



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.1 из 38



УТВЕРЖДАЮ
Директор ГАУ
«КЦСОН г. Березовского»
Насимова Р.М.
21 ноября 2018 г.

**РУКОВОДСТВО УЧРЕЖДЕНИЯ
ПО ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

ДИ Р ВА СМК - 02 - 2018

г. Березовский
2018 г.



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.2 из 39

Содержание

1.	Цели	3
2.	Область применения	3
3.	Нормативные ссылки	3 – 4
4.	Термины, определения, сокращения	4
5.	Общие положения	4
6.	Управление процессом внутренних аудитов	5
7.	Планирование внутренних аудитов	5 – 6
8.	Подготовка к проведению внутренних аудитов	6 – 8
9.	Проведение внутреннего аудита	8 – 11
10.	Оформление результатов внутреннего аудита	11– 12
11.	Деятельность после внутреннего аудита	12
12.	Хранение отчетных документов	12
13.	Анализ данных и измерение процесса	13
14.	Управление рисками в процессе внутренних аудитов	12 – 13
15.	Приложение 1. Программа внутренних аудитов СМК	14
16.	Приложение 2. Приказ о проведении внутреннего аудита СМК	15 – 16
17.	Приложение 3. План внутреннего аудита СМК. Приложение к плану.	17 – 18
18.	Приложение 4. План для проведения вступительного совещания	19
19.	Приложение 5. Опросный лист для проведения внутренних аудитов в Учреждении на соответствие требованиям стандарта ИСО 9001:2015	20 – 30
20.	Приложение 6. Акт о несоответствии / наблюдении и корректирующих действиях по итогам внутреннего аудита	31
21.	Приложение 7. Акт проведения внутреннего аудита СМК	32
22.	Приложение 8. План для проведения заключительного совещания	33
23.	Приложение 9. Сводный отчет по внутренним аудитам СМК учреждения	34
24.	Приложение 10. План корректирующих мероприятий по устранению несоответствий	35
25.	Лист согласования	36
26.	Лист регистрации изменений	37
27.	Лист ознакомления	38



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.3 из 39

1. Цели.

Настоящее Руководство устанавливает порядок и правила проведения внутренних аудитов СМК Учреждения.

Основными целями внутренних аудитов системы менеджмента качества являются:

- определение степени соответствия СМК требованиям международного стандарта ISO 9001, внутренних нормативных документов, Политике в области качества, целям и задачам в области качества;
- определение результативности процессов СМК (оценка показателей результативности процесса, например: % выполнения государственного задания по оказанию социальных услуг; полнота предоставления социальной услуги в соответствии с требованиями нормативных документов и ее своевременность);
- определение направления совершенствования СМК (включая выработку комплекса мер корректирующего характера и действий в отношении рисков и возможностей по результатам внутренних и внешних аудитов и контроль их эффективности);
- определение степени соответствия деятельности, процессов и услуги требованиям и процедурам СМК;
- определение способности СМК обеспечить соответствие законодательным, договорным и другим требованиям, которые учреждение обязуется выполнять;
- оценка результативности СМК в достижении конкретных целей (например, оценка показателей, характеризующих удовлетворенность качеством оказания услуг: доля получателей социальных услуг, удовлетворенных условиями предоставления социальных услуг от числа опрошенных и др.);
- установление того, что СМК внедрена, результативна и поддерживается в рабочем состоянии;
- выявление сильных и слабых сторон СМК для определения направлений, возможностей и путей постоянного улучшения и совершенствования СМК;
- проверки выполнения и оценки эффективности корректирующих мероприятий по результатам внутренних аудитов и действий в отношении рисков.

2. Область применения.

Настоящее Руководство описывает цели и методы проведения внутренних аудитов системы менеджмента качества, распределение ответственности и полномочий внутри процесса, а также критерии оценки результативности деятельности в рамках этого процесса.

Положения настоящего Руководства применимы в деятельности при планировании, подготовке и проведении внутренних аудитов в Учреждении.

Действия настоящего Руководства распространяются на сотрудников Министерства и Учреждения, участвующих в проведении внутренних аудитов СМК.

Руководство обязательно для применения всеми структурными подразделениями Учреждения.

3. Нормативные ссылки.

Настоящее Руководство разработано в соответствии с требованиями следующих нормативных документов:

- ISO 9000 – Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.4 из 39

- ISO 9001 – Системы менеджмента качества. Требования.
- ISO 9004 – Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества.
- ISO 19011 – Руководящие указания по аудиту систем менеджмента.
- IAFMD1:2007. Обязательный документ IAF о сертификации Многоточечных площадок.
- ДИ Р СМК 01 – 2018

4. Термины, определения, сокращения.

В настоящем Руководстве используются термины и определения, приведенные в стандарте ISO 9000.

Таблица 1 - Сокращения и их полные наименования.

Сокращение	Полное наименование
ИС СОН	Информационная система социального обслуживания населения (Свердловской области)
ПРКи СО	Представитель руководства по качеству и социальной ответственности
СМК	Система менеджмента качества

5. Общеположения.

Руководство определяет:

- порядок организации деятельности по планированию и проведению внутренних аудитов, а также взаимодействие сотрудников в рамках процесса предоставления социальных услуг Свердловской области;
- содержание и последовательность этапов проведения внутренних аудитов, требования к их выполнению;
- требования к компетентности внутренних аудиторов;
- требования к оформлению результатов деятельности в рамках процесса;
- требования к анализу полученных результатов;
- требования к хранению отчетных документов;
- распределение ответственности персонала.

Внутренний аудит - процесс регулярного выборочного контроля за деятельностью того или иного подразделения и/или процесса в рамках СМК, инициируемого руководством Учреждения и проводимого силами Учреждения и Министерства.

Основанием для инициирования внутреннего аудита является:

- Программа внутренних аудитов СМК учреждения на год;
- изменения в процессах СМК и внешних требованиях, регулирующих деятельность учреждения;
- несоответствия, выявленные в повседневной деятельности и при внешних аудитах.



6. Управление процессом внутренних аудитов.

Этапы управления процессом проведения внутренних аудитов СМК и распределение обязанностей в рамках этой деятельности представлены на **рисунке 1**.

