

**Федеральное государственное бюджетное учреждение науки  
Институт горного дела Уральского отделения Российской академии наук  
(ИГД УрО РАН)**

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор ИГД УрО РАН,

д.т.н, проф.

\_\_\_\_\_ С.В. Корнилков

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2012 г.

**СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ**

---

ПРОЦЕДУРА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

СТО ПСМК 88- 16359-002-2012

---

Введен в действие приказом:

От \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Дата введения 2012- \_\_ - \_\_

**СОГЛАСОВАНО**

Зам. директора по научным вопросам/

Представитель руководства,

ответственный за качество

А.В. Глебов

Руководитель Службы качества

Ю.Г. Феклистов

Екатеринбург 2012



## Содержание

1	Назначение и область распространения	3
2	Нормативные ссылки	3
3	Термины и определения	3
4	Ответственность	4
5	Характеристики процесса «Внутренний аудит»	5
6	Общие положения	7
	6.1 Общие требования	7
	6.2 Подготовка к аудиту	8
	6.3 Подготовка к аудиту на месте	9
	6.4 Проведение аудита на месте	9
	6.5 Подготовка и утверждение итогового отчета по аудиту	10
	6.6 Анализ итогового отчета высшим руководством	11
	6.7 Верификация корректирующих и предупреждающих действий	11
	6.8 Анализ внутренних аудитов	12
7	Требования к подготовке аудиторов	13
	7.1 Требования к внутренним аудиторам	13
	7.2 Поддержание и повышение уровня внутренних аудиторов	14
	7.3 Процесс оценивания внутренних аудиторов	14
8	Алгоритм процесса «Внутренний аудит»	15
9	Ведение, хранение документации и записей по аудиту	17
	Приложение А Форма годового плана внутреннего аудита	18
	Приложение Б Форма программы проведения внутреннего аудита	19
	Приложение В Форма опросного листа по проведению внутреннего аудита	20
	Приложение Г Форма контрольного листа аудита	21
	Приложение Д Форма отчета о несоответствии	22
	Приложение Е Форма итогового отчета по аудиту	23
	Приложение Ж Классификация несоответствий	24
	Приложение И Форма плана корректирующих и предупреждающих действий	24
	Приложение К Последовательность и ответственность за корректирующие предупреждающие действия	25
	Приложение Л Форма справки о работе аудиторской группы	26
	Лист рассылки и ознакомления	26
	Лист регистрации изменений	27



## 1 Назначение и область распространения

1.1 Настоящая документированная процедура устанавливает ответственность и требования к планированию и проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института горного дела Уральского отделения Российской академии наук (далее Институт или ИГД УрО РАН), документированию и поддержанию в рабочем состоянии свидетельств аудита, а также к последующим действиям, включая верификацию предпринятых мер.

1.2 Положения настоящей документированной процедуры обязательны для внутренних аудиторов, проводящих внутренний аудит и сотрудников всех структурных подразделений Института.

1.3 Настоящая документированная процедура входит в состав документов системы менеджмента качества Института.

1.4 Данная процедура развивает положения РК СМК 88-16359-2012 «Руководство по качеству Института горного дела УрО РАН» в части требований п.8.2.2 «Внутренние аудиты (проверки)».

## 2 Нормативные ссылки

В настоящей документированной процедуре использованы ссылки на следующие нормативные документы:

МС ИСО 9000:2005	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
МС ИСО 9001:2008	Системы менеджмента качества. Требования;
МС ИСО 19011:2002	Методические рекомендации по аудиту систем менеджмента качества и/или охраны окружающей среды;
МС ИСО 9004:2009	Системы менеджмента качества. Рекомендации к улучшению деятельности;
РК СМК 88-16359-2012	Руководство по качеству Института горного дела УрО РАН;
СТО ПСМК 88-16359-001-2012	«Управление документацией и записями по качеству»;
СТО ПСМК 88-16359-003-2012	«Управление несоответствиями, корректирующими и предупреждающими действиями».

## 3 Термины и определения

В настоящей документированной процедуре применяются термины и определения в соответствии с МС ИСО 9000, МС ИСО 19011.

**Аудит** – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита о результатах деятельности и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев, установленных программой и планом аудита

Примечание – Внутренние аудиты, называемые «аудитами первой стороной», проводит для внутренних целей сама организация или от ее имени. Результаты внутреннего аудита могут служить основанием для декларации о соответствии.

**Аудиторская группа**

- один или несколько аудиторов, проводящих аудит.

**Ведущий аудитор**

- руководитель аудиторской группы.

**Аудитор**

– лицо, обладающее компетентностью и соответствующими



<b>Качество</b>	полномочиями для проведения аудита.
<b>Компетентность</b>	– степень соответствия присущих характеристик требованиям.
<b>Корректирующие действия</b>	– выраженные личные качества и способность применять свои знания и умения.
<b>Корректирующие действия</b>	– действия, предпринятые для устранения причин существующего несоответствия, дефекта или другой обнаруженной нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить их повторное возникновение.
<b>Критерии аудита</b>	– совокупность политик, процедур или требований, которые используются как основа для сравнения и применяются в виде ссылок
<b>Несоответствие</b>	– выявленное при проведении аудита отклонение, приводящее или могущее привести к нарушению функционирования системы менеджмента качества. Не устраненное замечание, выявленное повторно при последующем аудите, классифицируется также как несоответствие.
<b>Область аудита</b>	– содержание и границы аудита. Примечание – Область аудита обычно включает местонахождение, организационную структуру, виды деятельности и процессов, а также охватываемый период.
<b>Отклонение</b>	– невыполнение установленного требования.
<b>План аудита</b>	– описание деятельности и мероприятий по проведению аудита.
<b>Планирование качества</b>	– часть менеджмента качества, направленная на установление целей в области качества и определяющая необходимые операционные процессы жизненного цикла продукции и соответствующие ресурсы для достижения целей в области качества
<b>Предупреждающие действия</b>	– действия, предпринятые для устранения причины потенциального несоответствия или другой нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить их возникновение.
<b>Свидетельства аудита</b>	– записи, изложение фактов и другая информация, связанная с критериями аудита, которая может быть перепроверена.

#### **4 Ответственность**

4.1 Ответственность за проведение данной документированной процедуры несет Представитель руководства по качеству (далее ПРК).

