


**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 СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

ДИРВА СМ СО- 02 - 2018

Екатеринбург
2018 г.

Содержание

1.	Цели	3
2.	Область применения	-1
3.	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 СМ СО	15 - 17
16.	Приложение 2. Приказ о проведении внутреннего аудита СМ СО	18-19
17.	Приложение 3. План внутреннего аудита СМ СО. 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 IQNet SR 10:2015	23-33
20.	Приложение 6. Акт о несоответствии / наблюдении и корректирующих действиях по итогам внутреннего аудита	34
21.	Приложение 7. Акт проведения внутреннего аудита СМ СО.	35
22.	Приложение 8. План для проведения заключительного совещания	36
23.	Приложение 9. Сводный отчет по внутренним аудитам СМ СО 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.

Настоящая процедура устанавливает порядок и правила проведения внутренних аудитов СМ СО Учреждения.

Основными целями внутренних аудитов системы менеджмента качества являются:

- определение степени соответствия СМ СО требованиям международного стандарта IQNet SR 10, внутренних нормативных документов, Политике в области социальной ответственности, целям и задачам в области социальной ответственности;
- определение результативности СМ СО в части взаимодействия с заинтересованными сторонами;
- определение направления совершенствования СМ СО (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 по предоставления государственных социальных услуг требованиям и процедурам СМ СО;
- определение способности СМ СО обеспечить соответствие законодательным, договорным и другим требованиям, которые учреждение обязуется выполнять;
- оценка результативности СМ СО 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 СМ СО внедрена, результативна и поддерживается в рабочем состоянии;
- выявление сильных и слабых сторон СМ СО для определения направлений, возможностей и путей постоянного улучшения и совершенствования СМ СО;
- проверки выполнения и оценки эффективности корректирующих мероприятий по результатам внутренних аудитов и действий в отношении рисков.

2. Область применения.

Настоящая процедура описывает цели и методы проведения внутренних аудитов системы менеджмента социальной ответственности, распределение ответственности и полномочий внутри процесса аудита, а также критерии оценки результативности деятельности в рамках этого процесса.

Положения настоящей процедуры применимы в деятельности при планировании, подготовке и проведении внутренних аудитов в учреждении.

Действия настоящей процедуры распространяются на сотрудников Министерства и учреждения, участвующих в проведении внутренних аудитов СМ СО.

Процедура обязательна для применения всеми структурными подразделениями учреждения.

3. Нормативные ссылки.

Настоящая Процедура разработана в соответствии с требованиями следующих нормативных документов:

- ISO 9000 - Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
- IQNet SR 10 - Системы менеджмента социальной ответственности. Требования
- ISO 26000 - Руководство по социальной ответственности
- ISO 19011 - Руководящие указания по аудиту систем менеджмента.
- IAF MD 1:2007. Обязательный документ IAF о сертификации Многоточечных площадок.
- ДИР СМ СО 01-2018

4. Термины, определения, сокращения.

В настоящей процедуре 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	Представитель руководства по качеству
СМ СО	Система менеджмента социальной ответственности

5, Общие положения.

Процедура определяет:

- порядок организации деятельности по планированию и проведению внутренних аудитов, а также взаимодействие сотрудников в рамках процесса предоставления социальных услуг населению 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 в рамках СМ СО, инициируемого руководством учреждения и проводимого силами учреждения и Министерства.

Основанием для инициирования внутреннего аудита является:

- программа внутренних аудитов СМ СО;
- изменения в деятельности СМ СО 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 СМ СО 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 СМ СО Учреждения, которая составляется на календарный год. Форма Программы внутренних аудитов СМ СО приведена в Приложении 1.

При составлении программы внутренних аудитов СМ СО учитываются место и важность процессов, предполагаемых к проверке, результаты анализа деятельности учреждения за прошедший год со стороны руководства, данные систематического мониторинга функционирования процессов СМ СО, 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 и СО.

Программа проведения 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
- при поступлении жалоб и претензий от получателей социальных услуг;
- при введении в действие нового или актуализированного документа;
- при неудовлетворительных результатах оценки результативности процесса;
- после выполнения корректирующих действий;
- после получения неудовлетворительных результатов проведения опроса и анкетирования получателей социальных услуг.

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 проведение аудита.

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

ПРК и СО готовит Приказ на проведение внутреннего аудита СМ СО, 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 СМ СО** 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 СМ СО 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 СМ СО** 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 и СО.

Руководители проверяемых подразделений, получив План внутреннего аудита, информируют работников 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 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, IQNet SR 10, ISO 26000, ISO 19011 и других применимых соответствующих стандартов системы менеджмента социальной ответственности и прочих нормативных документов;
- взаимодействие между элементами стандартов системы менеджмента социальной ответственности 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:
 - У планирование аудита и результативное использование ресурсов во время аудита;
 - У 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 и СО.