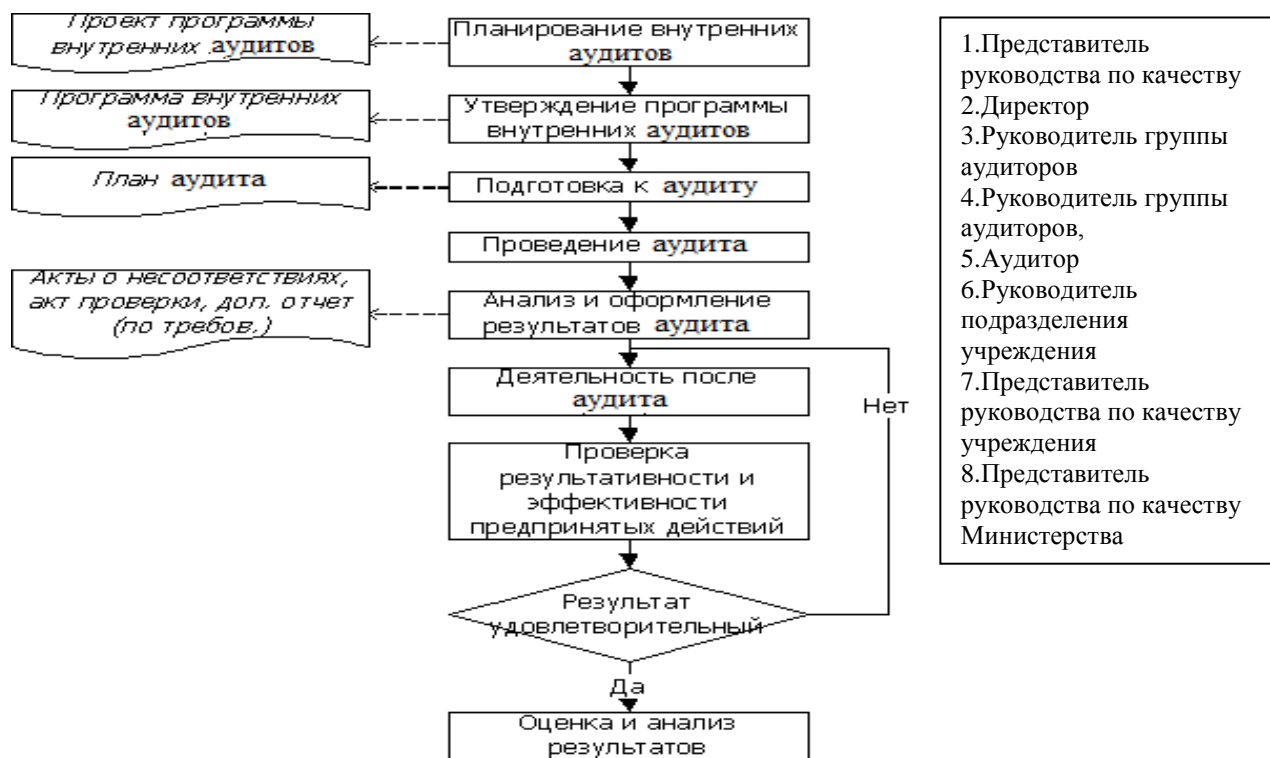


Рис. 1.

7. Планирование внутренних аудитов.

Проведение плановых аудитов осуществляется в соответствии с Программой внутренних аудитов СМК учреждения, которая составляется на один календарный год. Форма Программы внутренних аудитов СМК приведена в **Приложении 1**.

При составлении Программы внутренних аудитов СМК учитываются место и важность процессов, предполагаемых к проверке, результаты анализа деятельности Учреждения за прошедший год со стороны руководства, данные систематического мониторинга функционирования процессов СМК, а также любая значимая для целей аудита информация от получателей социальных услуг и других заинтересованных сторон.

При этом каждое подразделение Учреждения, должно проверяться посредством внутренних аудитов через запланированные интервалы времени.

Ответственность за общее руководство разработкой и согласованием Программы внутренних аудитов лежит на ПРК.

Программа внутренних аудитов согласовывается с руководителями проверяемых



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.6 из 39

подразделений.

Программа внутренних аудитов утверждается Директором Учреждения. После утверждения Программы её электронный экземпляр размещается в ИС СОН.

В особых случаях возможно проведение внеплановых аудитов, предпосылками к чему могут быть:

- существенное изменение нормативной документации по предоставляемым учреждением услугам;
- после выполнения корректирующих действий и действий в отношении рисков.

8. Подготовка к проведению внутренних аудитов.

При подготовке к проведению аудита ПРК и СО:

- формулирует задачи и область аудита;
- формирует группу аудиторов по проведению аудита;
- составляет План внутреннего аудита;
- подготавливает Приказ о проведении аудита.

Основанием к подготовке проведения планового аудита является утвержденный Приказ о проведении аудита и План внутреннего аудита.

ПРК и СО готовит Приказ на проведение внутреннего аудита СМК, в который включает список группы аудиторов с указанием руководителя группы аудиторов и срок проведения аудита. Приказ подписывает Директор учреждения. Форма **Приказа о проведении внутреннего аудита СМК** приведена в **Приложении 2** (в него входит сам Приказ, лист согласования, лист ознакомления). Утвержденный Приказ о проведении внутреннего аудита рассылается для ознакомления руководителям учреждения включенных в план проверки.

План внутреннего аудита СМК определяет цели, сроки, объект и объем аудита, область аудита, методы проведения аудита (аудит документации, аудит на рабочих местах и т.д.), состав проверяемых требований, состав группы аудиторов, ответственность и полномочия ее членов, форму отчетности по аудиту, своевременное информирование руководства о результатах, выполнение коррекций и корректирующих действий, документирование аудита. Объем аудита определяется, исходя из целей аудита. Форма **Плана внутреннего аудита СМК** приведена в **Приложении 3**.

Руководитель группы аудиторов и члены аудиторской группы выбираются из утвержденного перечня внутренних аудиторов в соответствии с их областью компетентности и с учетом обеспечения независимости от проверяемой деятельности.

Ответственность за подготовку и проведение внутренних аудитов несет Руководитель группы аудиторов.

План внутреннего аудита, подписанный Руководителем группы аудиторов, направляется руководителям проверяемых подразделений, перечень которых определен в Плане аудита, не позднее 5 дней до начала аудита. В случае согласия с планом Руководители проверяемых подразделений подписывают его. Подписанный Руководителем группы аудиторов и руководителями проверяемых подразделений План утверждается ПРК.

Руководители проверяемых подразделений, получив План внутреннего аудита, информируют сотрудников подразделений о предстоящем аудите.

Руководитель группы аудиторов в ходе подготовки знакомит членов группы аудита с Планом аудита, определяет ответственность и объект проверки каждого члена группы в рамках аудита.



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.7 из 39

8.1. Требования к компетентности внутренних аудиторов.

Внутренние аудиторы официально назначаются **Приказом по Учреждению** на осуществление этой деятельности.

Для обеспечения беспристрастности, объективности и независимости принимаемых решений в состав группы аудиторов включаются сотрудники Учреждения, которые не несут ответственности за проверяемый объект (деятельность подразделения и/или функционирование и реализация процесса).

Члены группы аудита должны пройти соответствующую подготовку и удовлетворять следующим критериям компетентности для проведения внутренних аудитов:

1. Принципы, процедуры и методы аудита:

- применять принципы, процедуры и методы аудита;
- результативно планировать и организовывать работу;
- проводить аудит в течение согласованного времени;
- устанавливать приоритеты и концентрироваться на важных вопросах;
- собирать информацию посредством результативного опроса, наблюдений и анализа документов, записей и данных;
- понимать и принимать во внимание мнения экспертов;
- понимать применимость и последствия использования метода выборки в ходе аудита;
- проверять соответствие и точность собранной информации;
- подтверждать достаточность и пригодность свидетельств аудита для обоснования несоответствий и наблюдений аудита и заключений по результатам аудита;
- оценивать те факторы, которые влияют на достоверность несоответствий и наблюдений аудита и заключений по результатам аудита;
- использовать рабочие документы для записей в ходе мероприятий аудита;
- документировать несоответствия и наблюдения аудита и подготавливать соответствующие отчеты по аудиту;
- обеспечивать конфиденциальность и защиту информации, данных, документов и записей;
- результативно обмениваться информацией, устной или письменной;
- понимать типы рисков, связанных с процессом проведения аудита;

2. Проведение аудитов:

- знать процедуру определения продолжительности аудита и применения выборки;
- знать условия сертификации;
- знать процедуру формирования группы аудиторов;
- знать критерии классификации несоответствий, применимых в учреждении;
- знать процедуру проведения вступительного и заключительного совещания;
- знать процедуру касательно действий с выявленными несоответствиями;
- знать процедуру управления жалобами;
- знать процедуру принятия решения по результатам сертификации;
- знать этические и моральные нормы;
- знать организационную структуру, функции подразделений, взаимодействие подразделений учреждения.



3. Специальные стандарты:

Знания в области:

- стандартов ISO 9000, ISO 9001, ISO 19011 и других применимых соответствующих стандартов системы менеджмента качества и прочих нормативных документов;
- взаимодействие между элементами стандартов системы менеджмента качества и прочими документами.

Руководитель группы аудиторов должен дополнительно обладать следующими компетенциями для результативного управления аудитом:

- быть способным уравнивать сильные и слабые стороны отдельных членов аудиторской группы;
- быть способным создавать гармоничную рабочую атмосферу среди членов аудиторской группы;
- быть способным управлять процессом аудита, что включает:
 - ✓ планирование аудита и результативное использование ресурсов во время аудита;
 - ✓ охрану труда членов аудиторской группы в ходе аудита, включая гарантию соответствия аудиторов требованиям по охране труда и безопасности;
- организация и управление членами аудиторской группы;
- обеспечение управления и руководства аудиторами-стажерами;
- предупреждение и разрешение конфликтов, если необходимо;
- быть способным представлять аудиторскую группу при взаимодействии с проверяемым подразделением;
- руководить аудиторской группой при вынесении заключений по результатам аудита;
- подготавливать и оформлять отчет по аудиту;
- проводить вступительное и заключительное совещание и представлять результаты аудита.

