

Научно-исследовательский радиофизический институт
федерального государственного автономного образовательного учреждения
высшего образования
«Национальный исследовательский Нижегородский государственный
университет им. Н.И. Лобачевского» **(НИРФИ ННГУ им. Н.И. Лобачевского)**

СОГЛАСОВАНО
Начальник 117 военного представительства
Министерства обороны Российской Федерации

А.В. Нефедов

« » 2019 г.

УТВЕРЖДАЮ
Директор НИРФИ
ННГУ им. Н.И. Лобачевского

С.В. Оболенский

« » 2019 г.

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ
Система менеджмента качества
Порядок организации и проведения внутренних аудитов

СТО НИРФИ 19–2019

Экземпляр № _____

г. Н. Новгород

Предисловие

1 РАЗРАБОТАН ответственным представителем руководства

2 ПРИНЯТ И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ Приказом Директора от _____ № __

3 СТАНДАРТ РАЗРАБОТАН с учетом требований ГОСТ Р ИСО 9001-2015, ГОСТ РВ 0015-002-2012, а также стандартов ННГУ им. Н.И. Лобачевского

4 ВВЕДЁН ВПЕРВЫЕ

5 СТАНДАРТ РАЗРАБОТАН в обеспечение выполнения приказа Директора № _____ от _____ года «О доработке системы менеджмента качества до уровня требований, определенных стандартами ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и ГОСТ РВ 0015-002-2012»

Содержание

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Назначение и область применения | 1 |
| 2 | Нормативные ссылки | 1 |
| 3 | Термины, определения, обозначения и сокращения | 1 |
| 4 | Организация аудитов системы менеджмента качества предприятия | 2 |
| | 4.1 Общие положения | 2 |
| | 4.2 Организационный порядок проведения внутренних аудитов | 3 |
| | 4.3 Планирование внутренних аудитов | 3 |
| | 4.4 Управление программой аудита | 4 |
| | 4.4.1 <i>Выявление и оценка рисков для программы аудита</i> | 4 |
| | 4.4.2 <i>Выявление ресурсов, необходимых для реализации Программы</i> | 5 |
| | 4.4.3 <i>Управление результатами реализации Программы</i> | 5 |
| | 4.4.4 <i>Мониторинг Программы</i> | 5 |
| | 4.5 Планирование аудита | 6 |
| | 4.5.1 <i>Разработка Плана внутреннего аудита</i> | 6 |
| | 4.5.2 <i>Установление целей, области и критериев для конкретного аудита</i> | 6 |
| | 4.6 Проведение внутреннего аудита СМК | 6 |
| | 4.6.1 <i>Инициирование аудита</i> | 6 |
| | 4.6.2 <i>Установление первых контактов с проверяемым подразделением</i> | 6 |
| | 4.6.3 <i>Определение возможности проведения аудита</i> | 7 |
| | 4.6.4 <i>Распределение работ внутри аудиторской группы</i> | 7 |
| | 4.6.5 <i>Подготовка рабочих документов</i> | 7 |
| | 4.6.6 <i>Формирование результатов аудита</i> | 8 |
| | 4.6.7 <i>Подготовка отчета об аудите</i> | 8 |
| | 4.6.8 <i>Распространение отчета об аудите</i> | 8 |
| | 4.6.9 <i>Завершение аудита</i> | 9 |
| | 4.7 Осуществление действий после аудита | 9 |
| | 4.8 Требования к аудиторам | 9 |
| 5 | Информация | 10 |
| | Подписи | 11 |
| | Приложение Б (обязательное) Форма плана аудита | 1 |
| | Приложение В (обязательное) Форма листа несоответствия | 1 |
| | Приложение Г (обязательное) Форма отчета о внутренней проверке системы менеджмента качества | 1 |

1 Назначение и область применения

1.1 Настоящий стандарт устанавливает порядок проведения на предприятии внутренних аудитов системы менеджмента качества (далее - проверок).

1.2 Требованиями данного стандарта должны руководствоваться все должностные лица и сотрудники предприятия, участвующие в проведении аудитов систем менеджмента.

1.3 Требованиями данного стандарта распространяются на все подразделения предприятия.

1.4 Стандарт разработан с учетом требований стандартов ГОСТ Р ИСО 9001, ГОСТ РВ 0015-002, ГОСТ Р ИСО 19011.