4.2 Ответственность за внедрение и управление процедурой несет ведущий внутренний аудитор Института – специалист Службы качества.

4.3 Ответственность за разработку процедуры, ее соответствие требованиям ИСО 9001, ИСО 19011, за организацию и координацию деятельности по выполнению конкретных этапов процесса внутреннего аудита и их конечные результаты несет Служба качества Института.

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

**5 Характеристика процесса «Внутренний аудит»**

5.1 Характеристика процесса приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика процесса «Внутренний аудит»

<b>Характеристика процесса</b>	<b>Содержимое характеристики</b>
1	2
Владелец процесса	Директор Института
Руководитель процесса	ПРК
Полное наименование процесса	Внутренний аудит системы менеджмента качества
Цель процесса	<ul style="list-style-type: none"><li>- оценка степени соответствия СМК Института требованиям МС ИСО 9001, и другим критериям аудита (стандартам, договору и т.д.);</li><li>- определение соответствия СМК установленным требованиям;</li><li>- оценка результативности функционирования СМК и определение возможностей и путей ее улучшения</li><li>- оценка способности Института выполнять требования договора (контракта);</li><li>- определение всех причин выявленных несоответствий (основных, дополнительных, сопутствующих);</li><li>- проверка и оценка результативности корректирующих и предупреждающих действий по результатам предыдущих проверок</li><li>- разработка мероприятий по совершенствованию СМК.</li></ul>
Нормативы процесса	МС ИСО 9001, МС ИСО 19011, документы СМК Института
Входы процесса	<ul style="list-style-type: none"><li>- Годовой план аудита СМК;</li><li>- указания Высшего руководства Института;</li><li>- рекламации потребителей;</li><li>- изменения в основных процессах, процедурах или организационной структуре Института</li></ul>



1	2
Выходы процесса	<ul style="list-style-type: none"><li>- Отчет о проведении аудита (в том числе отчет о несоответствии)</li><li>- Результаты верификации предпринятых мер по предыдущему аудиту, корректирующим и предупреждающим действиям;</li><li>- Список аудиторов;</li><li>- Цели и программа аудита;</li><li>- Результаты анализа рекламаций;</li><li>- Замечания по проведению аудита;</li><li>- Протокол анализа отчета внутреннего аудита;</li><li>- Результаты анализа внутренних аудитов</li></ul>
Ресурсы	<ul style="list-style-type: none"><li>- персонал;</li><li>- документация Института;</li><li>- нормативная документация по СМК.</li></ul>
Поставщики процесса	<ul style="list-style-type: none"><li>- Высшее руководство;</li><li>- Внешние аудиторы;</li><li>- Все процессы.</li></ul>
Потребители процесса	<ul style="list-style-type: none"><li>- Высшее руководство Института;</li><li>- Подразделения института;</li><li>- Процесс «Управление несоответствиями, корректирующие и предупреждающие действия», «Анализ со стороны руководства».</li></ul>
Измеряемые параметры	<ul style="list-style-type: none"><li>- сроки и объемы выполнения планов проверок;</li><li>- количество несоответствий выявленных внешними аудиторами, которые не были учтены при внутреннем аудите.</li></ul>
Показатели результативности процесса	<ul style="list-style-type: none"><li>- своевременность и полнота выполнения планов проверок;</li><li>- уменьшение количества несоответствий выявленных внешним аудиторами, которые не были учтены при внутреннем аудите.</li></ul>
Периодичность оценки	<ul style="list-style-type: none"><li>- не реже одного раза в год</li></ul>



## **6 Общие положения**

### **6.1 Общие требования**

6.1.1 Внутренние аудиты могут быть плановыми и внеплановыми.

6.1.2 Проведение внутренних аудитов осуществляется в соответствии с данной процедурой, МС ИСО 9001 и МС ИСО 19011 по разработанному годовому плану аудита, приведенному в Приложении А.

6.1.3 Годовой план проведения внутренних аудитов СМК на будущий год разрабатывается ведущим внутренним аудитором до 20 декабря текущего года, и утверждается заместителем директора по научным вопросам/ПРК.

Годовой план вводится в действие приказом Директора Института.

6.1.4 Цель годового плана аудита – спланировать вид и количество аудитов, идентифицировать и обеспечить ресурсами, необходимыми для их проведения.

6.1.5 Годовой план разрабатывается с учетом:

- статуса и важности проверяемых процессов;
  - результатов предыдущих аудитов;
  - указаний высшего руководства;
  - целей аудитов (как всей СМК, так и ее отдельных требований);
  - динамики появления несоответствий;
  - актов по результатам сертификации и инспекционного контроля;
  - проведения структурных или других организационных изменений (изменение структуры управления, формы собственности и т.п.).
- изменения требований нормативных и законодательных документов и требований потребителей.

6.1.6 Годовой план проведения аудитов СМК должен содержать:

- цели аудита;
- критерии аудита;
- область аудита (проверяемые подразделение/сотрудники, процессы СМК, которые подвергаются аудиту, период времени аудита);
- Ф.И.О. ведущего аудитора;
- Ф.И.О. аудиторов.

6.1.7 Периодичность (частота) внутренних аудитов процессов СМК или отдельных направлений устанавливается в зависимости от статуса и важности процессов, но не реже одного раза в год.

6.1.8 Согласованный и утвержденный годовой план аудитов рассылается Службой качества руководителям всех подразделений, указанных в плане.

6.1.9 Изменения в годовой план проведения внутренних аудитов вносятся по решению ПРК в следующих случаях:

- введение в действие новых документов СМК;
- поступление информации от потребителей или контролирующих внешних организаций о несоответствии качества продукции установленным требованиям;
- наличие рекомендаций аудиторов.

6.1.10 Внеплановые внутренние проверки проводятся при необходимости и вносятся в свободные графы с указанием причины проведения и даты.

6.1.11 Программу конкретного аудита составляет ведущий аудитор или руководитель Службы качества и утверждает зам. директора по научным вопросам/ПРК.



## 6.2 Подготовка к аудиту

6.2.1 Проведение внутреннего аудита осуществляется в соответствии с требованиями данной процедуры годовым планом на основании приказа Директора Института, в котором назначается ведущий аудитор и группа аудиторов.

6.2.2 Алгоритм процесса приведен в разделе 8 данной процедуры.