9. Проведение внутреннего аудита.

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

Целью вступительной беседы 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** 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 IQNet SR 10, представленными в плане проведения внутренних аудитов для этих подразделений. Записи заносятся в опросном листе 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 СМ СО 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 СМ СО (например, пункт главы Руководства по социальной ответственности) 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 IQNet SR 10 проведены не в полном объеме; п. 9.3.2: Представленный отчет о функционировании СМ СО не содержит входных и выходных данных, требуемых стандартом, например: изменение внутренних и внешних факторов, относящихся к СМ СО; 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 СМ СО.

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 СМ СО, в котором суммируются несоответствия с учетом их значимости для СМ СО и делается вывод о соответствии деятельности проверяемых подразделений учреждения в рамках СМ СО требованиям стандартов, Политике, нормативным документам и запланированным мероприятиям и др. Акт о проведении внутреннего аудита СМ СО в части 3 включает в себя отчет об аудите. Форма **Акта проведения внутреннего аудита СМ СО** 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 СМ СО. Акт проведения внутреннего аудита СМ СО 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 СМ СО. Акт проведения внутреннего аудита СМ СО направляется для согласования Представителю руководства по качеству.

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

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

Результаты внутреннего аудита СМ СО учреждения оформляются следующими документами:

- . План внутреннего аудита СМ СО (**Приложение 3**);
- . Акт проведения внутреннего аудита СМ СО (**Приложение 7**);
- Акты о несоответствии/наблюдении (**Приложение 6**);
- . заполненный Опросный лист (**Приложение 5**).

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

Сводный отчет о внутреннем аудите СМ СО направляется ПРК и СО Учреждения для рассмотрения и согласования.

11. Деятельность после внутреннего аудита.

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

Сводный Отчет о внутреннем аудите СМ СО 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 СМ СО, Акта проведения внутреннего аудита СМ СО, 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 СМ СО. 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 СМ СО, которые проводились согласно Программе внутренних аудитов СМ СО. 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 Годовой программы внутреннего аудита СМ СО, проверку отчетных документов и т. д.

Оценка результативности внутренних аудитов проводится на уровне СМ СО 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 аудита.

Мониторинг рисков осуществляется ПРК и СО на совещании совместно с заместителями директора на этапе планирования внутреннего аудита. Управление рисками в процессе проведения внутреннего аудита 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 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	Дана	Некомпетентность	- Обучение	Обучение и

изучен/ проконтрол ирован не в полной мере.	неверная (неполноце инная) оценка объекта аудита.	членов группы аудита.	аудиторов, - Инструктаж перед проверкой.	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.

Приложение 1

Программа внутренних аудитов по системе менеджмента социальной ответственности (СМ СО) ГАУ «БПНИ» 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 СМ СО	Отметка о проведенном аудите (дата, подпись руководителя группы аудиторов)

Программу разработал: Представитель руководства по качеству

(подпись/Ф.И.О.)

Программа внутренних аудитов СМСО 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 СМСО	Отметка о проведенном аудите (дата, подпись руководителя группы аудиторов)
I кв. Работа по улучшениям по результатам внутренних и внешнего аудитов (раздел 10 стандарта IQNet SR 10).						
1.....						
2.....						
3.....						
II - III кв. Аудиты по подразделениям/по процессам.						
1	Проверяемые подразделения и должностные лица:	05-09.04		Руководитель группы аудиторов: Ф.И.О.		
	1) Директор;	05.04		Аудиторы:	№ 555 №	09.04
	2) ПРК;	06.04	Ф.И.О.	1) Ф.И.О.		Ф.И.О.
	3) Отделение стационар. Зам. Директора;	07 - 08.04	Ф.И.О.	2) Ф.И.О.		Подпись
	4) Пищеблок	09.04	Ф.И.О.	3) Ф.И.О.		
		06.04-09.04	Ф.И.О.			

№ 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 СМ СО	Отметка о проведенном аудите (дата, подпись руководителя группы аудиторов)
п	Процесс оказания соц. услуг: 1) этап ... Подразделение... 2) этап ... Подразделение... 3) этап ... Подразделение...	05-08.07 05.07 06.07 07-08.07	Ф.И.О. Ф.И.О. Ф.И.О.	Руководитель группы аудиторов: Ф.И.О. Аудиторы: 1) Ф.И.О. 2) Ф.И.О. 3) Ф.И.О.	№558 №.....	08.07. Ф.И.О. Подпись

IV кв. Подготовка и прохождение внешнего аудита СМ СО Планирование аудитов на следующий год

- 1.
- 2.
- 3.

Программу разработал: Представитель руководства по качеству

(подпись/Ф.И.О.)