2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие нормативные документы:
ГОСТ Р ИСО 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования;

ГОСТ РВ 0015-002-2012 Система разработки и постановки на производство военной техники. Системы менеджмента качества. Общие требования

ГОСТ Р ИСО 19011-2012 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента

СТО НИРФИ 01-2019 Система менеджмента качества. Стандарты организации. Требования к составу, содержанию, оформлению и управлению

СТО НИРФИ 21-2019 Система менеджмента качества. Корректирующие и предупреждающие действия.

3 Термины, определения, обозначения и сокращения

3.1 В настоящем стандарте применяются термины с соответствующими определениями соответствующие ГОСТ Р ИСО 9000, а также следующие определения:

аудит – Систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и их объективной оценки относительно установленных критериев;

Примечание:

1 Внутренние аудиты, иногда называемые «аудитами первой стороной», проводятся обычно самой организацией или от ее имени для внутренних целей могут служить основанием для декларации о соответствии;

2 Внешние аудиты включают аудиты, обычно называемые «аудиты второй стороной» или «аудиты третьей стороной».

Аудиты второй стороной проводятся сторонами, заинтересованными в деятельности организации, например потребителями или другими лицами от их имени.

Аудиты третьей стороной проводятся внешними независимыми организациями. Эти организации осуществляют сертификацию или регистрацию на соответствие требованиям, например, требованиям ГОСТ Р ИСО 9001 и ГОСТ РВ 0015-002.

аудитор - Лицо, обладающее компетентностью и полномочиями для участия в проведении внутреннего аудита СМК в организации;

ведущий аудитор – Аудитор, ответственный за проведение конкретного внутреннего аудита СМК;

аудиторская группа – Группа, проводящая внутренний аудит и состоящая из ведущего аудитора, а также, при необходимости, одного или нескольких аудиторов, технических экспертов и стажеров.

компетентность – Продемонстрированная способность применять знания и навыки на практике. Совокупность образования, подготовки, опыта, навыков и личных качеств сотрудника, позволяющих качественно выполнять определенные для него функции и решать поставленные задачи;

критерии аудита - Совокупность политик, процедур или требований, которые применяют в виде ссылок, относительно которых оценивается деятельность в рамках системы менеджмента качества организации;

коррекция - Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия;

корректирующее действие - Действие, направленное на устранение причин обнаруженного несоответствия;

несоответствие - Невыполнение требования, установленного в рамках системы менеджмента качества организации;

объект аудита – Часть организации или ее системы управления, которая проверяется во время аудита на соответствие критериям (например, структурное подразделение, процесс СМК, должностное лицо, продукт и т.д.);

план проведения конкретного внутреннего аудита – Документ, содержащий план проведения конкретного внутреннего аудита, включая объекты, согласованные критерии аудита, сроки и время проведения, другие организационные детали.

предупреждающее действие - Действие, направленное для устранения причины потенциального несоответствия;

программа внутренних аудитов СМК, годовая Программа – Документ, содержащий график всех аудитов СМК организации, запланированных на год;

процесс - Совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующая входы в выходы.

реестр внутренних аудиторов – Утвержденный список назначенных в организации аудиторами обученных специалистов, обладающих достаточной компетентностью для проведения аудитов СМК;

риск – Влияние неопределенности на достижение целей;

свидетельства аудита – Записи с изложением фактов и другая информация, полученная при наблюдении, общении с персоналом и анализе документов в процессе аудита, которые связаны с объектом и критериями аудита и могут быть проверены.

сопровождающее лицо – Лицо, назначенное в проверяемом подразделении для оказания помощи аудиторской группе;

технический эксперт - Лицо, обладающее специальными знаниями или опытом применительно к объекту аудита. Не имеет полномочий аудитора в аудиторской группе;

структурные подразделения – Подразделения, входящие в организационно-структуру управления организации;

3.2 В настоящем стандарте используются следующие обозначения и сокращения:

| | |
|-------|---|
| ГОСТ | – межгосударственный стандарт; |
| ЗПиНД | – законодательная, правовая и нормативная документация; |
| СТО | – стандарт организации; |
| НТД | – нормативно-техническая документация; |
| ОПР | – ответственный представитель от руководства по СМК; |
| ВП | – военное представительство; |
| СК | – служба менеджмента качества, метрологии и стандартизации. |
| СМК | – система менеджмента качества. |

4 Организация аудитов системы менеджмента качества предприятия

4.1 Общие положения

4.1.1 Аудиты СМК проводятся в целях:

- обеспечения уверенности в том, что система менеджмента качества соответствует установленным требованиям, эффективно внедрена и поддерживается в рабочем состоянии;
- оценки результативности функционирования СМК по отношению к целям политики в области качества;

- выявления и предупреждения несоответствий в функционировании СМК;
- информирования руководства и персонала об имеющихся недостатках в работе по качеству;
- определения путей совершенствования СМК.