6.2.3 Назначение ведущего аудитора и аудиторской группы

6.2.3.1 Ведущий аудитор и состав группы аудиторов назначается по представлению руководителя процедурой (ПРК) с учетом компетентности, необходимой для достижения целей аудита, и независимости от деятельности, которая должна проверяться.

6.2.3.2 Процесс обеспечения оценивания компетентности аудиторов должен осуществляться в соответствии с разделом 7 МС ИСО 19011 и раздела 7 данной процедуры.

6.2.3 В соответствии с годовым планом внутренних аудитов ведущий аудитор планирует проведение конкретных аудитов, а именно:

- составляют программу проведения аудита;
- распределяют обязанности между членами группы по аудиту;
- извещают проверяемое подразделение о времени и объектах аудита.

6.2.4 Программа внутреннего аудита разрабатывается на основании годового плана внутренних аудитов СМК и включает:

- наименование проверяемого структурного подразделения и/или процессов СМК;
- основание для аудита;
- цели, критерии, объемы данного аудита;
- состав группы аудиторов и сопровождающих лиц;
- график и сроки работы, включая совещания;
- сроки обобщения и согласования результатов аудита;
- распределение ресурсов для проведения аудита;
- ссылки на соответствующие стандарты, методические и рабочие документы.

Форма программы внутреннего аудита приведена в приложении Б.

6.2.5 Объекты аудита могут быть следующие:

- область применения СМК;
- соответствие качества продукции требованиям нормативных документов (внешних и внутренних) и требованиям потребителей;
- полнота и точность отражения требований МС ИСО 9001 в документах СМК;
- функционирование СМК, с точки зрения фактического выполнения требований документов системы, и обеспечение ее результативности.

6.2.6 Программа внутреннего аудита должна быть согласована со всеми проверяемыми подразделениями и утверждена зам. директора по научным вопросам.

6.2.7 Ведущий аудитор уведомляет в письменном виде руководителя проверяемого подразделения и аудиторов в срок, не позднее, чем за 2 недели до проведения аудита.

6.2.8 Вместе с уведомлением руководителю проверяемого подразделения направляется:

- утвержденная программа аудита (форма программы аудита в приложении Б);
- запрос на необходимые материалы, имеющие отношение к конкретному аудиту (при необходимости).

6.2.9 К материалам или документам, которые могут быть запрошены аудиторской группой, относятся:

- цели подразделения в области качества;
- положение о подразделении;
- должностные инструкции руководителя подразделения и сотрудников;





- нормативные документы, используемые в работе подразделения (стандарты, положения, инструкции и т.д.);

- материалы по предыдущим внутренним аудитам и другие.

6.2.10 Форма опросного листа по проведению внутреннего аудита приведена в приложении В.

6.2.11 Решение об использовании опросного листа принимает ведущий аудитор по согласованию с ПРК.

6.2.12 В случае, когда аудит осуществляет группа из нескольких лиц, ведущий аудитор должен распределить обязанности между ними по аудиту конкретных процессов СМК, функций подразделений и видов деятельности с учетом следующих требований:

- независимость аудитора;
- аудитор не должен проверять свою собственную работу;
- компетентность аудитора;
- эффективность использования ресурсов.

6.2.13 В ходе аудита для достижения цели аудита ведущим аудитором могут вноситься изменения в распределение обязанностей.

### **6.3 Подготовка к аудиту на месте**

6.3.1 Ведущий аудитор должен провести анализ документации, представленной подразделением по пункту 6.2.8, с целью определения готовности проверяемого подразделения и процессов СМК к аудиту.

6.3.2 В случае, когда документация СМК подразделения признана неадекватной и не может соответствовать области аудита или его критериям, ведущий аудитор представляет служебную записку руководителю процедуры (ПРК), в которой указывает выявленные несоответствия.

6.3.3 Группа по аудиту, несмотря на нецелесообразность проведения дальнейших действий по аудиту указывает причины несоответствий, необходимые корректирующие действия и согласует их с руководителем проверяемого подразделения и продолжает аудит.

6.3.4 ПРК устанавливает срок для устранения несоответствий и их причин, а также меры воздействия на руководителей подразделений и ответственных должностных лиц, по вине которых имеются несоответствия.

6.3.5 Если это целесообразно, Директор Института издает приказ о мерах воздействия на ответственных за нарушения в области СМК.

6.3.6 Группа по аудиту должна подготовить следующие рабочие документы для проведения аудита на месте:

- контрольный лист по аудиту (приложение Г);
- «Отчет о несоответствии» (приложение Д);
- «Итоговый отчет по аудиту» (приложение Е).

6.3.7 Контрольные листы и любые записи свидетельств и наблюдений аудита должны храниться до завершения аудита.

6.3.8 Хранение документов после завершения аудита описано в пункте 9.

### **6.4 Проведение аудита на месте**

6.4.1 Предварительное совещание должно проводиться группой аудита вместе с руководителем проверяемого подразделения и с ответственными лицами за проверяемые функции и процессы.

6.4.2 На предварительном совещании объявляются:

- цели проведения аудита;
- методы и процедуры, которые будут использованы при проведении аудита;



– формы общения между группой по аудиту и персоналом проверяемого подразделения.

6.4.3 Сопровождающие лица должны содействовать группе по аудиту, но они не должны оказывать влияние на проведение аудита. В их обязанности входит:

- обеспечение контактов в назначенное время для бесед;
- обеспечение посещений определенных участков;
- обеспечение безопасности и ознакомление группы по аудиту с правилами безопасности.

6.4.4 Данные, соответствующие целям в области и критериям аудита, должны быть собраны и проверены, и включать информацию по взаимодействию между функциями, деятельностью, процессами. Только проверенная информация является свидетельством аудита. Свидетельства аудита должны быть записанными.

6.4.5 В ходе аудита на месте должны использоваться следующие методы аудита:

- опросы сотрудников;
- наблюдения за деятельностью, окружающей и производственной средой и условиями;
- анализ документов системы менеджмента качества;
- и другие методы.

6.4.6 Собранные свидетельства аудита должны быть оценены по критериям аудита с тем, чтобы получить результаты аудита, т.е. наблюдения аудита.

6.4.7 В случае выявленных несоответствий критериям аудита должна быть заполнена форма «Отчет о несоответствии» на каждое выявленное несоответствие. Классификация несоответствий приведена в приложении Ж.