ПРИКАЗ

«__» _____ 201__ года

№

«О проведении внутреннего аудита
системы менеджмента социальной
ответственности»

В соответствии с Программой проведения внутренних аудитов СМ СО на
201__ г.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Провести внутренний аудит системы менеджмента социальной ответственности в период с «__» _____ 201__ г. по «__» _____ 201__ г.
2. Руководителям проверяемых подразделений обеспечить проведение внутреннего аудита СМ СО 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 СМ СО №__.
5. Контроль исполнения настоящего приказа возлагаю на себя.

Директор учреждения

(подпись/Ф.И.О.)

Лист ознакомления

Ознакомлены:

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

Лист согласования

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

Согласовано:

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Подпись	Дата	Замечания

**ПЛАН
внутреннего аудита СМ СО**

(указать название учреждения)

1. Сроки проведения внутреннего аудита СМ СО: 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 СМ СО требованиям стандарта IQNet SR10, внутренних нормативных документов, целям, и задачам Политики в области качества, запланированным мероприятиям;
 - оценка способности СМ СО обеспечивать соответствие применимым, законодательным, нормативным и контрактным требованиям;
 - оценка результативности СМ СО для обеспечения уверенности в том, что поставленные цели могут быть достигнуты.
 - идентификация областей для возможного улучшения СМ СО.
4. Объем проверки включает аудит адекватности документированной информации и аудит соответствия процессов и элементов СМ СО, 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 подразделений

в 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.)

Приложение 3

Приложение к плану внутреннего аудита СМ СО

№ п/п	Время	Мероприятие	Проверяемые объекты (подразделения, должностные лица, процессы) (указать Ф. И. О. представителя)	Пункт стандарта IQNet SR 10 (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			
п		Анализ результатов 1-го дня проверки			
п-й день проверки (дата)					
1		Проверка соответствия			
		Перерыв			
		Проверка соответствия			
п		Оформление результатов проверки			
п		Заключительное совещание			

План для проведения вступительного совещания (пример)

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 СМ СО.
5. Определил необходимость и согласовал порядок доступа внутренних аудиторов к документации СМ СО 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 СМ СО.
12. Дал ответы на все интересующие вопросы присутствующих.

Представитель руководства по качеству:

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

РЕШЕНИЕ: Считать план проверки согласованным.

[illegible]

Приложение 5

Опросный лист для проведения внутренних аудитов в Учреждении в соответствии с требованиями стандарта IQNet SR 10 (для использования в опросном (контрольном) листе)

№	Пункт IQNet SR 10	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 Организация 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 СМ СО?	
4.	4.2	Осуществляет ли Организация 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 СМ СО?	
6.	4.3	Поддерживается ли в рабочем состоянии документированная информация об области применения СМ СО Организации?	
7.	4.3	Приняты ли при определении области применения СМ СО Организации во внимание: • внешние и внутренние факторы (требование п. 4.1)? • требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)? • продукция и услуги организации?	
4.4 Система менеджмента социальной ответственности			
8.	4.4	Разработало, внедрило, поддерживает и постоянно улучшает СМСО Учреждение?	

9.	4.4	<p>Учреждение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • идентифицирует, регистрирует и периодически обновляет данные о реальном и потенциальном влиянии на общество? • идентифицирует и обновляет Реестр ЗС? • определяет методы и критерии оценки значимости воздействия, с учетом потребностей ЗС? • определяет требования в области СО, потребности и ожидания для каждой из ЗС? <ul style="list-style-type: none"> • определяет критерии и методы, необходимые для обеспечения того, чтобы деятельность и контроль в области СО являлись эффективными? • обеспечивает доступность ресурсов и информации, необходимых для поддержки выполнения мониторинга и требований в области СО? • производит мониторинг, измеряет, где это применимо, и анализирует требования стандарта? • Осуществляет действия, необходимые для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения?
10.	4.4	Сохраняется ли документированная информация о процессах СМ СО?

5.1 Лидерство и приверженность

5.2 Политика в области социальной ответственности

5.3 Функции, ответственность и полномочия в организаций

5.4 Кодекс этики

11.	5.1	<p>Имеются ли доказательства демонстрации лидерства и приверженности высшего руководства посредством:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обеспечения разработки политик, кодекса поведения и целей, которые согласуются со стратегическим направлением развития организации; • обеспечения интеграции требований системы менеджмента социальной ответственности в процедуры ведения бизнеса организации; • обеспечения доступности ресурсов, необходимых для системы менеджмента социальной ответственности; • доведения до сведения персонала организации важности результативного управления в соответствии с требованиями системы менеджмента социальной ответственности; • обеспечения достижения системой менеджмента социальной ответственности ожидаемых результатов; • руководства и оказания поддержки участия лиц в обеспечении результативности системы менеджмента социальной ответственности; • содействия постоянному улучшению.
-----	-----	---