4.1.2 В процессе аудита СМК осуществляют:

- контроль соответствия СМК требованиям ГОСТ Р ИСО 9001, ГОСТ РВ 0015-002 и документации СМК (Политика в области качества, цели в области качества, РК, стандарты и т.д.);
- проверку внедрения и соблюдения требований стандартов СРПП ВТ;
- анализ и оценку состояния функционирования отдельных процессов и процедур и СМК в целом;
- анализ правильности хранения и применения метрологического оборудования;
- анализ соответствия продукции требованиям технической документации, утвержденной (согласованной) заказчиком;
- анализ и оценку результатов работы предприятия в области качества разработки, производства и обеспечения эксплуатации продукции;
- разработку корректирующих действий, направленных на устранение выявленных причин, потенциальных несоответствий и совершенствование СМК.

4.2 Организационный порядок проведения внутренних аудитов

4.2.1 Организационный порядок проведения внутренних аудитов предусматривает следующие основные стадии:

- планирование аудита СМК;
- подготовку к проведению аудита СМК;
- проведение аудита СМК;
- анализ и обобщение результатов аудита СМК;
- разработку корректирующих мероприятий и контроль их выполнения.

4.3 Планирование внутренних аудитов

4.3.1 Ежегодно до 30 декабря текущего года СК разрабатывает «Программу проведения внутренних аудитов СМК» на следующий год по форме приложения А (далее по тексту Программа).

4.3.2 Каждому аудиту присваивается свой идентификационный номер. Номер состоит из буквенного обозначения аудита, порядкового номера аудита и двух последних цифр года.

Обозначение аудита:

А – аудит очередной;

АВ – аудит внеплановый;

Пример обозначения: А – 001 – 19

4.3.3 Программа разрабатывается с учетом всех процессов и всех видов деятельности, охваченных СМК.

4.3.4 Программа формируется таким образом, чтобы в течение года были проверены все пункты ГОСТ Р ИСО 9001 и ГОСТ РВ 0015-002, и с учетом того, чтобы в течение отчетного периода были проверены все подразделения, входящие в область применения СМК организации.

4.3.5 При формировании Программы необходимо учитывать:

- результаты предыдущих аудитов;
- важность различных видов деятельности;
- применение политики в области качества;
- изменение организационной структуры предприятия;
- введение новых процессов;

- освоение новых видов продукции;
- наличие «узких мест»;
- качество продукции;
- состояние экологии, безопасности продукции и производства, рабочих мест;
- пожелания руководителей подразделений и должностных лиц.

4.3.6 В Программу вносятся следующие данные:

- объекты аудита (производственные участки, структурные подразделения, процессы и т.п.);
- ведущие аудиторы, ответственные за каждый конкретный аудит;
- аудиторы, участвующие в аудитах;
- сроки (период) проведения аудита;
- дополнительная информация (например, группа критериев аудита).

4.3.7 Программа утверждается директором и согласуется с ВП, при необходимости.

4.3.8 Выбор ведущего аудитора должен обеспечить объективность и беспристрастность процесса аудита. Ведущий аудитор не должен планировать и организовывать проверку подразделений, находящихся в непосредственном у него подчинении, или проверять свою собственную работу.

4.3.9 Группа аудиторов назначается из реестра внутренних аудиторов, который ведется СК, в электронном виде.

4.3.9 Электронные копии утвержденной Программы рассылаются руководителям входящих в СМК подразделений для подготовки к аудиту.

4.3.10 Внеплановые аудиты могут СМК проводиться в следующих случаях:

- резкого ухудшения показателей качества;
- при проведении изменений в организационной структуре организации;
- при переводе производственного процесса на новые технологии и оборудование;
- при значительных изменениях в конструкции, технологии, организации работ, ЗПиНД, влияющих на продукт;
- подготовке к внешнему аудиту третьей стороной с целью сертификации СМК или подтверждения действия сертификата на СМК;
- во время контрактных взаимоотношений, чтобы убедиться в том, что все требования контракта полностью удовлетворяются;

4.3.11 Заказчиком внеплановых аудитов могут быть:

- руководство организации;
- ОПР;
- руководители структурных подразделений.

