.1	• критерии для процессов и для приемки продукции и услуг?
99.	8.1	• ресурсы, необходимые для достижения соответствия требованиям к продукции и услугам?
100.	8.1	• внедрение управления процессами в соответствии с установленными критериями?
101.	8.1	• необходимая документированная информация?
102.	8.1	Имеются ли выходные данные планирования?
103.	8.1	Управляет ли организация планируемыми изменениями и анализирует ли последствия непредвиденных изменений?
104.	8.1	Предпринимаются ли меры для смягчения негативных последствий таких изменений?
<i>8.2 Определение требований к продукции услугам</i>		
105.	8.2.1	Определила ли Организация порядок связи с потребителями?
106.	8.2.1	Охватывает ли связь с потребителем вопросы, касающиеся: • информации о продукции и услугах?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.33 из 46

107.	8.2.1	• обработки запросов, контрактов или заказов, включая их изменения?
108.	8.2.1	• получения отзывов о продукции и услугах, включая претензии?
109.	8.2.1	• управления или обращения с собственностью потребителей (если применимо)?
110.	8.2.1	• особых требований для действий в непредвиденных обстоятельствах (где применимо)?
111.	8.2.2	Определяются ли Организацией: • требования к продукции и услугам (включая признанные необходимыми самой Организацией)?
112.	8.2.2	• применимые законодательные и регулирующие требования, относящиеся к продукции и услугам?
113.	8.2.2	Гарантирует ли процесс анализа требований способность Организации выполнить установленные требования к продукции и услугам?
114.	8.2.3	Гарантирует ли процесс анализа то, что: • требования, установленные потребителем, включая деятельность по поставке и после поставки, определены?
115.	8.2.3	• требования, не установленные потребителями, но необходимые для конкретного или предполагаемого использования потребителем, определены?
116.	8.2.3	• дополнительные законодательные и регулирующие требования, применимые к продукции и услугам, определены?
117.	8.2.3	• контрактные требования или требования заказа, отличающиеся от ранее сформулированных, согласованы?
118.	8.2.3	Определен ли порядок действий в случаях, когда потребитель не представил свои требования в документированном виде?
119.	8.2.3	Сохраняется ли документированная информация о результатах анализа?
120.	8.2.4	Актуализируется ли документированная информация при изменении требований к продукции?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017 Экземпляр № 1 стр.34 из 46

121.	8.2.4	Информируется ли соответствующий персонал о таких изменениях?
<i>8.3 Проектирование и разработка продукции и услуг</i>		
122.	8.3.1	Разработан, внедрен и поддерживается ли в рабочем состоянии процесс проектирования и разработки?
123.	8.3.2	Учитываются ли при определении этапов проектирования и разработки и методов управления: • характер, длительность и сложность деятельности по проектированию и разработке?
124.	8.3.2	• требуемые стадии процесса, включая анализ проектирования и разработки?
125.	8.3.2	• действия в отношении верификации и валидации?
126.	8.3.2	• ответственность и полномочия?
127.	8.3.2	• необходимые внутренние и внешние ресурсы?
128.	8.3.2	• необходимость в управлении взаимодействиями между различными сторонами в процессе проектирования?
129.	8.3.2	• необходимость во вовлечении потребителя и пользователей в процесс проектирования?
130.	8.3.2	• требования для последующего производства продукции и услуг?
131.	8.3.2	• уровень управления процессом проектирования и разработки, ожидаемый потребителями и другими заинтересованными сторонами?
132.	8.3.2	• необходимая документированная информация по процессу проектирования?
133.	8.3.3	Учтены ли при определении входных данных: • функциональные и эксплуатационные требования?
134.	8.3.3	• информацию, полученную из предыдущей аналогичной деятельности по проектированию и разработке?
135.	8.3.3	• применимые законодательные и регулирующие требования?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.35 из 46