12.	5.2	Соответствует ли политика в области социальной ответственности намерениям Организации и её организационной среде: адаптирована к цели деятельности учреждения, её заинтересованным сторонам, влияниям, географической области, видам деятельности и сфере воздействия; создает основу для установления целей; включает в себя обязательство соблюдать принципы социальной ответственности в соответствии со стандартом ISO 26000 (отчетность, прозрачность, этическое поведение, уважение интересов заинтересованных сторон, уважение верховенства закона, уважение международных норм поведения и уважение прав человека); включает в себя обязательство соответствовать применимым требованиям; включает в себя обязательство постоянно улучшать систему менеджмента социальной ответственности?	
13.	5.2	Доступна ли политика в области качества: в виде документированной информации; доведена до сведения внутри учреждения; для заинтересованных сторон; ссылается на кодекс поведения учреждения и согласована с другими политиками учреждения?	
14.	5.3	Проведено ли распределение ответственности, полномочий в рамках СМ СО?	
15.	5.4	Разработало ли Учреждение кодекс поведения, который: а) определяет ценности учреждения, поддерживающие принцип устойчивости и социальной ответственности; б) служит в качестве руководства к действию, содействует процессу принятия решений и улучшает профессиональное поведение; в) обеспечивает общую модель действий для этического поведения в отношении его целей и деятельности и способствует интеграции устойчивости и социальной ответственности в рамках учреждения?	
16.	5.4	Направлен ли кодекс поведения на сотрудников учреждения и на все заинтересованные стороны? Обладает ли максимально возможной объективностью и имеет ли четкие критерии интерпретации и реализации? Доступен ли для заинтересованных сторон и доведён до их сведения? Определяет ли меры контроля, обеспечивающие соответствие положениям кодекса поведения?	
6.1 Действия в отношении рисков и возможностей			
6.2 Идентификация и оценка факторов			
6.3 Цели и планирование их достижений			
6.4 Законодательные и иные требования			
17.	6.1	Учитываются ли при планировании СМ СО внешние и внутренние факторы (требование п. 4.1) и требования заинтересованных сторон (требование п. 4.2)?	

18.	6.1	Осуществляется ли в Организации планирование: <ul style="list-style-type: none">• действий по обращению с рисками и возможностями?• интегрированы и внедрены ли действия в процедуры СМ СО, оценивая результативность этих действий?	
19.	6.2	Идентифицировало и оценило ли Учреждение значимости и существенность факторов: <ul style="list-style-type: none">• на оказание положительного и отрицательного влияние на заинтересованные стороны;• на важность отражения экономических, экологических и социальных влияний, а также воздействие на устойчивость и социальную ответственность организации?	
20.	6.3	Согласуются ли цели с политикой, кодексом поведения и результатами оценки факторов?	
21.	6.3	Являются ли цели в области социальной ответственности измеримыми?	
22.	6.3	Обеспечено ли доведение целей в области социальной ответственности до сведения персонала Организации?	
23.	6.3	Определяются ли при планировании целей в области социальной ответственности: <ul style="list-style-type: none">• действия по выполнению?• необходимые ресурсы?• ответственные лица?• сроки выполнения?• методы оценки результатов достижения?	
24.	6.4	Обеспечивает ли Учреждение законодательные и иные требования? Сохраняется ли документированная информация, свидетельствующая о разработке, внедрении, поддержании и периодическом анализе процесса идентификации?	
7 Поддержка:			
7.1 Ресурсы			
7.2 Компетентность			
7.3 Осведомленность			
7.4 Коммуникации			
25.	7.1	Выделены ли необходимые ресурсы для разработки, внедрения и постоянного улучшения СМСО?	
26.	7.2	Установлены ли требования к необходимой квалификации и компетентности персонала, выполняющего работу, находящуюся под управлением организации, которые оказывают влияние на функционирование и результативность СМСО?	
27.	7.2	Определены ли для персонала требования к: <ul style="list-style-type: none">• образованию?• подготовке?• практическому опыту?	
28.	7.2	Определена ли потребность в подготовке и повышении квалификации персонала?	
29.	7.2	Проводится ли оценка результативности проводимой подготовки и повышения квалификации?	