4.3.12 Проведение внепланового внутреннего аудита проводится по указанию директора или ОПР.

4.3.13 Решение о проведении внепланового внутреннего аудита СМК оформляется ОПР, в виде дополнения графику проведения внутренних аудитов. В дополнении указываются основания внепланового аудита и его исполнители. В остальном, порядок проведения внепланового аудита СМК аналогичен порядку проведения планового аудита.

4.4 Управление программой аудита

4.4.1 Выявление и оценка рисков для программы аудита

На стадии реализации Программы могут быть выявлены риски. Эти риски могут касаться следующего:

- планирования, например: установление неадекватных целей аудитов и неадекватного объема программы аудита;
- ресурсов, например: выделение недостаточного времени для разработки программы аудита или для проведения аудита;

- формирования команды по аудиту, например: составление команды, которая не обладает в совокупности компетентностью, необходимой для результативного проведения аудита;
- реализации программы, например: недостаточно результативная коммуникация в ходе реализации программы;
- ведения записей и управления ими, например: недостаточно адекватная защита записей по аудиту, необходимых для демонстрации результативности программы аудита;
- мониторинга хода реализации программы, ее анализа и улучшения, например: отсутствие результативного мониторинга результатов программы аудита.

Определение мер по противодействию рискам реализации Программы и конкретного аудита относятся к области ответственности ОПР.

4.4.2 *Выявление ресурсов, необходимых для реализации Программы*

Для реализации Программы, СК определяет необходимость выделения ресурсов. При этом учитываются следующие факторы:

- финансовые ресурсы, необходимые для разработки и реализации деятельности по проведению аудитов, а также для управления этой деятельностью и ее улучшения;
- методы проведения аудитов;
- наличие аудиторов и технических экспертов, обладающих компетентностью, необходимой для достижения конкретных целей программы аудита;
- объем программы аудита и относящиеся к ней риски;
- временные и финансовые затраты на переезды, вопросы проживания и необходимость реализации других потребностей, возникающих в ходе аудита;
- имеющиеся информационные технологии и средства коммуникации.

4.4.3 *Управление результатами реализации Программы*

СК осуществляет управление Программой и обеспечивает необходимые условия для того, чтобы:

- был проведен анализ отчетов об аудите, включая оценивание пригодности и адекватности результатов аудита, и их утверждение;
- был проведен анализ действий по установлению коренных причин выявленных несоответствий и результативности корректирующих и предупреждающих действий;
- отчеты об аудите были направлены высшему руководству и другим соответствующим сторонам;
- была определена необходимость в каких-то дополнительных аудитах.

4.4.4 *Мониторинг Программы*

СК при управлении Программой, проводит мониторинг хода его реализации, оценивая при этом:

- степень соответствия Программе, срокам и целям аудитов;
- деятельность членов команды по аудиту;
- способность команд по аудиту реализовать план аудита;
- информацию, получаемую в качестве обратной связи от руководителей, проверяемых подразделений, аудиторов и других заинтересованных сторон

При проведении мониторинга Программы может возникнуть необходимость в ее корректировке.

Факторы, которые могут вызвать необходимость в корректировке Программы, приведены в пункте 4.4.1 настоящего СТО.

4.5 Планирование аудита

4.5.1 *Разработка Плана внутреннего аудита*

4.5.1.1 Аудит может быть проведен согласно Программе, а также внепланово. В любом случае, ведущий аудитор обеспечивает подготовку и проведение аудита согласно Программе.

При необходимости может быть разработан План проведения аудита (рекомендуемая форма Плана приведена в приложении Б).

4.5.1.3 Плановый аудит всегда носит выборочный характер, т.е. при конкретном аудите невозможно проверить все критерии одновременно на всех, установленных в плане, объектах аудита.

4.5.2 *Установление целей, области и критериев для конкретного аудита*

4.5.2.1 Каждый аудит следует основывать на документально оформленных целях, области и критериях аудита.

Цели аудита определяют, что должно быть достигнуто в ходе конкретного аудита, и могут включать в себя:

- определение того, в какой степени СМК или ее часть соответствует критериям аудита;
- определение того, в какой степени деятельность, процессы и продукция соответствуют требованиям и процедурам, установленным в рамках СМК;
- оценивание того, в какой степени СМК обладает способностями обеспечивать соблюдение правовых, законодательных, нормативных и контрактных требований, а также других требований, которые организация обязалась выполнять;
- оценивание результативности СМК в достижении поставленных целей;
- оценивание результативности выполнения корректирующих и предупреждающих действий, от ранее проведенных аудитов;
- выявление областей потенциального улучшения СМК.