Для достижения требуемого уровня компетентности внутренние аудиторы учреждения проходят обучение в специализированных учебных центрах с получением свидетельств о прохождении обучения. Копии свидетельств о прохождении обучения хранятся в личных делах обученных сотрудников.

Ответственность за выявление потребностей в подготовке и обеспечение компетентности внутренних аудиторов несет ПРК.

9. Проведение внутреннего аудита.

Внутренний аудит СМК начинается с проведения вступительного совещания. Форма **Плана вступительного совещания** приведена в **Приложении 4**.

Целью вступительного совещания является доведение до сведения сотрудников: критериев аудита, его целей, методов проведения проверки (опрос, изучение (анализ) документации, наблюдение за протеканием процесса).

На вступительном совещании присутствуют: ПРК и СО, руководитель группы аудиторов, аудиторы, руководители Учреждения проверяемых подразделений.

Руководитель группы аудиторов ведет вступительное совещание, на котором представляется группа аудиторов, излагаются цели и задачи внутреннего аудита, его объем, методы проведения, а также каналы взаимодействия между группой аудиторов и проверяемыми подразделениями. Группа аудиторов в соответствии с утвержденной датой



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.9 из 39

и Планом проверяет деятельность подразделения и/или процесса.

В ходе аудита, используя различные методы сбора информации, внутренние аудиторы собирают свидетельства аудита, ведут записи своих наблюдений, точно фиксируя факты, указывающие на возможное несоответствие.

Аудит проводится путем сбора и анализа фактических данных и фиксирования записей (свидетельств аудита) в опросном листе. Форма **Опросного листа** для проведения внутреннего аудита в Учреждении приведена в **Приложении 5**.

В ходе проведения аудита группа аудиторов из Опросного листа выбирает вопросы, которые относятся к деятельности конкретного подразделения в соответствии с пунктами стандарта ISO 9001, представленными в плане проведения внутренних аудитов для этих подразделений. Записи заносятся в Опросный лист в колонку «**Подтверждения**». Если вопрос аудитора не понятен, то необходимо его перефразировать в соответствии со спецификой проверяемого подразделения.

При проведении внутреннего аудита аудиторы обязаны руководствоваться требованиями к компетентности внутренних аудиторов, соблюдая принципы объективности и беспристрастности.

В ходе проведения проверки руководитель подразделения должен предоставить аудиторам все необходимые запрашиваемые документы.

Проверка документации СМК и записей выполняется посредством определения соответствия фактического ведения документов в структурном подразделении установленным требованиям.

В процессе внутреннего аудита аудитор обязан периодически информировать руководителя проверяемого подразделения (направления деятельности, процесса) о ходе аудита.

Все выявленные несоответствия (уже возникшие или потенциальные, которые могут возникнуть), независимо от их категории (значительные или незначительные) являются несоответствиями. Несоответствие может быть устранено в ходе проверки, в этом случае аудитор его не фиксирует.

Данные, выявленные в ходе аудита, всесторонне анализируются относительно целей, критериев аудита, при необходимости запрашиваются дополнительные материалы. Если после совместного обсуждения с членами группы, руководитель группы аудиторов приходит к выводу, что имеет место несоответствие, оформляется **Акт о несоответствии/наблюдении** (*в акте слово «наблюдение» зачеркивается*). Форма **Акта о несоответствии/наблюдении** приведена в **Приложении 6**.

В зависимости от величины отрицательного воздействия несоответствие может быть отнесено к категории значительных или незначительных.

1. **Значительное несоответствие** – систематическое невыполнение установленных требований или невыполнение требований, которое может значительно снизить качество услуги учреждения и удовлетворенность получателей социальных услуг.

Примеры значительных несоответствий:

- значительные несоответствия из предыдущих отчетов по внутренним и внешним аудитам учреждения. **Например:** (п.7.1.5.1. Часть средств измерений, необходимых для обеспечения действительных и надежных результатов, на момент проверки непригодна и др.);
- в Учреждении не выполняются требования к компетентности внутренних аудиторов;
- персоналом допускается систематическое неисполнение требований



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»

ДИ Р ВА СМК– 02-2018

Экземпляр № 1

стр.10 из 39

нормативных документов;

- несоответствия, обнаруженные при внутренних аудитах в Учреждении, не устраняются или повторяются при последующих аудитах и др.

2. **Незначительное несоответствие** – выявленный недостаток в работе при выполнении отдельных требований СМК (например, пункт главы Руководства по качеству) или выявленное единичное несоблюдение требований какого-либо нормативного документа Учреждения.

Примеры незначительных несоответствий:

- незначительные несоответствия из предыдущих отчетов по внутренним и внешним аудитам учреждения. **Например:** (п. 8.1. На момент проверки не представлены свидетельства по планированию, необходимые для выполнения требований к предоставлению услуг; п. 9.2.1: На момент проверки внутренние аудиты на соответствие требований ИСО 9001:2015 проведены не в полном объеме; п. 9.3.2: Представленный отчет о функционировании СМК не содержит входных и выходных данных, требуемых стандартом, например: изменение внутренних и внешних факторов, относящихся к СМК; оценка функционирования процессов проведена не по всем критериям, установленным в картах процессов; результативность действий, принятых в отношении рисков и возможностей и др.);
- имеются единичные случаи неисполнения в учреждении отдельных требований нормативных документов, применимых в деятельности учреждения;
- в нормативный документ, разработанный учреждением, не внесены соответствующие изменения после изменения практики работы учреждения, описанной в данном документе и др.

Наблюдения оформляются в виде Акта о несоответствии/наблюдении, (при этом зачеркивается слово «несоответствие» и 3,4,5 части акта не заполняются). Форма **Акта о несоответствии/наблюдении** приведена в **Приложении 6**.

Наблюдение – зарегистрированное объективное свидетельство аудита, указывающее на возможные области возникновения несоответствия или на возможные области улучшения СМК.

Примеры наблюдений:

- наблюдения из предыдущих отчетов по внутренним и внешним аудитам Учреждения. **Например:** (на момент проверки в палате при визуальном осмотре наблюдалась недостаточная освещенность помещения; часть представленных должностных инструкций не содержат дат ознакомления; План эвакуации не обновлен с учетом расположения огнетушителей; в группах не ведутся журналы температурного режима, что не позволяет оценить соответствие или несоответствие воздушно-теплого режима установленным параметрам и др.).

После обсуждения выявленных несоответствий с руководителями проверяемых подразделений Учреждения руководитель группы аудиторов документирует итоги аудита в Акте проведения внутреннего аудита СМК, в котором суммируются несоответствия с учетом их значимости для СМК и делается вывод о соответствии деятельности проверяемых подразделений учреждения в рамках СМК требованиям стандартов, Политике, нормативным документам и запланированным мероприятиям и др. Акт о проведении внутреннего аудита СМК в части 3 включает в себя отчет об аудите. Форма **Акта проведения внутреннего аудита СМК** приведена в **Приложении 7**.

Управление деятельностью учреждения признается результативным при отсутствии



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»

ДИ Р ВА СМК– 02-2018

Экземпляр № 1

стр.11 из 39

значительных несоответствий или при наличии менее 10 незначительных несоответствий.

Управление деятельностью учреждения признается неэффективным при наличии минимум одного значительного несоответствия или 10 и более незначительных несоответствий.

Согласие с результатами аудита подтверждается подписями руководителя группы аудиторов и руководителей проверяемых подразделений в Акте проведения внутреннего аудита СМК. Акт проведения внутреннего аудита СМК направляется для согласования Представителю руководства по качеству.