136.	8.3.3	• стандарты или своды практик, которые Организация обязалась применять?
137.	8.3.3	• необходимые внутренние и внешние ресурсы?
138.	8.3.3	• потенциальные последствия отказов, связанных со свойствами продукции и услуг?
139.	8.3.3	Проводится ли анализ входных данных на адекватность целям проектирования и разработки?
140.	8.3.3	Сохраняется ли документированная информация по входным данным проектирования и разработки?
141.	8.3.4	Гарантируют ли средства, применяемые для управления проектированием и разработкой, что: • результаты проектирования и разработки определены?
142.	8.3.4	• анализ проектирования и разработки проводится?
143.	8.3.4	• верификация проекта и разработки проводится?
144.	8.3.4	• валидация проекта и разработки проводится?
145.	8.3.4	• предпринимаются необходимые действия по проблемам, выявленным в ходе анализа, верификации и валидации?
146.	8.3.4	• сохраняется документированная информация по этим действиям?
147.	8.3.5	Обеспечено ли что выходные данные соответствуют входным данным?
148.	8.3.5	Являются ли выходные данные достаточными для последующих процессов предоставления продукции и услуг?
149.	8.3.5	Включают ли выходные данные требования к мониторингу, измерениям и критериям приемки или ссылки на них?
150.	8.3.5	Обеспечивают ли выходные данные, что продукция, которая будет производиться, или услуги, которые будут оказываться, будут пригодны

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.36 из 46

151.	8.3.5	Определяют ли выходные данные характеристики продукции и услуги, которые имеют важное значение для их предназначения, безопасности и надлежащего предоставления?
152.	8.3.5	Сохраняется ли документированная информация по выходным данным?
153.	8.3.6	Идентифицируются ли изменения во входных и выходных проекта и разработки в ходе проекта или впоследствии?
154.	8.3.6	Анализируются ли изменения во входных и выходных проекта и разработки в объеме, обеспечивающем отсутствие нежелательного воздействия на соответствие требованиям?
155.	8.3.6	Сохраняется ли документированная информация об изменениях в процессе проектирования и разработки?
<i>8.4 Управление продукцией и услугами, предоставляемыми извне</i>		
156.	8.4.1	Предоставляются ли Организации процессы, продукцию или услуги извне?
157.	8.4.1	Определены ли требования для управления процессами, продукцией и услугами, предоставляемыми внешними поставщиками в следующих случаях: • продукция и услуги от внешних поставщиков предназначены для включения в состав продукции и услуги самой организации?
158.	8.4.1	• продукция и услуги поставляются внешними поставщиками напрямую потребителю от имени организации?
159.	8.4.1	• процесс или его часть выполняется внешним поставщиком по решению организации?
160.	8.4.1	Определены и применяются ли критерии для оценки, выбора, мониторинга функционирования и повторной оценки внешних поставщиков?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.37 из 46

161.	8.4.1	Сохраняется ли документированная информация ооb этих действиях?
162.	8.4.2	Определены ли вид и степень управления, включая методы контроля, внешними поставками процессов, продукции и услуг?
163.	8.4.2	Осуществляет ли Организация верификацию или другие виды деятельности в отношении процессов, продукции и услуг, предоставляемых извне?
164.	8.4.3	Сообщает ли Организация внешним поставщикам требования: • к предоставляемым продукции, услугам и процессам?
165.	8.4.3	• по одобрению продукции, услуг; методов, процессов или оборудования; выпуску продукции и услуги?
166.	8.4.3	• к компетентности персонала?
167.	8.4.3	• по взаимодействию внешнего поставщика с организацией?
168.	8.4.3	• по управлению и мониторингу функционирования внешнего поставщика?
169.	8.4.3	• к деятельности по верификации или валидации на его территории?
170.	8.4.3	Проверяются ли установленные требования к внешнему поставщику на адекватность до их сообщения ему?
8.5 Производство продукции и оказание услуг		
171.	8.5.1	Включают ли управляемые условия производства и оказания услуг: • доступность документированной информации, определяющей характеристики продукции и услуг или осуществляемой деятельности;
172.	8.5.1	• результаты, которые должны быть достигнуты?
173.	8.5.1	• доступность и применение подходящих ресурсов для мониторинга и измерений?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.38 из 46