4.5.2.2 Критерии внутреннего аудита устанавливаются на основании группы критериев, предусмотренных в Программе. При планировании конкретного аудита критерии детализируются с учетом результатов предыдущих аудитов, производственного контроля и внешних проверок, отчетов, мониторинга, анализа нештатных ситуаций и других данных.

4.6 Проведение внутреннего аудита СМК

4.6.1 *Инициирование аудита*

4.6.1.1 Инициирование аудита определено Программой или дополнениями к ней. Инициирование по проведению внутренних аудитов относится к области обязанностей СК.

4.6.1.2 Ответственность за проведение конкретного аудита несет ведущий аудитор группы по аудиту, вплоть до того, как все действия будут завершены.

4.6.2 *Установление первых контактов с проверяемым подразделением*

4.6.2.1 Первые контакты с проверяемым подразделением по вопросу проведения аудита могут быть как официальными, так и неофициальными, и их следует установить ведущему аудитору.

В этих целях следует:

- установить связь с представителями проверяемого подразделения;
- подтвердить полномочия на проведение данного аудита;
- предоставить информацию о целях, области и методах проведения аудита, а также о составе аудиторов, включая технических экспертов (при необходимости);
- получить разрешение на доступ к соответствующим документам и записям, необходимым для планирования аудита (при необходимости);

- определить применимые правовые (законодательные и нормативные) и контрактные требования, а также другие требования, относящиеся к деятельности и продукции, подлежащим аудиту;

4.6.2.2 Для достижения целей первых контактов с проверяемым подразделением следует:

- определить мероприятия, необходимые для проведения аудита, включая график проведения работ;

- установить требования, действующие в проверяемом подразделении по вопросам доступа, охраны и безопасности (личной и информационной), охраны здоровья и обеспечения безопасности труда и другим вопросам;

- согласовать вопрос о присутствии наблюдателей и потребности в лицах, сопровождающих команду по аудиту;

- определить области, которые более всего интересуют проверяемое подразделение или вызывают его озабоченность в связи с данным аудитом.

4.6.3 *Определение возможности проведения аудита*

4.6.3.1 Ведущий аудитор определяет наличие возможности проведения аудита, чтобы получить обоснованную уверенность в том, что цели аудита будут достигнуты.

4.6.3.2 При определении такой возможности следует принять во внимание следующее:

- наличие, достаточность и приемлемость информации, необходимой для планирования и проведения аудита;

- готовность проверяемого подразделения сотрудничать с группой по аудиту;

- достаточность времени и ресурсов для проведения аудита.

- Если проведение данного аудита невозможно, ведущий аудитор, совместно с СК, рассматривают альтернативный вариант и принимают его к действию.

4.6.4 *Распределение работ внутри аудиторской группы*

4.6.4.1 Ведущий аудитор, консультируясь с аудиторами своей аудиторской группы, устанавливает для каждого члена группы ответственность за проведение аудита конкретных процессов, видов деятельности, функциональных структур или производственных площадок.

При распределении работ следует учитывать необходимость обеспечения независимости аудиторов, компетентность аудиторов и необходимость эффективного использования ресурсов, а также разные обязанности и ответственность аудиторов, аудиторов-стажеров и технических экспертов.

4.6.4.2 Ведущий аудитор (в том виде, как это удобно) проводит совещание с членами аудиторской группы, чтобы довести до них распределение работ и решить вопрос о возможных изменениях в этом распределении. Изменения в распределении работ могут быть внесены и по ходу аудита в целях обеспечения уверенности в том, что цели аудита будут достигнуты.

4.6.5 *Подготовка рабочих документов*

4.6.5.1 Аудиторы должны собирать и анализировать информацию, относящуюся к закрепленной за ними области аудита, и подготовить, при необходимости, рабочие документы, которые будут использоваться в качестве справочных (ссылочных) документов и для фиксации свидетельств аудита.

4.6.5.2 Эти документы могут включать в себя:

- контрольные перечни вопросов (чек-листы);

- планы выборки примеров для аудита, т.е. определение наиболее проблемных мест в деятельности проверяемого подразделения;

- формы (шаблоны) для регистрации информации, такой, как свидетельства аудита, поддерживающие принятие решений, результаты аудита и протоколы совещаний.