6.4.8 Отчет о несоответствии направляется руководителю проверяемого подразделения. Руководителем анализируется и заполняется раздел о корректирующих мероприятиях в форме «Отчет о несоответствии», и далее составляется «План корректирующих и предупреждающих действий» подразделения (приложение И). В случае наличия несоответствий в нескольких подразделениях, составляется «Обобщенный план корректирующих и предупреждающих действий» руководителем службы качества.

Отчет о несоответствии составляется ведущим аудитором. Положения отчета о несоответствии готовятся всеми членами группы, которые в дальнейшем его визируют.

Отчет выпускается не позднее чем через неделю со дня проведения внутреннего аудита подразделения, если отчет выпущен позднее, должны быть указаны причины.

6.4.9 Подготовка заключения по результатам аудита включает следующее:

- анализ наблюдений аудита на соответствие его целям;
- согласование заключения по результатам аудита;
- подготовка рекомендаций, если это предусмотрено целями аудита.

6.4.10 Заключение по результатам аудита могут охватывать следующее:

- степень соответствия СМК требованиям МС ИСО 9001;
- степень соответствия СМК критериям аудита;
- эффективное внедрение и поддержание СМК;
- возможность процесса анализа СМК обеспечить ее постоянную пригодность, адекватность, результативность.

6.4.11 На заключительном совещании должны быть сообщены результаты аудита.

## **6.5 Подготовка и утверждение итогового отчета по аудиту**

6.5.1 Ведущий аудитор несет ответственность за подготовку и содержание итогового отчета по внутреннему аудиту.



6.5.2 Итоговый отчет по аудиту (приложение Е) должен содержать следующую полную, точную и понятную запись по аудиту:

- дату и место проведения аудита;
- идентификацию членов группы аудита;
- идентификацию проверяемого подразделения;
- критерии аудита;
- контакты в ходе аудита;
- выявленные несоответствия и замечания (наблюдения по аудиту);
- описание выявленного несоответствия;
- заключение/рекомендации;
- список рассылки;
- приложения.

В приложении может быть представлена информация:

- отчеты о несоответствиях;
- любые препятствия при проведении аудита;
- неразрешенные проблемы между группой аудита и проверяемым подразделением;
- рекомендации по последующим аудитам и т.д.

В разделе «Заключение» дается оценка того, насколько проверяемое подразделение способно обеспечить достижение целей в области качества, заявленных в Политике и «Руководстве по качеству»; насколько деятельность персонала соответствует требованиям СМК; эффективны ли корректирующие мероприятия по результатам предыдущих проверок; какова оперативность устранения критических несоответствий (в случае их наличия).

В разделе «Рекомендации» указываются:

- необходимость и срок разработки корректирующих действий на уровне подразделений или организации;
- несоответствия, которые необходимо устранить до разработки плана корректирующих действий;
- предложения для включения в план корректирующих действий;
- рекомендации по совершенствованию документов системы качества.

## **6.6 Анализ итогового отчета высшим руководством**

6.6.1 Ведущий аудитор должен представить итоговый отчет ПРК в установленный программой аудита срок.

6.6.2 ПРК анализирует итоговый отчет, утверждает план корректирующих и предупреждающих действий, согласованный руководителем проверяемого подразделения и службой качества.

6.6.3 Руководители соответствующих подразделений должны обеспечить, чтобы действия для устранения обнаруженных несоответствий и вызвавших их причин предпринимались в надлежащие сроки, согласно плану корректирующих действий.

## **6.7 Верификация корректирующих и предупреждающих действий**

6.7.1 Верификация результатов корректирующих и предупреждающих действий включает:

- проверку и подтверждение того, что рекомендованные корректирующие действия осуществлены;
- обеспечение результативности предпринятых корректирующих и предупреждающих действий;
- регистрацию данных о проделанной проверке по выполнению корректирующих и предупреждающих действий;



- при невыполнении корректирующих и предупреждающих действий в установленные сроки – оформление служебной записки, которая передается Представителю руководства в области качества.

6.7.2 Ответственность за выполнение корректирующих и предупреждающих действий проверяемым подразделением возлагается на Руководителя соответствующего подразделения/процесса. Ведущим аудитором делаются соответствующие записи в форме «отчет о несоответствии».

6.7.3 Верификацию корректирующих и предупреждающих действий осуществляет ведущий аудитор.

6.7.4 Запись о выполнении «Плана корректирующих и предупреждающих действий» выполняет руководитель процедурой – ПРК.

6.7.5 Последовательность и ответственность за корректирующие и предупреждающие действия приведены в приложении К.

## **6.8 Анализ внутренних аудитов**

6.8.1 ПРК периодически (но не реже одного раза в год) анализирует результаты внутренних проверок и представляет их в виде отчета произвольной формы директору для утверждения и принятия решений.

6.8.2 В отчет включают следующую информацию:

- результаты проверок, сгруппированные по подразделениям;
- оценку динамики изменения зарегистрированных данных;
- среднее количество несоответствий, приходящихся на одну проверку;
- описание повторяющихся критических несоответствий, место их выявления;
- анализ результативности корректирующих и предупреждающих мероприятий;
- предложения по совершенствованию документированных процедур (ПСМК), стандартов организации (СТО) и другой документации СМК;
- оценку результативности функционирования СМК;
- предложения по совершенствованию СМК.

6.8.3 Результаты анализа внутренних аудитов являются входными данными для анализа со стороны высшего руководства СМК с целью обеспечения ее постоянной пригодности, адекватности и результативности.

6.8.4 Представитель руководства в области качества на ежегодном совещании по качеству докладывает результаты анализа внутренних аудитов.

6.8.5 Результаты анализа внутренних аудитов должны использоваться подразделениями при разработке текущих и перспективных планов, программ по повышению качества продукции и удовлетворению потребностей и ожиданий Заказчиков.



## **7 Требования к подготовке аудиторов**

### **7.1 Требования к внутренним аудиторам**

#### **7.1.1 Внутренние аудиторы должны иметь:**

- знания и навыки в области СМК и аудита;
- определенные личные качества;
- образование и практический опыт;
- опыт проведения аудита.