174.	8.5.1	• деятельность по мониторингу и измерениям на соответствующих этапах?
175.	8.5.1	• использование соответствующей инфраструктуры и среды?
176.	8.5.1	• назначение компетентного персонала, включая персонал с требуемой квалификацией?
177.	8.5.1	• валидацию и периодическую повторную валидацию способности любых процессов производства и оказания услуг достигать запланированных результатов в тех случаях, когда выходы не могут быть верифицированы посредством последовательного мониторинга и измерений?
178.	8.5.1	• предотвращение ошибок, связанных с человеческим фактором?
179.	8.5.1	• осуществление выпуска, поставки и действий после поставки?
180.	8.5.2	Осуществляется ли идентификация выходов процессов там, где необходимо обеспечить соответствие продукции и услуг?
181.	8.5.2	Осуществляется ли идентификация статуса выходов процессов с учетом требований к мониторингу и измерениям в ходе всего производства и оказания услуг?
182.	8.5.2	Сохраняется ли документированная информация по идентификации выходов процессов для выполнения требований к прослеживаемости?
183.	8.5.3	Обеспечивается ли сохранность собственности потребителя или внешнего поставщика, предоставленной для использования или включения в продукцию и услуги?
184.	8.5.3	Обеспечивается ли идентификация, верификация, сохранность и защита собственности потребителя или внешнего поставщика, предоставленной для использования или включения в продукцию и услуги?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017 Экземпляр № 1 стр.39 из 46

185.	8.5.3	Извещается ли потребитель или внешний поставщик обо всех случаях, связанных с утратой, повреждением или признанием непригодной для использования собственности потребителя/внешнего поставщика?
186.	8.5.4	Выполняются ли мероприятия по сохранению соответствия выходов процессов во время производства продукции и предоставления услуг?
187.	8.5.5	Определила ли Организация, объем действий после поставки с учетом рассмотрения следующего: • законодательные и нормативные требования?
188.	8.5.5	• потенциальные нежелательные последствия, связанные с ее продукцией и услугами?
189.	8.5.5	• характер использования и предполагаемый срок эксплуатации продукции и услуг?
190.	8.5.5	• требования потребителей, включая обратную связь?
191.	8.5.6	Установлен и выполняется анализ и управление изменениями в производстве или предоставления услуг необходимыми для обеспечения соответствия требованиям?
192.	8.5.6	Сохраняется ли документированная информация о результатах анализа изменений, об одобренном изменении персонала, о любых необходимых действиях?
8.6 Выпуск продукции и услуг		
193.	8.6	Осуществляются ли на соответствующих этапах запланированные мероприятия с целью верификации соблюдения требований к продукции и услугам?
194.	8.6	Осуществляются ли все запланированные мероприятия по верификации соответствия до момента выпуска продукции и услуг?
195.	8.6	Сохраняются ли свидетельства соответствия критериям приемки?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.40 из 46

196.	8.6	Предоставляет ли документированная информация возможность проследить лицо, одобрявшее выпуск продукции и услуги, поставляемой потребителю?
<i>8.7 Управление несоответствующими выходами процессов, продукции и услугами</i>		
197.	8.7	Идентифицируются ли несоответствующие требованиям выходы процессов, продукции и услуги, с целью предотвращения их непреднамеренного использования или поставки?
198.	8.7	Предпринимаются ли соответствующие действия к несоответствующим продукции и услугам, в том числе обнаруженным после поставки или оказания?
199.	8.7	Осуществляются ли следующие действия с несоответствующими выходами, продукцией и услугами: • коррекция?
200.	8.7	• отделение, ограничение распространения, возврат, приостановка поставки?
201.	8.7	• информирование потребителя?
202.	8.7	• получение разрешения на отклонение?
203.	8.7	Подвергаются ли повторной верификации исправленные несоответствующие выходы процессов, продукции и услуги?
204.	8.7	Сохраняется ли документированная информация о действиях, предпринятых с несоответствующими выходами процессов, продукции и услугами, включая • описание несоответствия?
205.	8.7	• описание предпринятых действий?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.41 из 46

206.	8.7	• описание полученного разрешения на отклонение?
207.	8.7	• указание лица, принимавшего решение о действии в отношении несоответствия?
<i>9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценка</i>		
208.	9.1.1	Установлены ли Организацией требования к деятельности по мониторингу и измерениям?
209.	9.1.1	Сохраняется документированная информация, свидетельствующая о выполнении требований по мониторингу и измерениям?
210.	9.1.2	Проводится ли мониторинг информации, касающейся восприятием потребителями степени удовлетворения организацией их потребностей и ожиданий?
211.	9.1.2	Определены ли методы получения и использования информации об удовлетворенности потребителей?
212.	9.1.3	Проводится ли анализ и оценка данных и информации, получаемых в ходе мониторинга, измерений?
<i>9.2 Внутренний аудит</i>		
213.	9.2.1	Проводятся ли внутренние аудиты СМК?
214.	9.2.2	Проводятся ли внутренние аудиты СМК через запланированные интервалы времени?
215.	9.2.2	Включает ли программа аудитов СМК требования к периодичности, методам, ответственности, планированию и отчетности?
216.	9.2.2	Учитывается ли при планировании аудитов: цели в области качества, важность процессов, обратная связь от потребителей, произошедшие изменения, а также результаты предыдущих аудитов?
217.	9.2.2	Определены ли критерии и область применения аудитов?
218.	9.2.2	Являются ли аудиторы объективными и беспристрастными?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1 стр.42 из 46