4.6.6 *Формирование результатов аудита*

4.6.6.1 При определении результатов аудита следует учесть:

- результаты деятельности, осуществленной на основании отчетов о предыдущих аудитах и сделанных там заключений;
- требования заказчика аудита;
- результаты, указывающие на превышение обычного имеющегося уровня качества, и на возможности улучшения;
- объем выборки, (определение объема проверки проблемных мест);
- категоризацию (если таковая применяется) результатов аудита

4.6.6.2 Аудитор в процессе аудита ведет рабочие записи, в которых фиксирует свои наблюдения, делает пометки в ходе интервью или работы с документами, фиксирует предварительные выводы о соответствии критериям. Записи могут делаться и при заполнении Контрольных листов. Рабочие записи носят вспомогательный характер.

4.6.6.3 Свидетельства аудита сопоставляются с критериями аудита для оценки их соответствия. В случае выявления несоответствия критерию, оно регистрируется в виде «Листа несоответствия» на специальном бланке (приведен в приложении В) по правилу: несоответствие одному критерию – один лист несоответствия. Если аудитор подтверждает соответствие критерию аудита, Лист несоответствия не заполняется. Информация о соответствии критериям аудита вносится в Отчет о проведении внутреннего аудита (приведен в приложении Г).

4.6.6.4 Вывод аудита о невыполнении установленного требования может быть оформлен в Листе несоответствия в виде «несоответствия» или «наблюдения».

4.6.6.12 Со стороны аудиторской группы Лист несоответствия подписывает аудитор, обнаруживший несоответствие и ведущий аудитор. Со стороны проверяемого подразделения Лист несоответствия подписывается руководителем подразделения. Копия подписанного листа несоответствия передается подразделению. Оригинал листа несоответствия остается у ведущего аудитора и после окончания аудита передается СК вместе с отчетом по аудиту.

4.6.7 *Подготовка отчета об аудите*

4.6.7.1 Отчет о проведении внутреннего аудита оформляется согласно форме приведенной в приложении Г. Отчет, вместе с электронной версией, представляется ведущим аудитором в СК, в течение пяти рабочих дней после завершения аудита, с приложением всех Актов, Плана аудита и др. документов, которые ведущий аудитор считает необходимыми для подтверждения выявленных несоответствий и свидетельств аудита.

В отчете указывается следующая основная информация:

- дата проведения внутреннего аудита;
- объекты аудита;
- критерии аудита;
- группа аудита;
- оценка результативности мероприятий по устранению несоответствий, выявленных при прошлом аудите;
- выявленные несоответствия;
- выявленные возможности для улучшения;
- вывод о соответствии СМК по проверенным критериям на объекте аудита.

4.6.8 *Распространение отчета об аудите*

4.6.8.1 Решение о распространении отчета об аудите в подразделениях организации принимает ОПР.

4.6.8.2 Отчеты по аудитам ежеквартально рассматриваются на заседаниях Координационного совета с целью выявления трендов по улучшению (ухудшению) системы менеджмента.

4.6.9 *Завершение аудита*

4.6.9.1 Аудит считается завершенным, когда вся запланированная по аудиту деятельность осуществлена.

4.7 **Осуществление действий после аудита**

4.7.1. Выявленные в ходе внутреннего аудита несоответствия подлежат исправлению, а вызвавшие их причины – устранению. Руководитель проверяемого структурного подразделения несет ответственность за разработку и внедрение корректирующих действий по выявленным в ходе внутреннего аудита несоответствиям.

4.7.2 Руководитель подразделения/должностное лицо, по результатам деятельности которого зафиксированы несоответствия:

- Устанавливает причины несоответствий;
- Проводит идентификацию, оценку (переоценку) соответствующих рисков в соответствии с СТО НИРФИ 22 (при необходимости).
- В течение пяти рабочих дней с момента регистрации Акта по несоответствию разрабатывает план корректирующих действий согласно СТО НИРФИ 21 с указанием сроков и ответственных за выполнение каждого пункта разработанных мероприятий и представляет его в СК.

Примечание: допускается увеличение срока разработки плана корректирующих действий до пяти дней по согласованию с ОПР.

4.7.3 До завершения срока выполнения корректирующих действий, сотрудник ответственный за их проведение, обязан подтвердить их выполнение в СК.

