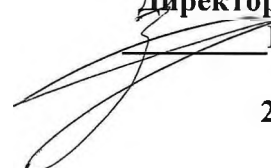


**Государственное автономное учреждение  
социального обслуживания Свердловской области  
«Березовский психоневрологический интернат»**

**УТВЕРЖДАЮ**  
**Директор ГАУ «БПНИ»**  
**Г.Н.Губанков**



**24 июня 2020 г.**

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

**ДИРВА СМК - 02 - 2018**

**Екатеринбург  
2020 г.**

Содержание

1.	Цели	3
2.	Область применения	3
п	Нормативные ссылки	4
4.	Термины, определения, сокращения	4
5.	Общие положения	4-5
6.	Управление процессом внутренних аудитов	5
7.	Планирование внутренних аудитов	6
8.	Подготовка к проведению внутренних аудитов	6-9
9.	Проведение внутреннего аудита	9-11
10.	Оформление результатов внутреннего аудита	12
11.	Деятельность после внутреннего аудита	12-13
12.	Хранение отчетных документов	13
13.	Анализ данных и измерение процесса	13
14.	Управление рисками в процессе внутренних аудитов	13-14
15.	Приложение 1. Программа внутренних аудитов СМК	15-17
16.	Приложение 2. Приказ о проведении внутреннего аудита СМК	18-19
17.	Приложение 3. План внутреннего аудита СМК. Приложение к плану.	20-21
18.	Приложение 4. План для проведения вступительного совещания	22
19.	Приложение 5. Опросный лист для проведения внутренних аудитов в Учреждении на соответствие требованиям стандарта ИСО 9001:2015	23-33
20.	Приложение 6. Акт о несоответствии / наблюдении и корректирующих действиях по итогам внутреннего аудита	34
21.	Приложение 7. Акт проведения внутреннего аудита СМК	35
22.	Приложение 8. План для проведения заключительного совещания	36
23.	Приложение 9. Сводный отчет по внутренним аудитам СМК учреждения	37
24.	Приложение 10. План корректирующих мероприятий по устранению несоответствий	38
25.	Лист согласования	39
26.	Лист регистрации изменений	40
27.	Лист ознакомления	41

## 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 действия 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.
- 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.
- IAF MD 1:2007. Обязательный документ IAF о сертификации Многоточечных площадок

### 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)
ПРК и СО	Представитель руководства по качеству и социальной ответственности
СМК	Система менеджмента качества

### 5. Общие положения.

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**.

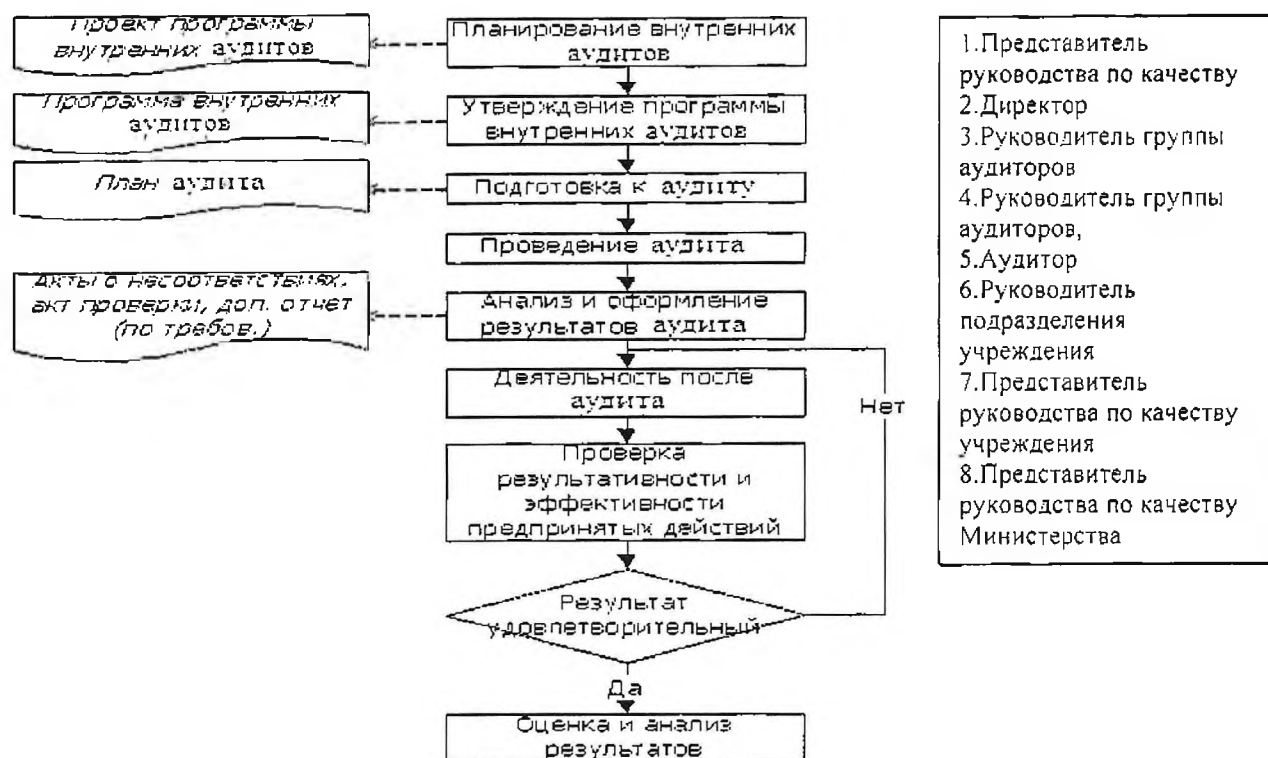


Рис. 1.

## 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 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.

### **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

## ГАУ «Березовский психоневрологический интернат»

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 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 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 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 после аудита. 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 СО 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 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 и 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**.

**Таблица 2 «Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита»**

Риск	Последствия	Условия появления	Корректирующие действия (разрешение)	Предупреждающие действия (предотвращение)
Изменение внешних требований к проверяемо	Критерии оценки не соответствуют требованиям	Изменение нормативной документации.	Изменение критериев оценки.	

му объекту.	м.			
Изменение внутренней структуры Учреждения	Невозможн о провести запланиров анный аудит.	Включенные в план аудита подразделения реорганизованы.	Корректировка плана работы по внутренним аудитам.	
Процесс изучен/ проконтрол ирован не в полной мере.	Дана неверная (неполноце иная) 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 критериев оценивания.	Актуализация перечня критериев оценивания в соответствии с изменениями в процессе.
Уклонение (препятство вание) от проведения аудита.	Невозможн ость 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 объективное ть оценки объекта аудита.	Необъекти вность принимаем ых управление ских решений.	Не все несоответствия выявлены и задокументированы.	- Корректировка отчетных документов. - Повторный - аудит.	Обучение и инструктаж аудиторов перед проведением аудита.
		Аудитор заинтересованное лицо.	Замена членов группы по аудиту.	Проверка на непричастность аудиторов к деятельности подразделения.