219.	9.2.2	Доводятся ли результаты аудитов до соответствующих руководителей?
220.	9.2.2	Своевременно ли осуществляются коррекция и корректирующие действия по результатам аудитов?
221.	9.2.2	Сохраняется ли документированная информация по результатам аудитов?
<i>9.3 Анализ со стороны руководства</i>		
222.	9.3.1	Проводится ли периодический анализ СМК со стороны руководства?
223.	9.3.1	Планируется и проводится ли анализ со стороны руководства с учетом: • статуса выполнения мероприятий по результатам предыдущих анализов со стороны руководства?
224.	9.3.1	• изменившихся внешних и внутренних факторов, относящихся к СМК?
225.	9.3.1	• достаточности ресурсов, результативности действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей?
226.	9.3.1	• потенциальных возможностей для улучшения СМК?
227.	9.3.1	• информации о показателях работы и результативности СМК, включая удовлетворённость потребителей и обратная связь от других важных заинтересованных сторон?
228.	9.3.1	• степени достижения целей в области качества?
229.	9.3.1	• функционирование процессов и соответствие продукции и услуг?
230.	9.3.1	• несоответствия и корректирующие действия?
231.	9.3.1	• результаты мониторинга и измерений?
232.	9.3.1	• результаты аудитов?
233.	9.3.1	• результаты работы внешних поставщиков?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017

Экземпляр № 1

стр.43 из 46

234.	9.3.2	Включают ли выходные данные анализы со стороны руководства: • действия по улучшения?
235.	9.3.2	• определение потребности в изменениях в СМК, включая потребность в ресурсах?
236.	9.3.2	Сохраняется документированная информация о проведенных анализах со стороны руководства?
<i>10 Улучшение</i>		
237.	10.1	Определяет ли Организация возможности для улучшения и осуществляет действия по улучшению, включая: • улучшение продукции и услуг для удовлетворения требований, а также учета будущих потребностей и ожиданий?
238.	10.1	• коррекцию, предупреждению или снижение влияния нежелательных воздействий?
239.	10.1	• улучшение показателей работы и повышение результативности СМК?
240.	10.2.1	Включает ли реагирование Организации на несоответствие: • действия по контролю и коррекции несоответствий?
241.	10.2.1	• действия по устранению последствий, вызванных несоответствием?
242.	10.2.1	Проводится ли: • анализ несоответствия?
243.	10.2.1	• определение причин несоответствия?
244.	10.2.1	• определение наличия или возможности появления аналогичных несоответствий?
245.	10.2.1	• осуществление необходимых действий?
246.	10.2.1	• анализ результативности предпринятых действий?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»**

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

СМК ДП – 03-2017 Экземпляр № 1 стр.44 из 46

247.	10.2.1	• актуализацию информации о рисках и возможностях, определенных при планировании?
248.	10.2.1	• внесение изменений в СМК, при необходимости?
249.	10.2.1	Являются ли корректирующие действия соответствующими последствиям несоответствия?
250.	10.2.2	Сохраняется ли документированная информация о выявленных несоответствиях, предпринимаемых действиях и результативности этих действий?
251.	10.3	Имеются ли свидетельства постоянного улучшения пригодности, адекватности и результативности СМК?
252.	10.3	Определяет ли Организация по результатам рассмотрения, что имеются ли потребности или возможности, требующие рассмотрения в качестве мер по постоянному улучшению?

**Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения
Свердловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
Тавдинского района»
Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»**

СМК ДП – 03-2017 Экземпляр № 1 стр.45 из 46

Лист регистрации изменений

№ из- ме- не- ния	Номера листов (страниц)			№ документа- основания	Подпись	Дата	Срок введения изменения
	замене- нных	новых	аннули- рованных				

Документированная процедура «Внутренние аудиты СМК»

Экземпляр № 1 стр.46 из 46

Лист регистрации ознакомления

[illegible]