30.	7.2	Сохраняется ли документированная информация о соответствующем образовании, подготовке и опыте персонала?	
31.	7.3	Осведомлен ли персонал о: <ul style="list-style-type: none">• политике в области социальной ответственности?• целях в области социальной ответственности?• своем вкладе в результативность СМ СО, включая пользу от улучшения результатов деятельности?• последствиях несоблюдения требований СМ СО?	
32.	7.4	Определена ли Организацией потребность во внешнем и внутреннем обмен информации, относящихся к СМ СО?	
7.5 Документирования информация			
33.	7.5.1	Включена ли в СМ СО вся необходимая документированная информация СМ СО?	
34.	7.5.2	Определена ли система идентификации и описания документированной информации?	
35.	7.5.2	Определен ли формат и носитель?	
36.	7.5.3	Обеспечен ли анализ и одобрение документированной информации при её разработке и актуализации на пригодность и адекватность?	
37.	7.5.3	Обеспечена ли доступность документированной информации для пользователей, где и когда она необходима?	
38.	7.5.3	Обеспечена ли защита документированной информации от несоблюдения конфиденциальности, неподходящего использования, потери целостности?	
39.	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 информации?	
8 Операционная деятельность и заинтересованные стороны 8.1 Планирование и управление операциями			
40.	8.1	Идентифицировала ли Учреждение все заинтересованные стороны? Внедрила ли Учреждение управление действиями с ЗС?	
8.2 Владельцы и учредители			
41.	8.2.1	Определила ли Организация эффективность и результативность менеджмента?	
42.	8.2.2	Определило ли Учреждение механизмы и систему контроля для обеспечения: <ul style="list-style-type: none">• выполнения своих обязанностей;• честности, дисциплины и лояльности по отношению к интересам владельцев и заинтересованных сторон?	
43.	8.2.3	Формируется ли достоверная, точная и актуальная информация для общества в целом, так и для заинтересованных сторон?	

44.	8.2.4	Введены ли в действие необходимые механизмы, обеспечивающие реализацию прав голоса и представительства динамичным и результативным способом, и, насколько это практически возможно, обеспечивается ли добросовестное использование таких механизмов в целях достижения корпоративных целей учреждения?	
8.3 Сотрудники			
45.	8.3.1	Уважает ли учреждение и способствует ли результативному поддержанию равенства возможностей и обращения независимо от расы, пола, материнства/отцовства, политической принадлежности, межличностных отношений, национальности, социального происхождения, здоровья, возраста, инвалидности или иных личностных характеристик и, в частности, не проявляет ли никакой прямой или косвенной дискриминации в области найма, обучения, развития или продвижения по службе, не нарушает ли соответствующих прав?	
46.	8.3.1	Установлены ли эффективные механизмы помощи в достижении равенства возможностей в случаях с лицами или группами, страдающими от объективных недостатков и отсутствия равенства в возможностях?	
47.	8.3.2	Не нарушает ли поведение Учреждения права на частную жизнь ее сотрудников и их семей?	
48.	8.3.2	Гарантируют ли методы работы учреждения конфиденциальность личной информации ее сотрудников, кроме того, обеспечиваются ли необходимые каналы для информирования сотрудников об использовании их персональной информации?	
49.	8.3.3	Существуют ли механизмы, обеспечивающие то, чтобы принудительный труд не использовался ни внутри учреждения, ни при оказании социальных услуг?	
50.	8.3.4a	Идентифицируются и выполняются ли все законодательные требования в части охраны труда и безопасности?	
51.	8.3.4b	Идентифицируются и оцениваются ли риски безопасности и охраны труда связанные с деятельностью Учреждения и на рабочих мест?	
52.	8.3.4c	Внедрена ли программа безопасности и охраны труда?	
53.	8.3.4d	Обеспечивается ли инфраструктура, включая наличие необходимых средств индивидуальной защиты в целях предотвращения профессиональных травм, заболеваний и инцидентов?	
54.	8.3.4e	Проводится ли специальное обучение и информирование в части охраны труда и безопасности?	
55.	8.3.4.f	Ведутся ли записи и расследования в отношении всех инцидентов и проблем, касающихся охраны труда и безопасности, чтобы свести их к минимуму или искоренить?	
56.	8-3.4g	Разработан ли, если это необходимо, план действий в аварийных ситуациях?	
57.	8.3.5	Разработаны ли рабочие среды и места с учетом универсальных критериев удобства, чтобы сделать их доступными для наибольшего возможного количества человек, чтобы избежать дискриминации по причине физической неполноценности?	
58.	8.3.6	Уважает ли учреждение права сотрудников на образование собраний и коллективных представительств и права на ведение совместных переговоров?	
59.	8.3.6	Обеспечивается ли то, чтобы к представителям персонала и членам союзов не применялись меры дискриминации, и уважает ли учреждение нормальный уровень их деятельности?	
60.	8.3.7	Разработана ли политика в области оплаты труда, которая поддерживает достойный уровень жизни?	