#### **7.1.2 Внутренний аудитор должен обладать знаниями и навыками в следующих областях:**

- системы менеджмента качества по МС ИСО 9001;
- принципах, процедурах, методах аудита МС ИСО 19011;
- организационной структуре и функциональной деятельности ИГД УрО РАН;
- соответствующих законах, нормах и других требованиях, относящихся к деятельности Института.

#### **7.1.3 Ведущий аудитор должен иметь дополнительные знания и навыки, которые должны включать:**

- планирование внутренних аудитов и эффективное использование ресурсов;
- организацию и распределение работ между членами по внутреннему аудиту;
- принятие заключений по внутреннему аудиту;
- предупреждение и разрешение конфликтов;
- подготовку и завершение отчета по внутреннему аудиту.

#### **7.1.4 Внутренние аудиторы СМК должны иметь специальные знания и навыки:**

- в методах и технологиях, имеющих отношение к качеству;
- по продукции и процессам деятельности Института.

#### **7.1.5 Внутренний аудитор должен обладать следующими личными качествами:**

- быть открытым;
- дипломатичным;
- наблюдательным;
- восприимчивым;
- решительным;
- уверенным;
- нравственным;
- уметь сосредотачиваться на достижении цели.

#### **7.1.6 Внутренний аудитор должен:**

- иметь образование, дающее знание и навыки в области профессиональной деятельности;

- иметь практический опыт, охватывающий технические и управленческие навыки;

- пройти специальное обучение для внутренних аудиторов;

- иметь опыт проведения внутренних аудитов.

#### **7.1.7 Сопровождающие лица должны содействовать группе по аудиту, но они не должны оказывать влияния на проведение аудита. В их обязанности входит:**

- обеспечение контактов в назначенное время для бесед;

– обеспечение безопасности и ознакомление группы по аудиту с правилами безопасности;

– предоставление разъяснений или оказание помощи при сборе информации.



## **7.2 Поддержание и повышение уровня внутренних аудиторов**

7.2.1 Должен осуществляться постоянный рост профессионализма внутренних аудиторов посредством практического опыта, обучения, стажировок, посещения совещаний, семинаров, конференций, самообразования.

7.2.2 Внутренние аудиторы должны поддерживать и демонстрировать компетентность в проведении аудитов посредством постоянного участия в аудитах СМК Института.

## **7.3 Процесс оценивания внутренних аудиторов**

7.3.1 Оценивание внутренних аудиторов проводится в следующем порядке:

- начальное оценивание лиц, желающих стать внутренними аудиторами;
- дальнейшее оценивание внутренних аудиторов;
- постоянное оценивание характеристик внутренних аудиторов.

7.3.2 Методы оценивания внутренних аудиторов:

- анализ записей об образовании, обучении, работе и опыте по аудиту;
- беседы для оценки личных качеств, знаний и навыков;
- наблюдения для оценки применения знаний и навыков;
- анализ после внутренних аудитов (рекомендации ведущего аудитора);
- устные и письменные экзамены;
- положительная и отрицательная обратная связь (письменные свидетельства, жалобы и т.д.).

7.3.3 Оценивание внутренних аудиторов должен осуществлять ПРК, используя один или несколько из пункта 7.3.2 методов оценивания.

7.3.4 Ведущий аудитор по завершению каждого внутреннего аудита должен представлять представителю руководства ответственному за качество (или Руководителю Службы качества) справку о работе аудиторской группы (приложение Л).

7.3.5 На каждого внутреннего аудитора должен быть заведен личный листок, в котором отмечаются следующие данные:


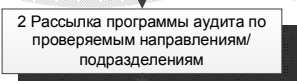
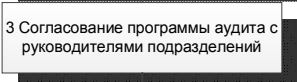
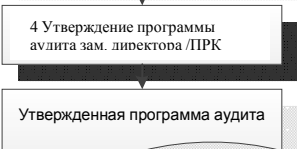
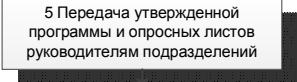
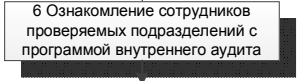
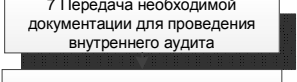
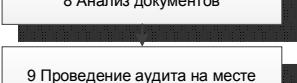
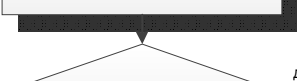


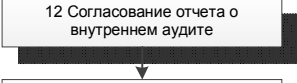
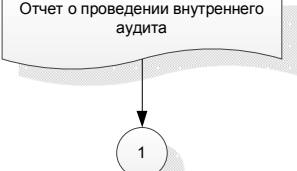
- занимаемая должность;
- образование и стаж работы, в том числе по занимаемой должности;
- обучение по СМК и внутреннему аудиту;
- повышение квалификации, в том числе по СМК и аудитам;
- участие в семинарах, совещаниях, конференциях (с публикациями или без них);
- результаты оценивания по пунктам 7.3.1, 7.3.3, 7.3.4 данной документированной процедуры;
- рекомендации по поддержанию и повышению уровня.

7.3.6 Ведение записей личных листков внутренних аудиторов должно осуществляться руководителем службы качества или по его поручению сотрудником группы качества.

7.3.7 Анализ оценивания деятельности внутренних аудиторов должен быть не реже одного раза в год.



## 8 Алгоритм процесса «Внутренний аудит» приведен в таблице 2.

Ответственный	Блок-схема	Описание процесса
1 Ведущий аудитор		Проведение внутреннего аудита осуществляется в соответствии с годовым планом на основании приказа Директора Института, в котором назначается ведущий аудитор и группа аудиторов.
2 Ведущий аудитор		1 Ведущим аудитором и аудиторской группой разрабатывается программа внутреннего аудита на основании годового плана внутренних аудитов системы менеджмента качества.
3 Ведущий аудитор		2–4 Программа внутреннего аудита должна быть согласована с руководителями проверяемых подразделений и утверждена зам. директора по научным вопросам/ПРК.
4 Зам. директора по научным вопросам/ПРК		5 Ведущий аудитор уведомляет в письменном виде руководителя проверяемого подразделения и аудиторов в срок, не позднее, чем за 2 недели до проведения аудита.
5 Ведущий аудитор		6 Ведущий аудитор знакомит сотрудников подразделения с программой аудита.
6 Ведущий аудитор		7 Руководитель подразделения передает документацию, запрашиваемую аудиторской группой.
7 Руководитель подразделения		8 Ведущий аудитор проводит предварительный анализ документации, представленной руководителем проверяемого подразделения/направления.
8 Ведущий аудитор		9 Проведение аудита на месте.
9 Ведущий аудитор		10 В случае выявленных несоответствий критериям аудита должна быть заполнена форма «Отчет о несоответствии» на каждое выявленное несоответствие.
10 Ведущий аудитор		11 На заключительном совещании должны быть сообщены результаты аудита.
11 Ведущий аудитор		12 Итоговый отчет по аудиту должен содержать полную, точную и понятную запись по аудиту.
12 ПРК		
		