4.7.4 Контроль за ходом и своевременностью выполнения запланированных корректирующих и предупреждающих действий осуществляется СК.

4.7.5 Оценка результативности предпринятых корректирующих действий осуществляется ведущим аудитором при последующем аудите.

4.7.6 Результаты внутренних аудитов рассматриваются на заседаниях Координационного Совета.

4.7.7 Отчет о результатах внутренних аудитов предоставляется высшему руководству организации для проведения анализа системы менеджмента качества и ВП по запросу.

4.8 **Требования к аудиторам**

4.8.1 Аудиты системы менеджмента качества проводят аудиторы, включенные в реестр аудиторов, а также привлекаемые по договорам внешние эксперты. Во внутренней проверке СМК может принимать участие ВП по своему усмотрению.

4.8.2 Аудиторы должны подробно знать применяемые на предприятии документированные процедуры системы менеджмента качества, иметь высокую квалификацию и не быть связаны в своей постоянной работе с подразделением, которое они проверяют.

4.8.3 Реестр аудиторов ведет СК. В него включают сотрудников организации, обладающих необходимой компетентностью, прошедших курс обучения аудиторов на предприятии или в сторонней организации и имеющих соответствующее свидетельство.

4.8.4 На аудиторов, при проведении аудитов возлагаются следующие обязанности и ответственность:

- Собирать и анализировать доказательства, достаточные для составления заключения о функционировании СМК в проверяемом подразделении.
- Быть готовыми к появлению любых доказательств, которые могут повлиять на результаты аудита.
- Исполнять требования и процедуры.
- Сообщать и разъяснять требования аудита проверяемой стороне при обнаружении несоответствий.

- Обеспечивать эффективное и результативное планирование своей работы.
- Документировать наблюдения.
- Не мешать производственному процессу, поддерживать сохранность документов, относящихся к аудиту (предоставление по требованию, обеспечение конфиденциальности и т.п.).

4.8.5 На время аудита аудиторы освобождаются от основной работы.

При аудите СМК аудитор должен проявлять объективность и действовать в соответствии со следующими этическими нормами:

- действовать заслуживающим доверие и непредубежденным образом по отношению к персоналу проверяемого подразделения;
- не причинять ущерб репутации проверяемому подразделению своими действиями;
- проявлять уважение к персоналу проверяемого участка, создавать атмосферу сотрудничества и доброжелательности;
- избегать резкого тона замечаний и оценок, замечания высказывать только по отношению к предмету аудита, но не в адрес сотрудников проверяемого подразделения;
- в конфликтных ситуациях сохранять спокойствие и деловой тон, не поддаваясь эмоциям и избегать агрессивности со своей стороны.

4.8.6 Аудиторы развивают, поддерживают и улучшают свою компетентность посредством постоянного повышения квалификации и регулярного участия в проверках.

5 Информация

| Содержание информации | Ответственный за регистрацию | Форма записи | Кто информируется | Место и срок хранения | Право доступа | Способ восстановления |
|--|------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------|---------------|-----------------------|
| Программа проведения внутренних аудитов СМК | СК | Приложение А | Проверяемые, ОПР, ВП при необходимости | СК, 5 лет | | |
| Дополнение к Графику проведения внутренних аудитов | СК | п. 4.5.1.5 настоящего стандарта | Проверяемые, ОПР, ВП при необходимости | СК, 5 лет | | |
| Реестр внутренних аудиторов | СК | Произвольная | ОПР | СК, 5 лет | | |
| План аудита | Ведущий аудитор | Приложение Б | Проверяемый, Главный аудитор, СК, ОПР | СК, 5 лет | | |
| Лист несоответствия ЛМ | Аудитор | Приложение В | Проверяемый, Ведущий аудитор, СК, ОПР | СК, 5 лет | | |
| Отчет о проведении внутреннего аудита | Ведущий аудитор | Приложение Г | Проверяемый, СК, ОПР, Координационный совет | СК, 5 лет | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|
| План корректирую щих действий | Проверяемый | Согласно СТО НИРФИ 21 | Ведущий аудитор, СК, ОПР | СК, 5 лет | | |
|-------------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|

Подписи

Разработчик –
Ответственный представитель руководства
по качеству

(подпись)

(И.О.Фамилия)

**Приложение А
(обязательное)
Форма Программы проведения внутренних аудитов**

СОГЛАСОВАНО
Начальник 117 ВП МО РФ

А.В. Нефедов

« » 2019 г.