61.	8.3.7	Поддерживаются ли в рабочем состоянии необходимые механизмы, обеспечивающие предоставление сотрудникам информации об их оплате труда, а также любых изменениях в оплате труда?
62.	8.3.7	Обеспечиваются ли достойные условия труда касательно часов работы, еженедельных выходных и отпусков?
63.	8.3.7	Соблюдаются ли национальное законодательство, соглашения, принятые в сфере социального обслуживания, в тех случаях, где применимо - коллективные договоры, а так же применимые стандарты MOT как в части обычной работы, так и в части сверхурочной?
64.	8.3.7	Компенсируется ли сверхурочная работа согласно законодательным требованиям и в соответствии с трудовыми договорами?
65.	8.3.7	Разработана ли кадровая политика, которая соответствует действующему законодательству и включает в себя все установленные законодательством элементы, затрагивающие защиту общественных прав (страховка в части заболеваний и несчастных случаев, пенсионное страхование, страхование по безработице и др.) в целях стабильности и качества труда?
66.	8.3.8	Оказывается ли сотрудникам содействие в приобретении и обновлении знаний и компетенций, которые могут повысить перспективу их карьерного роста и производительность, а также конкурентоспособность организации?
67.	8.3.8	Создаются ли внутренние инструменты поддержки карьерного роста (при возможности)?
68.	8.3.9	Учитываются ли ожидания и нужды сотрудников в области приемлемого соотношения между их работой и частной жизнью, обеспечивая при этом, чтобы меры в настоящей части отрицательно не влияли на учреждение?
69.	8.3.9	Рассматривается ли возможность проведения мер в отношении управления персоналом, организации работы и повышения квалификации, применения схем, предусматривающих гибкость рабочего графика и возможность смены рабочего места, учёта личных ситуаций сотрудников, особенно в случаях, когда сотрудник несёт ответственность, связанную с опекой над ребёнком или иным иждивенцем?
70.	8.3.10	Уважает ли учреждение человеческое достоинство сотрудников и принимает ли меры против прямого попрания человеческого достоинства, особенно в части сексуальных домогательств, насилия на рабочем месте и морального преследования?

8.4 Клиенты, пользователи и потребители

71.	8.4.1	При оказании социальных услуг осуществляется ли их продвижение и реклама с соблюдением человеческого достоинства, а также здоровья и безопасности способом, не вводящим в заблуждение, не поощряющим незаконное либо опасное поведение и не направленным против положений социальной ответственности или принципов настоящего стандарта?
72.	8.4.2	Заключаются и исполняются ли контракты согласно принципам открытости, достоверности, доверительности и добровольности??
73.	8.4.2	Избегает ли организация злоупотреблением любым вероятным доминирующим положением
74.	8.4.2	Предоставляется ли ясная, понятная и полная информация получателям социальных услуг в отношении порядка предоставления социальных услуг учреждением?

75.	8.4.2	Соблюдаются ли сроки и условия, согласованные с пользователями, заказчиками и потребителями, в том числе при деятельности во время и после поставки, а так же условия, которые не оговорены отдельно, но выполнение которых необходимо для возможного, оговоренного или предполагаемого использования?	
76.	8.4.3	Установлены ли механизмы сохранения надлежащей конфиденциальности в части отношений с получателями социальных услуг и уважения неприкосновенности их частных данных?	
77.	8.4.4	При взаимодействии с получателями социальных услуг принимаются ли соответствующие меры по искоренению ставящих под угрозу объективность и независимость сторон коррупции, вымогательства и взяточничества?	
78.	8.4.5	Установлены ли процедуры рассмотрения и разрешения, по необходимости, жалоб, претензий и предложений получателей социальных услуг?	
79.	8.4.5	Обнаружится ли информация о существовании процедур, устанавливающих обязанности, в том числе, в отношении подтверждения получения, а также устанавливающих конкретные сроки предоставления ответа, и разъясняются ли правила доступа к ним?	
80.	8.4.6	Предоставляются ли социальные услуги, соответствующие законодательным требованиям, а также учитывающие критерии в области качества, безопасности, охраны окружающей среды, надежности и, на прогрессивной основе, всеобщей доступности?	
81.	8.4.6	Предоставлена ли вся информация, касающаяся всеобщей доступности в сфере социального обслуживания, если это применимо?	
8.5 Поставщики продукции, поставщики услуг и партнеры			
82.	8.5.1	Созданы ли механизмы по обеспечению выполнения принципов и требований социальной ответственности при оказании социальных услуг особым вниманием к прямым поставщикам, на которых оказывается наиболее сильное влияние?	
83.	8.5.2	Заключаются и исполняются ли контракты согласно принципам открытости, достоверности, надежности и добросовестности с особым вниманием к прямым поставщикам?	
84.	8.5.2	Выполняются ли контракты в соответствии с содержащимися в них их условиями?	
85.	8.5.2	Исключено ли злоупотребление доминирующим положением, в том числе касательно финансовых гарантий и условий оплаты?	
86.	8.5.2	Разработаны и учитываются ли при отборе поставщиков критерии, основанные на социальной ответственности, продвигая применение методов, учитывающих положения социальной ответственности в цепи поставок?	
87.	8.5.3	Разработаны ли механизмы для сохранения надлежащей конфиденциальности в отношениях с поставщиками, и уважает ли учреждение конфиденциальность их информации?	
88.	8.5.4	Предпринимаются ли соответствующие меры, обеспечивающие, чтобы отношения с поставщиками исключали ставящие под сомнение объективность и независимость сторон коррупцию, вымогательство и взяточничество, а также обеспечивающие соблюдение интересов поставщиков (например, интеллектуальная собственность)?	
8.6 Органы государственного и местного управления и власти, регулирующие органы			
89.	8.6.1	Поддерживаются ли отношения открытости и сотрудничества с различными государственными органами?	