Ответственный	Блок-схема	Описание процесса
<p>13 Ведущий аудитор</p> <p>14 Руководитель проверяемого подразделения</p> <p>15 Руководитель проверяемого подразделения</p> <p>16 Ведущий аудитор</p> <p>17-18 Представитель руководства, ответственный за качество</p>	<pre>graph TD; 1((1)) --&gt; 13[13 Анализ отчета высшим руководством]; 13 --&gt; P[Протокол анализа]; P --&gt; 14{14 Необходимо разработать корректирующие и/или предупреждающие действия?}; 14 -- да --&gt; 15[15 Корректирующие и/или предупреждающие действия (СТО ПСМК «Корректирующие, предупреждающие действия, управление несоответствиями»)]; 14 -- нет --&gt; End([Конец]); 15 --&gt; 16[16 Верификация предпринятых мер]; 16 --&gt; 17[17 Мониторинг процесса]; 17 --&gt; 18[18 Оценка результативности процесса]; 18 --&gt; End;</pre>	<p><b>13</b> ПРК анализирует итоговый отчет, утверждает и согласует план корректирующих или предупреждающих действий с руководителем проверяемого подразделения.</p> <p><b>14-15</b> Руководители проверяемых подразделений должны обеспечить, чтобы действия для устранения обнаруженных несоответствий и вызвавших их причин предпринимались в надлежащие сроки, согласно плану корректирующих действий.</p> <p><b>16</b> Ведущий аудитор составляет акт об устранении или не устранении несоответствий в результате применения корректирующих и предупреждающих действий и передает его ПРК.</p> <p><b>17-18</b> Представитель руководства, ответственный за качество периодически (но не реже одного раза в год) анализирует результаты внутренних аудитов и представляет их в виде отчета высшему руководству для утверждения и принятия решений.</p>





## **9 Ведение, хранение документации и записей по аудиту**

9.1 Записи по аудиту должны управляться в соответствии СТО ПСМК 88-16359-001 -2012 «Управление документацией и записями по качеству».

Оригиналы записей хранятся у ПРК, копии – в подразделениях.

9.2 К записям по качеству относятся следующие документы:

- Годовой план внутреннего аудита;
- Протокол несоответствий;
- Программа проведения аудита;
- Опросный лист;
- Служебная записка;
- Контрольный лист по аудиту;
- Отчет о несоответствии;
- Итоговый отчет по аудиту;
- План корректирующих и предупреждающих действий;
- Запись о выполнении Плана корректирующих и предупреждающих действий;
- Отчет об анализе результатов внутренних проверок;
- Справка об анализе результатов группы;
- Лист данных аудитора (личный листок).



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА  
КАЧЕСТВА

Внутренний аудит

СТО ПСМК 88-16359-002-2012

**Приложение А**  
**Форма годового плана внутреннего аудита**

УТВЕРЖДАЮ  
Зам. директора по научным вопросам/ПРК

(подпись, Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**План внутреннего аудита системы менеджмента качества Института горного дела УрО РАН на 20\_\_ год**

№	Проверяемое подразделение	Проверяемый основной процесс	Руководитель аудиторской группы	Цель аудита			Критерии аудита		месяц	Отчет		Выполнение корректирующих (предупреждающих) действий
				проверка соответствия критериям аудита	оценка результатов и процесса	проверка выполнения корректирующих, предупреждающих действий предыдущего ВА	Пункты ИСО	Документы института		Утвержден	Выдан	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

*Примечания.*

1. Во всех подразделениях независимо от профиля работ во время аудита проверяется выполнение следующих пунктов ИСО 9001:2008: 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 5.5.1, 5.5.3, 6.2, 6.3, 6.4, 7.1, 7.5.1, 8.2.3, 8.4, 8.5. 2. Условные обозначения:

I - аудит запланирован, II – аудит проведен, III – разработаны КД и ПД

IV - проверено выполнение КД и ПД, уведомления закрыты

**РАЗРАБОТАНО:**

\_\_\_\_\_  
Должность

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

**СОГЛАСОВАНО:**

\_\_\_\_\_  
Должность

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО



**Приложение Б**  
**Форма программы проведения внутреннего аудита**

УТВЕРЖДАЮ  
Зам. директора по научным вопросам/ПРК

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПРОГРАММА**  
**проведения внутреннего аудита системы менеджмента качества ИГД УрО РАН**

1 Структурное подразделение и/или процессы СМК

\_\_\_\_\_  
(наименование)

2 Основание для аудита

\_\_\_\_\_  
(годовой план, указания высшего руководства)

3 Цель аудита \_\_\_\_\_

4 Состав группы аудиторов:

Ведущий аудитор- \_\_\_\_\_  
Аудитор - \_\_\_\_\_  
Сопровождающий (если есть) \_\_\_\_\_

5 Область и критерии аудита: \_\_\_\_\_

Проверяемые функции и/или процесс СМК (объекты аудита)	Критерий аудита (пункт МС ИСО 9001 или другое требование)	Дата аудита	Эксперт (Ф.И.О.)	Представитель подразделения (Ф.И.О.)
1	2	3	4	5
Согласование Программы				
Предварительное совещание				
- Общие вопросы				
- Специальные вопросы				
Обобщение наблюдений аудита				
Заключительное совещание				
Оформление итогового отчета				

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель проверяемого подразделения

Ведущий аудитор

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.