Завершается внутренний аудит проведением заключительного совещания с использованием Плана для проведения заключительного совещания, на котором излагаются результаты аудита и намечаются действия и планы послеаудита. Форма **Плана для проведения заключительного совещания** приведена в **Приложении 8**.

10. Оформление результатов внутреннего аудита.

Согласие с результатами аудита подтверждается подписями руководителя группы аудиторов и руководителей проверяемых подразделений в Акте проведения внутреннего аудита СМК. Акт проведения внутреннего аудита СМК направляется для согласования Представителю руководства по качеству.

Каждому Акту проведения внутреннего аудита СМК (**Приложение 7**) присваивается идентификационный номер.

Актам о несоответствии/наблюдении (**Приложение 6**), выявленным в ходе конкретного внутреннего аудита также присваиваются идентификационные номера.

Результаты внутреннего аудита СМК учреждения оформляются следующими документами:

План внутреннего аудита СМК (**Приложение 3**);

- Акт проведения внутреннего аудита СМК (**Приложение 7**);
- Акты о несоответствии/наблюдении (**Приложение 6**);
- заполненный Опросный лист (**Приложение 5**).

Руководитель группы аудиторов составляет подробный годовой Сводный Отчет о внутреннем аудите СМК Учреждения, Форма **Сводного отчета о внутреннем аудите СМК** приведена в **Приложении 9**.

Сводный отчет о внутреннем аудите СМК направляется для рассмотрения ПРК и СОУ учреждения.

11. Деятельность после внутреннего аудита.

Руководитель группы аудиторов направляет руководителям проверенных подразделений Акт проведения внутреннего аудита СМК, Акты о несоответствиях/наблюдениях для анализа причин возникновения несоответствий и выработки корректирующих действий в соответствии с Методическими рекомендациями «Управление несоответствиями и корректирующим действиями», а также для доведения до заинтересованных лиц.

Сводный Отчет о внутреннем аудите СМК направляется в проверенные подразделения для дальнейшего анализа и разработки мероприятий по улучшению.

Руководитель проверенного подразделения в течение 10 рабочих дней направляет на согласование Руководителю группы и Представителю руководства по качеству План корректирующих мероприятий по устранению несоответствий для анализа и оценки полноты и адекватности. Форма **Плана корректирующих мероприятий по устранению**



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»

ДИ Р ВА СМК– 02-2018

Экземпляр № 1

стр.12 из 39

несоответствий приведена в **Приложении 10**.

ПРК и СО после согласования информирует руководителей проверенных подразделений о том, что меры коррекции, корректирующие действия, а также, где применимо, мероприятия по улучшению, разработанные в результате анализа Сводного отчета о внутренних аудитах СМК, Акта проведения внутреннего аудита СМК, Актов о несоответствии и наблюдении, приняты и утверждены.

Подтверждением устранения несоответствия является предъявление Руководителю группы аудиторов документальных или иных свидетельств выполнения запланированных мероприятий в проверенных подразделениях. Руководитель группы принимает решение о результативности корректирующих действий и в положительном случае подтверждает закрытие несоответствия в Акте о несоответствии/наблюдении своей подписью. Результативность корректирующих мероприятий оценивается при последующих внутренних аудитах СМК. Акт считается незакрытым до момента удовлетворительной оценки корректирующих мероприятий и подписания его Руководителем группы аудиторов.

Руководитель группы аудиторов на основании Планов корректирующих мероприятий, полученных от руководителей проверяемых подразделений, готовит сводный План корректирующих мероприятий по всем внутренним аудитам СМК, которые проводились согласно Программе внутренних аудитов СМК. Форма **Плана корректирующих мероприятий** приведена в **Приложении 10**.

12. Хранение отчетных документов.

Учреждения размещают в информационную систему «Социальное обслуживание населения» (ИС СОН) копии документов (*Программы внутренних аудитов СМК, Приказ о проведении внутреннего аудита СМК, План внутреннего аудита СМК, Акт проведения внутреннего аудита СМК, Сводного отчета о внутреннем аудите СМК, Плана корректирующих мероприятий*) в электронном виде, для Министерства социальной политики Свердловской области.

Записи по внутренним аудитам хранятся не менее трех лет. Ответственность за хранение отчетных документов и дополнительных отчетов несет ПРК и СО.

13. Анализ данных и измерение процесса.

Представитель руководства по качеству осуществляет контроль процесса внутренних аудитов на всех его этапах через проверку выполнения Программы внутреннего аудита СМК, проверку отчетных документов и т. д.

Оценка результативности внутренних аудитов проводится на уровне СМК учреждения Представителем руководства по качеству учреждения фиксируется в документе Протокол Анализа СМК со стороны руководства Учреждения.

14. Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита.

Важным моментом при подготовке проведения внутреннего аудита является оценка риска аудитора.

Аудиторский риск — это субъективно установленный уровень риска, который готов взять на себя аудитор.

Мониторинг рисков осуществляется ПРК и СО на совещании совместно с заместителями директора на этапе планирования внутреннего аудита. Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита приведено в **Таблице 2**.



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 **Экземпляр № 1** **стр.13 из 39**

Таблица 2 «Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита»

Риск	Последствия	Условия появления	Корректирующие действия (разрешение)	Предупреждающие действия (предотвращение)
Изменение внешних требований к проверяемому объекту.	Критерии оценки не соответствуют требованиям.	Изменение нормативной документации.	Изменение критериев оценки.	-
Изменение внутренней структуры Учреждения.	Невозможно провести запланированный аудит.	Включенные в план аудита подразделения реорганизованы.	Корректировка плана работы по внутренним аудитам.	-
Процесс изучен/проконтролирован не в полной мере.	Дана неверная (неполноценная) оценка объекта аудита.	Некомпетентность членов группы аудита.	- Обучение аудиторов, - Инструктаж перед проверкой.	Обучение и инструктаж аудиторов перед проведением аудита.
		Критерии оценивания не позволяют осуществить полноценную проверку.	Доработка перечня критериевооценивания.	Актуализация перечня критериев оценивания в соответствии с изменениями в процессе.
Уклонение (препятствование) от проведения аудита.	Невозможность проведения аудита на месте.	Не ясны цели и задачи аудита.	Разъяснение целей и задач.	Вступительная беседа.
		Неготовность подразделения к проверке.	Перенос даты проведения аудита.	Предварительное информирование о проведении аудита (на год и текущее).
Не объективность оценки объекта аудита.	Необъективность принимаемых управленческих решений.	Не все несоответствия выявлены и задокументированы.	- Корректировка отчетных документов. - Повторный аудит.	Обучение и инструктаж аудиторов перед проведением аудита.
		Аудиторзаинтересованное лицо.	Замена членов группы по аудиту.	Проверка на непричастность аудиторов к деятельности подразделения.



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»

ДИ Р ВА СМК– 02-2018

Экземпляр № 1

стр.14 из 39



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация

Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ Р ВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.15 из 39

Приложение 1

Программа внутренних аудитов по системе менеджмента качества (СМК)
государственного автономного учреждения социального обслуживания населения Свердловской области
«Комплексного центра социального обслуживания населения города Березовского» на ____ год

Утверждаю
Директор учреждения
_____ Ф.И.О.
_____ Дата

№ п/п	Проверяемые объекты (подразделения, должностные лица, процессы)	Сроки проведения аудитов	Ответственное за объект проверки лицо	Руководитель группы аудиторов. Аудиторы	Номер Акта проведения внутреннего аудита СМК	Отметка о проведенном аудите (дата, подпись руководителя группы аудиторов)

Программу разработал: Представитель руководства по качеству _____
(подпись/Ф.И.О.)



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1 стр.16 из 39

Приложение 2



Государственное автономное учреждение
социального обслуживания населения Свердловской области
«Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

ПРИКАЗ

«___»_____201__ года
г. Березовский

№ _____

«О проведении внутреннего аудита
системы менеджмента качества»

В соответствии с Программой проведения внутренних аудитов СМК на
201____. г.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Провести внутренний аудит системы менеджмента качества в период с
«___»_____201_ г. по «___»_____201_ г.
2. Руководителям проверяемых подразделений обеспечить проведение внутреннего аудита СМК в своих подразделениях.
3. Аудит проводить в следующем составе:
Руководитель группы аудиторов: _____(должность, ФИО)
Аудиторы: _____(должность, ФИО)
4. Аудит проводить в соответствии с утвержденным Планом внутреннего аудита СМК
№ ____.
5. Контроль исполнения настоящего приказа возлагаю на себя.