90.	8.6.2	Воздерживается ли учреждение от любого неправомерного вмешательства в политическую сферу?	
91.	8.6.2	При участии в политической жизни учреждение ясно и открыто формулирует условия, при которых ее руководители и сотрудники могут принимать участие в политической жизни?	
92.	8.6.3	Выполняются ли налоговые обязательства на всех территориях, где учреждение осуществляет свою деятельность?	
93.	8.6.4	Предпринимаются ли соответствующие меры по пресечению коррупции и взяточничества в отношениях с государственными и/или политическими структурами, что способствует достижению объективности и независимости сторон?	
8.7 Местное сообщество, общественность и общественные организации			
94.	8.7.1	Вносит ли учреждение вклад в устойчивое развитие общества и среды, в которых функционирует посредством своей текущей и будущей деятельности, насколько это позволяют её возможности?	
95.	8.7.2	Способствует ли учреждение укреплению экономического роста и накоплению богатства с целью улучшить среду, в которой она функционирует, с учетом развития на местном уровне посредством политики, содействующей найму сотрудников разного уровня квалификации в той степени, в какой это возможно, и использования услуг местных поставщиков?	
96.	8.7.2	Осуществляется ли деятельность учреждения так, чтобы приносить пользу, как учреждению, так и обществу в части занятости и благосостояния населения?	
97.	8.7.3	Уважительно ли относится учреждение к культурному наследию и культуре, а также к образу жизни общества в части, затрагиваемой деятельностью организации?	
8.8 Окружающая среда			
98.	8.8.1	Идентифицирует и оценивает ли учреждение экологические аспекты своей деятельности с целью надлежащего управления ими?	
99.	8.8.1	Принимает ли учреждение меры по предотвращению или сведению к минимуму своего воздействия на изменения климата и оптимизирует ли использование материалов, горючего, энергии, воды и прочих ресурсов?	
100.	8.8.2	Предотвращает ли учреждение, в рамках своей сферы влияния, отрицательные последствия для экологической системы, которые могут привести к утрате, сокращению численности или исчезновению видов и/или естественных сред обитания, физическим изменениям в морской среде, утрате биологического разнообразия и нерациональному использованию ресурсов живой природы?	
101.	8.8.3	Выполняет ли учреждение с особой тщательностью соответствующие нормы законодательства, касающиеся обеспечения обращения и ухода за животными?	
8.9 Конкуренты			
102.	8.9а	Уважает ли учреждение имущественные права конкурентов (материальные и нематериальные) и избегает ли неэтичных практик, таких, как промышленный шпионаж?	

103.	8.9Б	Избегает ли учреждение поощрения или заключения договоров, незаконно или нелегально ограничивающих деятельность?	
9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценка			
104.	9.1	Установлены, внедрены и поддерживаются ли в рабочем состоянии соответствующие методы мониторинга, измерения, анализа улучшения функционирования системы менеджмента социальной ответственности?	
105.	9.1	Сохраняется документированная информация, свидетельствующая о выполнении требований по мониторингу и измерениям?	
106.	9.1	Проводится ли анализ и оценка данных и информации, получаемых в ходе мониторинга, измерений?	
9.2 Ожидания заинтересованных сторон			
107.	9.2	Проводится ли периодический мониторинг информации, касающейся мнения значимых заинтересованных сторон в части того, выполняет ли учреждение их требования и ожидания, касающиеся поведения в области социальной ответственности?	
9.3 Внутренний аудит			
108.	9.3а	Проводятся ли внутренние аудиты СМСО?	
109.	9.3а	Проводятся ли внутренние аудиты СМСО через запланированные интервалы времени?	
110.	9.3Б	Определены ли критерии и область применения аудитов?	
111.	9.3с	Являются ли аудиторы объективными и беспристрастными?	
112.	9.3d	Доводятся ли результаты аудитов до соответствующих руководителей?	
113.	9.3е	Сохраняется ли документированная информация по результатам аудитов?	
9.4 Анализ со стороны руководства			
114.	9.4	Проводится ли периодический анализ СМСО со стороны руководства?	
115.	9.4.	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?• изменения влияющие на СМСО?• степени достижения целей в области качества?• информации о функционирование СМСО, в том числе информацию о заинтересованных сторонах?• результатов проверок соответствия кодексу поведения, законодательным требованиям?• обмена информацией с ЗС и обратную связь, включая жалобы и претензии?• результатов внешних и внутренних аудитов?• ситуации в отношении корректирующих действий?• результатов для постоянного улучшения?	
116.	9.4	Сохраняется документированная информация о проведенных анализах со стороны руководства?	
10 Улучшение			