**Приложение В**  
**Форма опросного листа по проведению внутреннего аудита**

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ № \_\_\_\_\_**  
**по проведению аудиторской проверки ИГД УрО РАН**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ »  
(наименование процесса)

\_\_\_\_\_   
(подразделение)

№ п/п	Вопросы	Ответы		Пометки аудитора
		да	нет	
1	Ознакомлены ли сотрудники Вашего подразделения с международными стандартами ИСО 9000, ИСО 9001?			
2	Ознакомлены ли сотрудники с результатами изучения запросов и ожиданий потребителей ИГД УрО РАН?			
3	Доведена и понятна ли Политика в области качества персоналу подразделения?			
4	Участвует ли Ваше подразделение в реализации целей Института в области качества?			
5	Документировано ли распределение ответственности и полномочий в области качества между сотрудниками Вашего подразделения?			
6	Назначен ли в подразделении уполномоченный по СМК?			
7	Удовлетворены ли Вы действующим порядком внутреннего информирования?			
8	Проводите ли Вы регулярный анализ деятельности Вашего подразделения в системе менеджмента качества?			
9	Удовлетворены ли Вы оснащенностью рабочих мест в Вашем подразделении?			
10	Осуществляется ли планирование работ в Вашем подразделении?			

Подпись \_\_\_\_\_



Дата \_\_\_\_\_

**Приложение Г**  
**Форма контрольного листа аудита**

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ПО АУДИТУ      АУДИТ № _____		
СПЕЦИФИКАЦИЯ: МС ИСО 9001      МЕСТО ПРОВЕРКИ      ДАТА		
ТРЕБОВАНИЕ	ПУНКТ МС ИСО 9001:2008	ДАнные НАБЛЮДЕНИЯ

**Приложение Д**  
**Форма отчета о несоответствии****Отчет о несоответствии № \_\_\_\_\_**

Наименование проверяемого подразделения	Дата проведения аудита
	Дата регистрации несоответствия
Аудитор (Ф.И.О.)	Представитель проверяемого подразделения (Ф.И.О.)
Сопровождающий (Ф.И.О.) (при участии)	
РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ДОКУМЕНТ: <i>МС ИСО 9001:2008</i>	ПУНКТ ТРЕБОВАНИЙ:
ПОДРОБНОСТИ НЕСООТВЕТСТВИЯ (значительно/незначительное)/ УЛУЧШЕНИЯ: (нужное подчеркнуть)	
КОРРЕКТИРУЮЩИЕ / ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ:	
СОГЛАСОВАННЫЙ СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ	
<i>До</i>	
ОТВЕТСТВЕННЫЙ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ Ф.И.О. и должность	
ОБЪЕКТИВНЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ / ЗАМЕЧАНИЯ:	
КОРРЕКТИРУЮЩИЕ и ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ <u>ЗАВЕРШЕНЫ</u> и <u>РЕЗУЛЬТАТИВНЫ</u> :	
Ф.И.О. Аудитора    Подпись	Дата

**Приложение Е**  
**Форма итогового отчета по аудиту****ОТЧЕТ О ВНУТРЕННЕМ АУДИТЕ № \_\_\_\_\_****1 Наименование подразделения** \_\_\_\_\_**2 Цель аудита** \_\_\_\_\_**3 Основание** \_\_\_\_\_**4 Дата проведения:** \_\_\_\_\_ **Дата окончания проверки:** \_\_\_\_\_**5 Состав комиссии**

Руководитель группы по аудиту - \_\_\_\_\_

Аудитор - \_\_\_\_\_

Сопровождающий (если есть) \_\_\_\_\_

**6 Результаты проверки и оценки СМК****6.1 Проверенные подразделения и их представители:**

Подразделение	Опрошенные сотрудники подразделения

**6.2 Проверенные процессы:**

Процесс	Оценка процесса (отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно)

**6.3 Проверенные регламентирующие документы:**

Наименование документа	Наблюдения, замечания по документу

**6.4 Предложения по улучшению (Рекомендации):****7 Выявленные несоответствия** \_\_\_\_\_**8 Основные выводы комиссии и предложенные корректирующие мероприятия (с указанием сроков исполнения и ответственных):****Приложения:**

1) Отчет по документации и заполнению опросных листов в подразделениях

2) Программа ВАК (*внутренний аудит качества*)

3) Опросные листы в количестве \_\_\_\_\_.

4) Отчеты о несоответствиях/улучшениях на \_\_\_\_\_ листах

5) Справка о работе аудиторской группы

Ведущий аудитор \_\_\_\_\_

Аудитор \_\_\_\_\_

Представитель руководства по качеству \_\_\_\_\_

**Приложение Ж**  
**Классификация несоответствий**

Наименование несоответствий	Содержание несоответствий
<b>Значительные несоответствия</b>	Полный элемент системы (требование стандарта) или значительная часть элемента пропущены или неэффективны, или в том случае, если законченный продукт не соответствует установленным требованиям, подрывает базовые принципы СМК и влияет на систему в целом
<b>Незначительные несоответствия</b>	Незначительный недочет в пределах системы (результат человеческого фактора), который может быть быстро исправлен. Несколько второстепенных недочетов одного содержания (неправильное издание документации) при применении в нескольких местах демонстрирует развал системы, и поэтому они могут рассматриваться как одно значительное
<b>Улучшения</b>	Области для улучшения

**Приложение И****Форма плана корректирующих и предупреждающих действий**

УТВЕРЖДАЮ

Зам. директора по научным вопросам/ПРК

\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПЛАН КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ**

Регистрационный № отчета

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ							
№	Несоответствие, № документа	Причина несоответствия, анализ причины	Содержание корректирующего мероприятия	Ответственный за исполнение	Срок выполнения	Отметка о выполнении	Оценка результативности
1.							
2.							
ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ							
№	Потенциальное несоответствие, № документа	Обоснование предложения	Предложение по совершенствованию деятельности подразделения	Ответственный за исполнение	Срок выполнения	Отметка о выполнении	Оценка результативности
1.							
2.							