УТВЕРЖДАЮ
Директор НИРФИ
ННГУ им. Н.И. Лобачевского

С.В. Оболенский

« » 2019 г.

Программа проведения внутренних проверок системы менеджмента качества на 20__год.

| № аудита | Объект аудита (наименование проверяемого подразделения, процесса, стандарта, вида деятельности...) | Срок аудита | Группа аудиторов | Примечание |
|-------------|--|----------------|---------------------|------------|
| | | | | |

Ответственный представитель
руководства предприятия по качеству _____

**Приложение Б
(обязательное)
Форма плана аудита**

Утверждаю
Ответственный представитель
руководства по качеству

_____ И.О. Фамилия

«__» _____ 20__ г.

ПЛАН АУДИТА №

Объект аудита: _____

Область аудита: _____

Цель аудита: _____

Задачи аудита: _____

Срок проведения аудита: _____

Список аудиторской группы:

| Фамилия И. О. | Статус |
|---------------|--------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Перечень нормативных документов: _____

Дата предоставления отчета: _____

Список должностных лиц, которым должны быть предоставлены копии отчета:

Подписи:

СК: _____ И.О. Фамилия

Ведущий аудитор: _____ И.О. Фамилия

Аудитор: _____ И.О. Фамилия

Согласовано

Руководитель подразделения: _____ И.О. Фамилия

Приложение В
(обязательное)
Форма листа несоответствия

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------|-------|--|---------|-------|-------|---------|---------|-------|--|
| № проверки | Лист несоответствия | | | | | | | | | | |
| Подразделение: | | | | | | | | | | | |
| Нормативный документ, к которому относится несоответствие | № документа | № раздела, пункта | | | | | | | | | |
| <p>Описание несоответствия:</p> <p style="text-align: center;"><i>Заполняется -аудитором</i></p> <table data-bbox="263 958 1177 1019"><tr><td style="width: 50%;">Ведущий аудитор</td><td style="width: 25%;">Подпись</td><td style="width: 10%;">Дата:</td><td style="width: 15%;"></td></tr><tr><td>Аудитор</td><td>Подпись</td><td>Дата:</td><td></td></tr></table> | | | | Ведущий аудитор | Подпись | Дата: | | Аудитор | Подпись | Дата: | |
| Ведущий аудитор | Подпись | Дата: | | | | | | | | | |
| Аудитор | Подпись | Дата: | | | | | | | | | |
| <p>С несоответствием ознакомлен:</p> <table data-bbox="263 1209 1292 1236"><tr><td style="width: 50%;">Представитель проверяемого подразделения</td><td style="width: 25%;">Подпись</td><td style="width: 10%;">ФИО</td><td style="width: 15%;">Дата:</td></tr></table> | | | | Представитель проверяемого подразделения | Подпись | ФИО | Дата: | | | | |
| Представитель проверяемого подразделения | Подпись | ФИО | Дата: | | | | | | | | |

**Приложение Г
(обязательное)
Форма отчета о внутренней проверке системы менеджмента качества**

**ОТЧЕТ
о внутренней проверке системы менеджмента качества №**

Основание проверки: _____

Проверяемое подразделение(я): _____

Цель проверки: _____

Дата проверки: _____

Состав аудиторской группы: _____

Представитель проверяемого подразделения: _____

Документ, в соответствии с которым проводилась проверка: _____

***Оценка результативности мероприятий по устранению несоответствий
выявленных при прошлом аудите***

| № | Описание несоответствия | Пункт ГОСТ РВ 0015-002 | Пункт ГОСТ Р ИСО 9001 | Предпринятые коррекция и корректирующие действия | Оценка результативности |
|---|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------|
| | | | | | |

Несоответствия, выявленные при аудите

| № | Место выявления несоответствия (подразделение) | Описание несоответствия | Пункт ГОСТ РВ 0015-002 | Пункт ГОСТ Р ИСО 9001 |
|---|--|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | | | | |

Рекомендации по улучшению: _____

Приложение: А. Программа проверки.

Б. Акты внутреннего аудита.

Ведущий аудитор _____

Подпись

« _____ » _____

дата

Реестр рассылки стандарта СТО НИРФИ 19-2019

| № экземпляра | Подразделение/ Должность | Фамилия И.О. получателя | Подпись получателя | Дата получения |
|-----------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Разработчик

(Подпись, дата)

(Инициалы и фамилия)