117.	10.1	Проводиться ли Учреждением: <ul style="list-style-type: none"> • идентификация несоответствия; • действия для управления и коррекции несоответствия; • оценка по предотвращению несоответствия и повторного возникновения; • результативность проведенных корректирующих действий; • при необходимости внесение изменений в СМСО; • внесение рекомендации по действиям? 	
118.	10.1	Сохраняется ли документированная информация о выявленных несоответствиях, предпринимаемых действиях и результативности этих действий?	
119.	10.2	Имеются ли свидетельства постоянного улучшения пригодности, адекватности и результативности СМСО?	
120.	10.2	Определяет ли Организация 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.)

Дата _____ г.

Приложение 6

**Акт несоответствия/ наблюдений и корректирующих действий по итогам
внутреннего аудита № _____ от _____**

Часть 1					
Проверяемый объект (подразделение, должностное лицо, процесс):				Стандарт:	
Аудитор:		(Ф.И.О.) (подпись)		Дата	(день, месяц, год)
Часть 2. Несоответствие/Наблюдение*					
				Градация: значительное Q незначительное	
				Пункт стандарта	
				Руководитель группы аудиторов	
				(подпись)	
				Руководитель проверяемого подразделения	
				(подпись)	
Часть 3. Причины несоответствия / Коррекция и корректирующие действия					
Причины несоответствия:				Предполагаемая дата выполнения	
				(день, месяц, год)	
Коррекция и корректирующие действия:				Руководитель проверяемого подразделения	
				(Ф.И.О.)	
				(подпись)	
Корректирующие д		ействия приняты			
		(Ф.И.О.)		(подпись)	
				Дата	
				(день, месяц, год)	
Часть 4. Подтверждение устранения несоответствия					
Корректирующее действие результативно: Да Нет				Дата	
				(день, месяц, год)	
Аудитор					
(Фамилия, И.О.) (подпись)					

АКТ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СМ СО № _____

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: *Руководителям проверенных подразделений
подготовить План корректирующих мероприятий по устранению несоответствий,
выявленных входе проведения внутреннего аудита СМ СО (пример)*

Система менеджмента качества результативна:

Да Q Нет Q

Руководитель группы аудиторов		Руководители проверяемых подразделений	
	(подпись)		(подпись)
			(подпись)
Примечание (предложения по улучшениям, положительные практики в подразделении и др.):			

1. Поблагодарил сотрудников Учреждения за оказанную помощь в организации 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 СМ СО.
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 СМ СО.
5. Проинформировал о требованиях по срокам представления Плана корректирующих мероприятий по устранению несоответствий по всем выявленным несоответствиям, включая анализ причин возникновения несоответствий.
6. Проинформировал о сроках предоставления Акта проведения внутреннего аудита СМ СО.
7. Проинформировал о порядке подачи претензий/апелляций по проведению или по заключениям по результатам аудита.
8. Дал ответы на все интересующие вопросы присутствующих.

1. Поблагодарил группу внутренних аудиторов за проделанную работу.

[illegible]

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ за _____ год
по внутренним аудитам СМ СО учреждения (название)

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

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

По результатам проведенных внутренних аудитов оформлены Акты о несоответствиях и наблюдениях в количестве ____ . *(смотреть часть 3 Актов проведения внутреннего аудита СМ СО)*

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 СМ СО учреждения подготовил:

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

Приложение 10

**План
корректирующих мероприятий по устранению несоответствий,
выявленных в ходе проведения внутреннего аудита СМ СО № __**

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

План подготовил:
Руководитель проверенного подразделения

(подпись/Ф.И.О.)

Лист согласования (вставить свой лист согласования учреждения - если имеется)

Заместитель директора	_____	_____	И.О.Фамилия
	Подпись	Дата	
Заместитель директора	_____	_____	И. О. Фамилия
	Подпись	Дата	
Заместитель директора	_____	_____	И.О.Фамилия
	Подпись	Дата	
Юрисконсульт	_____	_____	И. О. Фамилия
	Подпись	Дата	

Лист регистрации изменений

№ из- ме- не- ния	Номера листов (страниц)			№ документа- основания	Подпись	Дата	Срок введения изменения
	замененных	новых	аннулированных				