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель  
подразделения/процесса

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

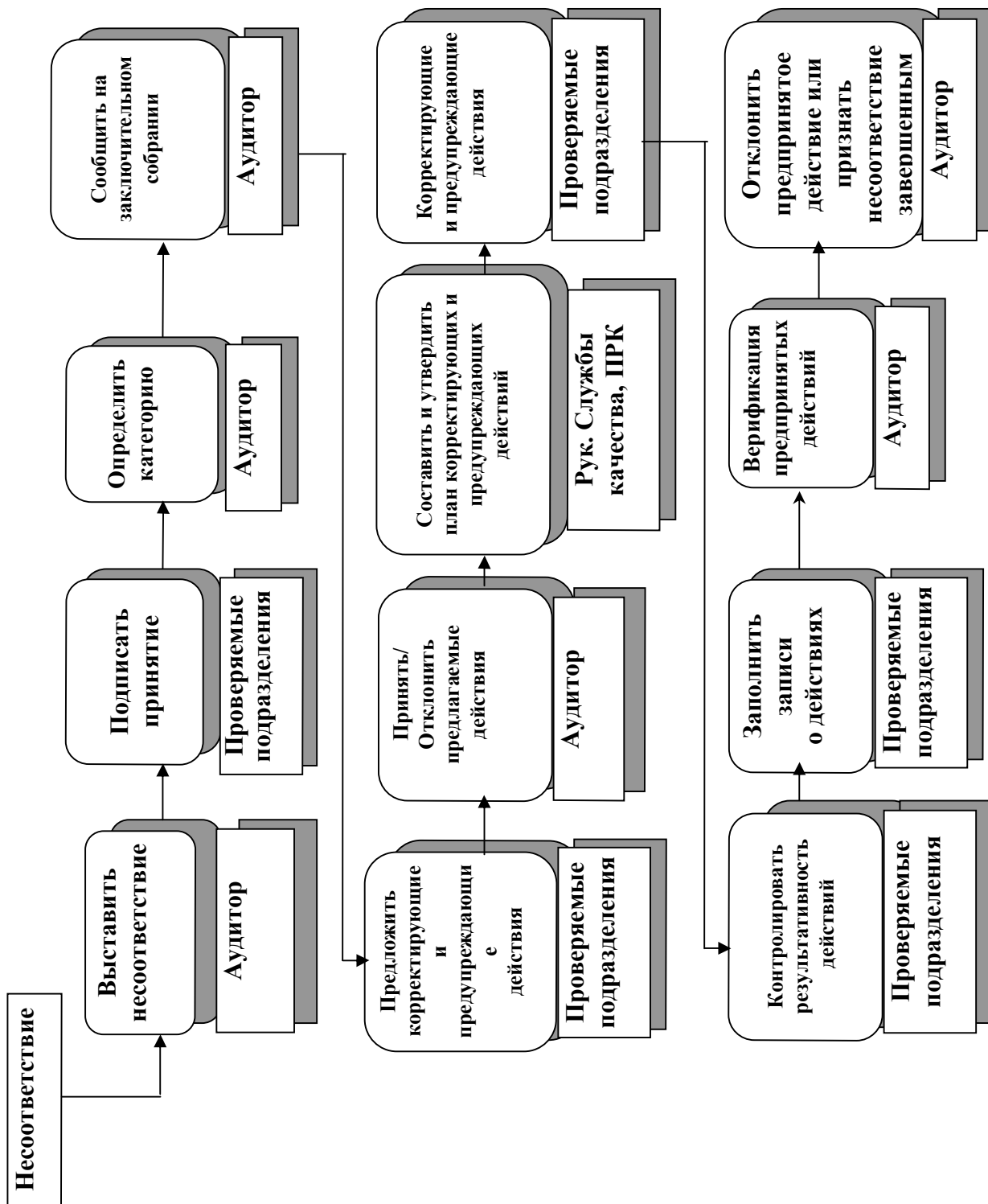
Руководитель Службы качества





### Приложение К

### Последовательность и ответственность за корректирующие и предупреждающие действия





**Приложение Л**  
**Форма справки о работе аудиторской группы**  
**Справка о работе аудиторской группы**

Ф.И.О. аудитора	Проверяемое подразделение	Отметка о выполнении задания	Оценка выставленная аудиторами (1-5 баллов)

Ведущий аудитор

«\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

(подпись)

**Лист рассылки и ознакомления**  
СТО ПСМК 88-16359-002-2012 «Внутренний аудит»

№ Экз.	Наименование подразделения/должности	И.О.Фамилия руководителя	Дата ознакомления	Подпись
1.	Директор Института	С.В.Корнилков		_____
2.	Помощник директора	С.А.Арбузова		_____
3.	Зам. директора по научным вопросам/ ПРК	А.В.Глебов		_____
4.	Зам. директора по общим вопросам	В.Б.Киенко		_____
5.	Ученый секретарь	А.А.Панжин		_____
6.	Экономический отдел	М.С.Ненашева		_____
7.	Бухгалтерия	И.А.Глебова		_____
8.	Отдел кадров/1 часть	Т.В.Бородина		_____
9.	Инженер по охране труда и ТБ	Н.А.Свещинская		_____
10.	Инженер по ГО и ЧС	В.И.Огнянко		_____
11.	Гл. специалист по управлению имуществом	Б.Г. Киенко		_____
12.	Отдел геомеханики	А.Д.Сашурин		_____
13.	Лаб. сдвижения горных пород	С.В.Усанов		_____
14.	Лаб. геомеханики подземных сооружений	В.Е.Боликов		_____
15.	Лаб. технологии СРК при недропользовании	В.В.Мельник		_____
16.	Лаб. геодинамики и горного давления	Ю.Г.Феклистов		_____
17.	Лаб. открытой геотехнологии	А.В.Яковлев		_____
18.	Лаб. подземной геотехнологии	И.В.Соколов		_____
19.	Лаб. управления качеством минерального сырья	Ю.В.Лаптев		_____
20.	Лаб. экологии горного производства	Н.Ю.Антонинова		_____
21.	Лаб. транспорт. систем карьеров и геотехнологии	Ю.А.Бахтурин		_____
22.	Лаб. разрушения горных пород	В.Г.Шеменив		_____
23.	Научно-информационный отдел/ Служба качества	Ю.Г.Феклистов		_____
24.	Вед. специалист-метролог/ Спец. по качеству	А.М.Досов		_____
25.	Юридическая служба	Ю.А.Комлева		_____
26.	Документовед	Е.Б.Крапивина		_____
27.	Системный администратор	Б.А.Степуренко		_____



**Лист регистрации изменений**

СТО ПСМК 88-16359-002-2012 «Внутренний аудит»

№ изм.	Номера листов (страниц)				№ Приказа о внесении изменений	Подпись	Дата
	изме- ненных	заме- ненных	новых	аннули- рованных			
1	-	-	-	-	2 редакция Приказ №1252-81 15.12.2011		
2	-	-	-	-	3 редакция Приказ №1252-85 от 26.12.2012		