Директор учреждения

(подпись/Ф.И.О.)



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.17 из 39

Лист ознакомления

Ознакомлены:

№ п/п	Ф.И.О.	Подпись	Дата	Примечание
1.				
2.				
3.				

Лист согласования

Предмет согласования Приказ № ____ от «__» _____ 201__ г. «О проведении внутреннего аудита системы менеджмента качества».

№ п/п	Должность согласующегося лица	Личная подпись, расшифровка	Сроки согласования		Замечания (при наличии) ¹ , причина не согласования
			Дата поступления на согласование	Дата согласования	
1.	Главный бухгалтер	_____			
2.	Юрисконсульт	_____			

Приказ разослать:

Исполнитель:

¹ При большом объеме замечаний можно оформить их на отдельном листе или выслать по электронной почте



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018

Экземпляр № 1
стр.18 из 39

Приложение 3

УТВЕРЖДАЮ
Представитель руководства
по качеству
_____ Ф.И.О.
« ____ » _____ г.

ПЛАН
внутреннего аудита СМК

_____ (указать название учреждения)

1. Сроки проведения внутреннего аудита СМК: с _____ по _____.
2. Место проведения внутреннего аудита: административные и производственные подразделения, включая, удаленные и временные (посещаемые в ходе аудита) площадки, адреса: _____.
3. Цель работ(*примеры*):
 - проверка соответствия СМК требованиям стандарта ISO 9001, внутренних нормативных документов, целям и задачам Политики в области качества, запланированным мероприятиям;
 - оценка способности СМК обеспечивать соответствие применимым законодательным, нормативным и контрактным требованиям;
 - оценка результативности СМК для обеспечения уверенности в том, что поставленные цели могут быть достигнуты.
 - идентификация областей для возможного улучшения СМК.
4. Объем проверки включает аудит адекватности документированной информации и аудит соответствия процессов и элементов СМК, за организацию и обеспечение которых проверяемые подразделения несут ответственность или принимают участие. Объем проверки определен Приложением 1.
5. Члены группы аудита:
 - руководитель группы аудиторов - _____
 - аудиторы - _____.
6. Ответственность за достижение цели аудита и выполнение работ в объеме, указанном в п.3, несет Руководитель группы аудиторов.
7. Отчет по выполненным работам с актами по результатам аудита направляются:
 - Представителю руководства по качеству учреждения;
 - Руководителям проверяемых подразделенийв срок до _____
8. По выявленным несоответствиям должен быть проведен анализ причин, разработаны необходимые меры коррекции, корректирующие и предупреждающие действия и установлены сроки устранения несоответствий. Информация о запланированных коррекциях и корректирующих действиях должна быть предоставлена Руководителю группы аудиторов в срок до _____.

Руководитель группы аудиторов _____ (подпись/Ф.И.О.)
Руководители проверяемых подразделений _____ (подпись/Ф.И.О.)



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»

ДИ РВА СМК– 02-2018

Экземпляр № 1

стр.19 из 39

Приложение 3

Приложение к плану внутреннего аудита СМК

№ п/п	Время	Мероприятие	Проверяемые объекты (подразделения, должностные лица, процессы) (указать Ф.И.О. представителя)	Пункт стандарта ISO 9001 (указать номер и название пункта)	Ф.И.О. аудиторов
1-й день проверки (дата)					
1		Вступительное совещание			
2		Анализ документации			
		Проверка соответствия (включает проверку документированной информации, опрос, проверку на местах)			
		Перерыв			
		Проверка соответствия			
n		Анализ результатов 1-го дня проверки			
n-й день проверки (дата)					
1		Проверка соответствия			
		Перерыв			
		Проверка соответствия			
n		Оформление результатов проверки			
n		Заключительное совещание			



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018

Экземпляр № 1
стр.20 из 39

Приложение 4

План для проведения
вступительного совещания

Руководитель группы аудиторов:

1. Представил состав группы аудиторов.
2. Информировал присутствующих о причине, цели, объеме и сроках аудита, а также методах, которые будут использоваться внутренними аудиторами в процессе проведения внутреннего аудита.
3. Напомнил присутствующим о критериях аудита.
4. Представил и согласовал план внутреннего аудита СМК.
5. Определил необходимость и согласовал порядок доступа внутренних аудиторов к документации СМК учреждения.
6. Информировал о требованиях к регистрации и оформлению несоответствий и критериях их классификации.
7. Информировал о роли лиц, сопровождающих аудиторов во время аудита.
8. Согласовал периодичность и время совместных совещаний группы внутренних аудиторов и представителей проверяемых подразделений.
9. Подтвердил наличие ресурсов и оборудования, необходимых группе внутренних аудиторов.
- 10.Объяснил необходимость заключительного совещания и согласовал дату и время его проведения.
- 11.Передал представителю руководства по качеству согласованный план внутреннего аудита СМК.
- 12.Дал ответы на все интересующие вопросы присутствующих.

Представитель руководства по качеству:

1. Информировал группу внутренних аудиторов о готовности проверяемых подразделений к проверке СМК.

РЕШЕНИЕ: Считать план проверки согласованным.

№ п/п	Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.21 из 39

Приложение 5

Опросный лист для проведения внутренних аудитов в Учреждении в соответствии с требованиями стандарта ISO 9001:2015
(для использования в опросном (контрольном) листе)

№	Пункт ISO 9001	ВОПРОСЫ	ПОТВЕРЖДЕНИЯ
4.1 Понимание организации и её организационной среды			
1.	4.1	Определены ли внешние и внутренние факторы, относящиеся к ее намерениям и стратегическому направлению деятельности?	
2.	4.1	Осуществляет ли в Учреждении мониторинг и анализ информации, касающейся этих внешних и внутренних факторов?	
4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон			
3.	4.2	Определены ли заинтересованные стороны и их требования, относящиеся к СМК?	
4.	4.2	Осуществляет ли Учреждение мониторинг и анализ информации об этих заинтересованных сторонах и их требованиях?	
4.3 Определение области применения системы менеджмента качества			
5.	4.3	Определены ли границы и применимость СМК?	
6.	4.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии документированная информация об области применения СМК в Учреждении?	
7.	4.3	Приняты ли при определении области применения СМК в Учреждении во внимание: <ul style="list-style-type: none">• внешние и внутренние факторы (требование п. 4.1)?• требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?• продукция и услуги Учреждения?	
4.4 Система менеджмента качества и её процессы			
8.	4.4	Определены ли процессы, необходимые для системы менеджмента качества (СМК) и их взаимодействие?	



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.22 из 39

9.	4.4	Определены ли: <ul style="list-style-type: none">• требуемые входы и ожидаемые выходы процессов?• последовательность и взаимодействие процессов?• критерии, методы, включая измерения и связанные с ними индикаторы, необходимые для обеспечения результативного функционирования и управления процессами?• необходимые ресурсы и их доступность?• ответственность и полномочия для процессов?• риски и возможности (требование п. 6.1)?• методы мониторинга, измерений, оценки процессов (где это применимо) и внесения изменений в процессы?• возможности для улучшения процессов и СМК?	
10.	4.4	Сохраняется ли документированная информация о процессах СМК?	
5.1 Лидерство и приверженность			
5.2 Политика в области качества			
5.3 Организационные роли, ответственность и полномочия			
11.	5.1.1	Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства в отношении СМК?	
12.	5.1.2	Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства относительно ориентации на потребителя?	
13.	5.2.1	Соответствует ли политика в области качества намерениям Учреждения и её организационной среде?	
14.	5.2.2	Доступна ли политика в области качества в виде документированной информации?	
15.	5.2.2	Имеются ли доказательства, что политика в области качества доступна для соответствующих заинтересованных сторон?	
16.	5.3	Проведено ли распределение ответственности, полномочий в рамках СМК?	
6.1 Действия в отношении рисков и возможностей			
6.2 Цели в области качества и планирование для их достижения			
6.3 Планирование изменений			
17.	6.1.1	Учитываются ли при планировании СМК внешние и внутренние аспекты (требование п. 4.1) и требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?	
18.	6.1.2	Осуществляется ли в Учреждении планирование: <ul style="list-style-type: none">• действий по обращению с рисками и возможностями и способов их осуществления в рамках процессов СМК?• способов оценки результативности этих действий?	
19.	6.2.1	Оформлены ли цели в области качества в виде документированной информации?	
20.	6.2.1	Согласуются ли цели в области качества с политикой в области качества?	
21.	6.2.1	Являются ли цели в области качества измеримыми?	
22.	6.2.1	Обеспечено ли доведение целей в области качества до сведения персонала Учреждения?	



Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.23 из 39

23.	6.2.2	Определяются ли при планировании целей в области качества: <ul style="list-style-type: none">• действия по выполнению?• необходимые ресурсы?• ответственные лица?• сроки выполнения?• методы оценки результатов достижения?
24.	6.3	Учитываются ли при планировании и внедрении изменений в СМК цели изменений и любые потенциальные последствия?
25.	6.3	Обеспечена ли доступность ресурсов для внедрения изменений?
26.	6.3	Обеспечено ли распределение и перераспределение ответственности и полномочий при планировании и внедрении изменений?
7.1 Ресурсы		
27.	7.1.1	Выделены ли необходимые ресурсы для разработки, внедрения и постоянного улучшения СМК?
28.	7.1.2	Обеспечены ли Учреждения всем необходимым персоналом для результативного функционирования СМК и процессов?
29.	7.1.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии инфраструктура, необходимая для функционирования процессов в целях достижения соответствия услуг?
30.	7.1.4	Управляет ли Учреждение факторами среды, необходимой для функционирования процессов в целях достижения соответствия услуг?
31.	7.1.5	Определены ли ресурсы, необходимые для обеспечения действительных и надежных результатов мониторинга и измерений?
32.	7.1.5	Сохраняется ли документированная информация, свидетельствующая о соответствии ресурсов для мониторинга и измерений их назначению?
33.	7.1.5	Поверены (откалиброваны) ли средства измерений через установленные периоды или перед применением в соответствии с национальными или международными стандартами?
34.	7.1.5	Зарегистрирована/задокументирована ли база для поверки/калибровки в случае отсутствия таких стандартов?
35.	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?
36.	7.1.6	Определило ли Учреждение и поддерживает в рабочем состоянии организационные знания, необходимые для функционирования процессов и достижения соответствия продукции и услуг?
37.	7.1.6	Управляет ли Учреждение текущими знаниями и определяет ли потребность в получении дополнительных знаний?
7.2 Компетентность		
7.3 Осведомленность		
7.4 Коммуникации		
38.	7.2	Установлены ли требования к необходимой квалификации и компетентности персонала, выполняющего работу, находящуюся под управлением Учреждения, которые оказывают влияние на функционирование и результативность СМК?



Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.24 из 39

39.	7.2	Определены ли для персонала требования к: <ul style="list-style-type: none">• образованию?• подготовке?• практическому опыту?	
40.	7.2	Определена ли потребность в подготовке и повышении квалификации персонала?	
41.	7.2	Проводится ли оценка результативности проводимой подготовки и повышения квалификации?	
42.	7.2	Сохраняется ли документированная информация о соответствующем образовании, подготовке и опыте персонала?	
43.	7.3	Осведомлен ли персонал о: <ul style="list-style-type: none">• политике в области качества?• целях в области качества?• своем вкладе в результативность СМК, включая пользу от улучшения результатов деятельности?• последствиях несоблюдения требований СМК?	
44.	7.4	Определена ли Учреждением потребность во внешнем и внутреннем обмен информации, относящихся к СМК?	
7.5 Документированная информация			
45.	7.5.1	Включена ли в СМК вся необходимая документированная информация СМК?	
46.	7.5.2	Определена ли система идентификации и описания документированной информации?	
47.	7.5.2	Определен ли формат и носитель?	
48.	7.5.2	Обеспечен ли анализ и одобрение документированной информации при её разработке и актуализации на пригодность и адекватность?	
49.	7.5.3	Обеспечена ли доступность документированной информации для пользователей, где и когда она необходима?	
50.	7.5.3	Обеспечена ли защита документированной информации от несоблюдения конфиденциальности, неподходящего использования, потери целостности?	
51.	7.5.3	Установлен ли порядок: <ul style="list-style-type: none">• распределения, обеспечения доступа, обеспечения поиска/восстановления и использования документированной информации?• хранения и сохранности, включая сохранение разборчивости, документированной информации?• управления изменениями документированной информации?• сохранения и изъятия документированной документации?	
8.1 Планирование и управление операциями			
52.	8.1	Осуществляет ли Учреждение планирование, внедрение и управление процессами, необходимыми для выполнения требований к предоставлению услуг?	



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.25 из 39

53.	8.1	Определяются ли при планировании предоставления услуг: <ul style="list-style-type: none">• требования к услугам?• критерии для процессов и для приемки услуг?• ресурсы, необходимые для достижения соответствия требованиям к услугам?• внедрение управления процессами в соответствии с установленными критериями?• необходимая документированная информация?	
54.	8.1	Имеются ли выходные данные планирования?	
8.2 Определение требований к продукции услугам			
55.	8.2.1	Определило ли Учреждение порядок связи с потребителями?	
56.	8.2.1	Охватывает ли связь с потребителем вопросы, касающиеся: <ul style="list-style-type: none">• информации об услугах?• обработки запросов, контрактов или заказов, включая их изменения?• получения отзывов об услугах, включая претензии?• управления или обращения с собственностью потребителей (если применимо)?• особых требований для действий в непредвиденных обстоятельств (где применимо)?	
57.	8.2.2	Определяются ли Учреждением: <ul style="list-style-type: none">• требования к услугам (включая признанные необходимыми самим Учреждением)?• применимые законодательные и регулирующие требования, относящиеся к услугам?	
58.	8.2.3	Гарантирует ли процесс анализа то, что: <ul style="list-style-type: none">• требования, установленные потребителем, включая деятельность по поставке и после поставки, определены?• требования, не установленные потребителями, но необходимые для конкретного или предполагаемого использования потребителем, определены?• дополнительные законодательные и регулирующие требования, применимые к услугам, определены?• контрактные требования или требования заказа, отличающиеся от ранее сформулированных, согласованы?	
59.	8.2.3	Сохраняется ли документированная информация о результатах анализа?	
60.	8.2.4	Актуализируется ли документированная информация при изменении требований к услугам?	
8.3 Проектирование и разработка продукции и услуг			
61.	8.3.1	Разработан, внедрен и поддерживается ли в рабочем состоянии процесс проектирования и разработки?	



**Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»**

**Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.26 из 39**

62.	8.3.2	Учитываются ли при определении этапов проектирования и разработки и методов управления: <ul style="list-style-type: none">• характер, длительность и сложность деятельности по проектированию и разработке?• требуемые стадии процесса, включая анализ проектирования и разработки?• действия в отношении верификации и валидации? ответственность и полномочия?• необходимые внутренние и внешние ресурсы?• необходимость в управлении взаимодействиями между различными сторонами в процессе проектирования?• необходимость во вовлечении потребителя и пользователей в процесс проектирования?• требования для последующего предоставления услуг?• уровень управления процессом проектирования и разработки, ожидаемый потребителями и другими заинтересованными сторонами?• необходимая документированная информация по процессу проектирования?	
63.	8.3.3	Учтены ли при определении входных данных: <ul style="list-style-type: none">• функциональные и эксплуатационные требования?• информацию, полученную из предыдущей аналогичной деятельности по проектированию и разработке?• применимые законодательные и регулирующие требования?• стандарты или своды практик, которые Учреждение обязалась применять?• необходимые внутренние и внешние ресурсы?• потенциальные последствия отказов, связанных со свойствами продукции и услуг?	
64.	8.3.3	Проводится ли анализ входных данных на адекватность целям проектирования и разработки?	
65.	8.3.3	Сохраняется ли документированная информация по входным данным проектирования и разработки?	
66.	8.3.4	Гарантируют ли средства, применяемые для управления проектированием и разработкой, что: <ul style="list-style-type: none">• результаты проектирования и разработки определены?• анализ проектирования и разработки проводится?• верификация проекта и разработки проводится?• валидация проекта и разработки проводится?• предпринимаются необходимые действия по проблемам, выявленным в ходе анализа, верификации и валидации?• сохраняется документированная информация по этим действиям?	
67.	8.3.5	Обеспечено ли что выходные данные соответствуют входным данным?	
68.	8.3.5	Являются ли выходные данные достаточными для последующих процессов предоставления услуг?	
69.	8.3.5	Включают ли выходные данные требования к мониторингу, измерениям и критериям приемки или ссылки на них?	
70.	8.3.5	Сохраняется ли документированная информация по выходным данным?	
71.	8.3.6	Идентифицируются ли изменения во входных и выходных проекта и разработки в ходе проекта или впоследствии?	



Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.27 из 39

72.	8.3.6	Анализируются ли изменения во входных и выходных проекта и разработки в объеме, обеспечивающем отсутствие нежелательного воздействия на соответствие требованиям?	
73.	8.3.6	Сохраняется ли документированная информация об изменениях в процессе проектирования и разработки?	
8.4 Управление продукцией и услугами, предоставляемыми извне			
74.	8.4.1	Предоставляются ли в Учреждение процессы, продукция или услуги извне?	
75.	8.4.1	Определены ли требования для управления процессами, продукцией и услугами, предоставляемыми внешними поставщиками в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none">• продукция и услуги от внешних поставщиков предназначены для включения в состав продукции и услуги самим Учреждением?• продукция и услуги поставляются внешними поставщиками напрямую потребителю от имени Учреждения?• процесс или его часть выполняется внешним поставщиком по решению Учреждения?	
76.	8.4.1	Определены и применяются ли критерии для оценки, выбора, мониторинга функционирования и повторной оценки внешних поставщиков?	
77.	8.4.1	Сохраняется ли документированная информация о об этих действиях?	
78.	8.4.2	Определены ли вид и степень управления, включая методы контроля, внешними поставками процессов, продукции и услуг?	
79.	8.4.2	Осуществляют ли Учреждения верификацию или другие виды деятельности в отношении процессов, продукции и услуг, предоставляемых извне?	
80.	8.4.3	Сообщает ли Учреждение внешним поставщикам требования: <ul style="list-style-type: none">• к предоставляемым продукции, услугам и процессам?• по одобрению продукции, услуг; методов, процессов или оборудования; выпуску продукции и услуги?• к компетентности персонала?• по взаимодействию внешнего поставщика с Учреждением?• по управлению и мониторингу функционирования внешнего поставщика?• к деятельности по верификации или валидации на его территории?	
81.	8.4.3	Проверяются ли установленные требования к внешнему поставщику на адекватность до их сообщения ему?	
8.5 Производство продукции и оказание услуг			



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

**Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.28 из 39**

82.	8.5.1	Включают ли управляемые условия производства и оказания услуг: <ul style="list-style-type: none">• доступность документированной информации, определяющей характеристики продукции и услуг или осуществляемой деятельности;• результаты, которые должны быть достигнуты?• доступность и применение подходящих ресурсов для мониторинга и измерений?• деятельность по мониторингу и измерениям на соответствующих этапах?• использование соответствующей инфраструктуры и среды?• назначение компетентного персонала, включая персонал с требуемой квалификацией?• 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?• предотвращение ошибок, связанных с человеческим фактором?• осуществление выпуска, поставки и действий после поставки?	
83.	8.5.2	Осуществляется ли идентификация выходов процессов там, где необходимо обеспечить соответствие услуг?	
84.	8.5.2	Осуществляется ли идентификация статуса выходов процессов с учетом требований к мониторингу и измерениям в ходе всего оказания услуг?	
85.	8.5.2	Сохраняется ли документированная информация по идентификации выходов процессов для выполнения требований к прослеживаемости?	
86.	8.5.3	Обеспечивается ли сохранность собственности потребителя или внешнего поставщика, предоставленной для использования или включения в услуги?	
87.	8.5.3	Обеспечивается ли идентификация, верификация, сохранность и защита собственности потребителя или внешнего поставщика, предоставленной для использования или включения в услуги?	
88.	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?	
89.	8.5.4	Выполняются ли мероприятия по сохранению соответствия выходов процессов во время предоставления услуг?	
90.	8.5.5	Определило ли Учреждение, объем действий после поставки с учетом рассмотрения следующего: <ul style="list-style-type: none">• законодательные и нормативные требования?• потенциальные нежелательные последствия, связанные с ее продукцией и услугами?• характер использования и предполагаемый срок эксплуатации продукции и услуг?• требования потребителей, включая обратную связь?	
91.	8.5.6	Установлен и выполняется анализ и управление изменениями в предоставлении услуг необходимыми для обеспечения соответствия требованиям?	



Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.29 из 39

92.	8.5.6	Сохраняется ли документированная информация о результатах анализа изменений, об одобрившем изменения персонале, о любых необходимых действиях?	
8.6 Выпуск продукции и услуг			
93.	8.6	Осуществляются ли на соответствующих этапах запланированные мероприятия с целью верификации соблюдения требований к услугам?	
94.	8.6	Осуществляются ли все запланированные мероприятия по верификации соответствия до момента выпуска услуг?	
95.	8.6	Сохраняются ли свидетельства соответствия критериям приемки?	
96.	8.6	Предоставляет ли документированная информация возможность проследить лицо, оказавшее услуги, поставляемой потребителю?	
8.7 Управление несоответствующими выходами процессов, продукции и услугами			
97.	8.7	Идентифицируются ли несоответствующие требованиям выходы процессов, услуги, с целью предотвращения их непреднамеренного использования?	
98.	8.7	Предпринимаются ли соответствующие действия к несоответствующим услугам, в том числе обнаруженным после ее оказания?	
99.	8.7	Осуществляются ли следующие действия с несоответствующими выходами, продукцией и услугами: <ul style="list-style-type: none">• коррекция?• отделение, ограничение распространения, возврат, приостановка поставки?• информирование потребителя?• получение разрешения на отклонение?	
100.	8.7	Подвергаются ли повторной верификации исправленные несоответствующие выходы процессов, продукции и услуги?	
101.	8.7	Сохраняется ли документированная информация о действиях, предпринятых с несоответствующими выходами процессов, продукции и услугами, включая <ul style="list-style-type: none">• описание несоответствия?• описание предпринятых действий?• описание полученного разрешения на отклонение?• указание лица, принимавшего решение о действии в отношении несоответствия?	
9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценка			
102.	9.1.1	Установлены ли в Учреждении требования к деятельности по мониторингу и измерениям?	
103.	9.1.1	Сохраняется документированная информация, свидетельствующая о выполнении требований по мониторингу и измерениям?	
104.	9.1.2	Проводится ли мониторинг информации, касающейся восприятием потребителями степени удовлетворения Учреждением их потребностей и ожиданий?	
105.	9.1.2	Определены ли методы получения и использования информации об удовлетворенности потребителей?	
106.	9.1.3	Проводится ли анализ и оценка данных и информации, получаемых в ходе мониторинга, измерений?	



Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.30 из 39

9.2 Внутренний аудит		
107.	9.2.1	Проводятся ли внутренние аудиты СМК?
108.	9.2.2	Проводятся ли внутренние аудиты СМК через запланированные интервалы времени?
109.	9.2.2	Определены ли критерии и область применения аудитов?
110.	9.2.2	Являются ли аудиторы объективными и беспристрастными?
111.	9.2.2	Доводятся ли результаты аудитов до соответствующих руководителей?
112.	9.2.2	Своевременно ли осуществляются коррекция и корректирующие действия по результатам аудитов?
113.	9.2.2	Сохраняется ли документированная информация по результатам аудитов?
9.3 Анализ со стороны руководства		
114.	9.3.1	Проводится ли периодический анализ СМК со стороны руководства?
115.	9.3.2	Планируется и проводится ли анализ со стороны руководства с учетом: <ul style="list-style-type: none">• статуса выполнения мероприятий по результатам предыдущих анализов со стороны руководства?• изменившихся внешних и внутренних факторов, относящихся к СМК?• достаточности ресурсов, результативности действий, предпринятых в отношении рисков и возможностей?• потенциальных возможностей для улучшения СМК?• информации о показателях работы и результативности СМК, включая удовлетворённость потребителей и обратная связь от других важных заинтересованных сторон?• степени достижения целей в области качества?• функционирование процессов и соответствие продукции и услуг?• несоответствия и корректирующие действия?• результаты мониторинга и измерений?• результаты аудитов?• результаты работы внешних поставщиков?
116.	9.3.2	Включают ли выходные данные анализы со стороны руководства: <ul style="list-style-type: none">• действия по улучшения?• определение потребности в изменениях в СМК, включая потребность в ресурсах?
117.	9.3.2	Сохраняется документированная информация о проведенных анализах со стороны руководства?
10 Улучшение		



**Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»**

**Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.31 из 39**

118.	10.1	Определяет ли Учреждение возможности для улучшения и осуществляет действия по улучшению, включая: <ul style="list-style-type: none">улучшение продукции и услуг для удовлетворения требований, а также учета будущих потребностей и ожиданий?коррекцию, предупреждению или снижение влияния нежелательных воздействий?улучшение показателей работы и повышение результативности СМК?	
119.	10.2.1	Включает ли реагирование Учреждение на несоответствие: <ul style="list-style-type: none">действия по контролю и коррекции несоответствий?действия по устранению последствий, вызванных несоответствием?	
120.	10.2.1	Проводится ли: <ul style="list-style-type: none">анализ несоответствия?определение причин несоответствия?определение наличия или возможности появления аналогичных несоответствий?осуществление необходимых действий?анализ результативности предпринятых действий?актуализацию информации о рисках и возможностях, определенных при планировании?внесение изменений в СМК, при необходимости?	
121.	10.2.1	Являются ли корректирующие действия соответствующими последствиям несоответствия?	
122.	10.2.2	Сохраняется ли документированная информация о выявленных несоответствиях, предпринимаемых действиях и результативности этих действий?	
123.	10.3	Имеются ли свидетельства постоянного улучшения пригодности, адекватности и результативности СМК?	
124.	10.3	Определяет ли Учреждение по результатам рассмотрения, что имеются ли потребности или возможности, требующие рассмотрения в качестве мер по постоянному улучшению?	

Опросный лист заполнил: Аудитор

(подпись/Ф.И.О.)



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

**Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»**

ДИ РВА СМК– 02-2018

**Экземпляр № 1
стр.33 из 39**

Приложение 7

АКТ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМК № _____

Часть 1			
Проверяемые подразделения/процессы:			
Руководители проверяемых подразделений/процессов:			
Руководитель группы аудиторов:			
Аудиторы:			
Сроки аудита:			
Часть 2. Объем аудита: Удостоверение в том, что деятельность проверяемых подразделений, процессов удовлетворяет применимым требованиям			
Стандарта:			
Нормативных документов, применимых в деятельности проверяемых подразделений:			
Часть 3. Отчет об аудите			
Количество выявленных несоответствий:		Номера Актов о несоответствиях:	
в том числе значительных:			
в том числе незначительных:			
Количество выявленных наблюдений:		Номера Актов о наблюдениях:	
Рекомендации руководителя группы аудиторов:			
Система менеджмента качества результативна: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>			
Руководитель группы аудиторов	_____ (подпись)	Руководители проверяемых подразделений	_____ (подпись) _____ (подпись)
Примечание (предложения по улучшениям, положительные практики в подразделении и др.):			



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

**Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018**

**Экземпляр № 1
стр.34 из 39**

Приложение 8

**План для проведения
заключительного совещания**

Руководитель группы аудиторов:

1. Поблагодарил персонал учреждения за оказанную помощь в Учреждении и проведении аудита.
2. Напомнил присутствующим о причинах, цели и методе аудита.
3. Информировал о выполнении аудита в полном объеме и в сроки, установленные Планом внутреннего аудита СМК.
4. Подвел итоги и представил выводы группы внутренних аудиторов по результатам аудита с необходимыми фактами и комментариями по выявленным несоответствиям и наблюдениям с рекомендацией для руководства о соответствии СМК.
5. Проинформировал о требованиях по срокам представления Плана корректирующих/предупреждающих мероприятий по устранению несоответствий по всем выявленным несоответствиям, включая анализ причин возникновения несоответствий.
6. Проинформировал о сроках предоставления Акта проведения внутреннего аудита СМК.
7. Проинформировал о порядке подачи претензий/апелляций по проведению или по заключениям по результатам аудита.
8. Дал ответы на все интересующие вопросы присутствующих.

Представитель руководства по качеству:

1. Поблагодарил группу внутренних аудиторов за проделанную работу.

РЕШЕНИЕ: Считать заключение группы внутренних аудиторов полностью согласованным.

№ п/п	Должность	Ф.И.О.	Дата	Подпись



Государственное автономное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018

Экземпляр № 1
стр.35 из 39

Приложение 9

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ за _____ год
по внутренним аудитам СМК ГАУ «КЦСОН г. Березовского»

Утверждаю
Представитель руководства по качеству
_____ Ф.И.О.
_____ Дата

Согласно утвержденной Программе внутренних аудитов СМК на 20__ год в период _____ (II-III кварталов) было проведено ____ внутренних аудитов СМК по подразделениям (процессам), оформлены Акты проведения внутреннего аудита СМК.

По результатам проведенных внутренних аудитов оформлены Акты о несоответствиях и наблюдениях в количестве ____.

Сведения о выявленных несоответствиях и наблюдениях приведены в таблице:

Количество выявленных несоответствий:	____	Номера Актов о несоответствиях:
в том числе значительных:	____	
в том числе незначительных:	____	
Количество выявленных наблюдений:	____	Номера Актов о наблюдениях:
Рекомендации руководителя группы аудиторов:		
Система менеджмента качества результативна:		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Примечание (предложения по улучшениям, положительные практики в подразделениях и др.):		

Сводный отчет по внутренним аудитам СМК учреждения подготовил:

Руководитель группы аудиторов _____
(подпись/Ф.И.О.)



Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.36 из 39

Приложение 10

План
корректирующих мероприятий по устранению несоответствий,
выявленных в ходе проведения внутреннего аудита СМК № _____

№ п/п	Краткое содержание несоответствия	Причина несоответствия	Коррекция Корректирующее действие	Ответственный за выполнение	Срок выполнения	Свидетельства выполнения
1.						
2.						
...						
n						

План подготовил:
Руководитель проверенного подразделения

(подпись/Ф.И.О.)



Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 02-2018 Экземпляр № 1
стр.37 из 39

Лист согласования

Заместитель директора	_____	_____	Иванова М.Г.
	Подпись	Дата	
Заместитель директора	_____	_____	Шамгутдинова В.В.
	Подпись	Дата	
Главный бухгалтер	_____	_____	Сарафанова С.Г.
	Подпись	Дата	
Юрисконсульт	_____	_____	Медведева И.Е.
	Подпись	Дата	
Специалист по кадрам	_____	_____	Романова И.Ю.
	Подпись	Дата	



Государственное автономное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области «Комплексный центр социального
обслуживания населения города Березовского»

Документированная информация
«Руководство по проведению внутренних аудитов СМК»
ДИ РВА СМК– 03-2018 Экземпляр № 1 стр.38 из 39

Лист регистрации изменений

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

