



Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
Система менеджмента качества

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ учреждения  
образования «Белорусский  
государственный  
медицинский университет»  
11.08.2023 № 628

СТАНДАРТ  
учреждения образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»

**СТУ Д 1.35-2023**

**ВНУТРЕННИЙ АУДИТ**

Редакция 07

**Внимание!**

Актуальная версия документа только в электронном виде.

Распечатанная бумажная версия документа считается неучтенной и об изменениях не сообщается.

Минск 2023

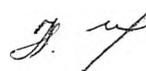
Стандарт разработали:

Первый проректор, уполномоченный  
представитель руководства по качеству



И.Н.Мороз

Начальник отдела мониторинга  
менеджмента качества Управления  
образовательной деятельности



Н.Ф.Чистая

Методист отдела мониторинга  
менеджмента качества Управления  
образовательной деятельности



Е.Н.Изотова

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ .....</b>	<b>4</b>
<b>2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ .....</b>	<b>5</b>
2.1. Нормативные правовые акты .....	5
2.2. Технические нормативные правовые акты .....	5
2.3. Локальные правовые акты .....	5
<b>3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....</b>	<b>7</b>
3.1. Термины и определения.....	7
3.2. Сокращения и обозначения .....	9
<b>4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ .....</b>	<b>10</b>
<b>5. ОПИСАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ ..</b>	<b>13</b>
5.1. Общие положения.....	13
5.2. Выбор, обучение и аттестация внутренних аудиторов .....	13
5.3. Разработка программы внутренних аудитов. ....	14
5.4. Подготовка проведения внутреннего аудита.....	14
5.5. Проведение внутреннего аудита .....	16
5.6. Проведение внутреннего аудита в дистанционном формате.....	17
5.7. Отчетность.....	18
5.8. Контроль устранения несоответствий.....	18
5.9. Оценивание аудиторов и анализ проведения аудитов.....	18
<b>6 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ.....</b>	<b>19</b>
<b>7. Приложение 1 .....</b>	<b>20</b>

## **1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ**

1.1. Настоящий стандарт – документ системы менеджмента качества учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» (далее – стандарт университета) определяет порядок, ответственность и требования к планированию и проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества (далее – СМК), установлению записей и отчетности по результатам внутреннего аудита.

1.2. Внутренний аудит проводится с целью определения соответствия СМК запланированным мероприятиям, требованиям СТБ ISO 9001-2015, документам СМК университета; а также с целью потенциального улучшения СМК университета.

1.3. Настоящий стандарт университета распространяется на деятельность руководства и работников университета в рамках функционирования СМК в соответствии с требованиями СТБ ISO 9001-2015.

## **2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ**

### **2.1. Нормативные правовые акты**

Кодекс Республики Беларусь об образовании.

### **2.2. Технические нормативные правовые акты**

2.2.1. Государственный стандарт Республики Беларусь СТБ ISO 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.

2.2.2. Государственный стандарт Республики Беларусь СТБ ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

2.2.3. СТБ 6.38-2004 Унифицированные системы документации Республики Беларусь. Система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов.

2.2.4. Государственный стандарт Республики Беларусь ISO 19011-2021 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества

### **2.3. Локальные правовые акты**

2.3.1. Положение о руководителе процесса учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

2.3.2. Положение об уполномоченном представителе руководства по качеству.

2.3.3. Руководство по качеству учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

2.3.4. СТУ П 1.02 «Стратегическое и оперативное планирование, анализ системы менеджмента качества со стороны руководства и постоянное улучшение».

2.3.5. СТУ П 1.03 «Маркетинг».

2.3.6. СТУ П 1.04 «Проектирование образовательного процесса и программ».

2.3.7. СТУ П 1.05 «Довузовская подготовка».

2.3.8. СТУ П 1.06 «Подготовка специалистов с высшим образованием».

2.3.9. СТУ П 1.07 «Подготовка специалистов с высшим образованием (заочная форма получения образования)».

2.3.10. СТУ П 1.08 «Подготовка научных работников высшей квалификации».

2.3.11. СТУ П 1.09 «Научно-исследовательская и инновационная деятельность».

2.3.12. СТУ Д 1.10 «Рейтинг профессорско-преподавательского состава, заведующих кафедрами, кафедр и факультетов».

2.3.13. СТУ Д 1.11 «Рейтинг студентов».

2.3.14. СТУ П 1.12 «Организация и методическое обеспечение подготовки врачей в интернатуре».

2.3.15. СТУ П 1.13 «Медицинская деятельность».

2.3.16. СТУ П 1.14 «Идеологическая и воспитательная работа».

2.3.17. СТУ П 1.15 «Международная деятельность».

2.3.18. СТУ П 1.16 «Кадровое обеспечение, переподготовка и повышение квалификации персонала».

2.3.19. СТУ П 1.17 «Научно-методическое обеспечение образовательного процесса».

2.3.19. СТУ П 1.18 «Библиотечное обеспечение».

2.3.20. СТУ Д 1.19 «Редакционно-издательская деятельность».

2.3.21. СТУ Д 1.20 «Информатизация университета и управление техническими средствами обучения».

2.3.22. СТУ Д 1.21 «Дистанционные образовательные технологии».

2.3.24. СТУ Д 1.22 «Управление учебным и лабораторным оборудованием».

2.3.25. СТУ П 1.23 «Управление рабочей средой и инфраструктурой, ее обеспечивающей».

2.3.26. СТУ Д 1.24 «Прием в учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

2.3.27. СТУ Д 1.25 «Распределение выпускников».

2.3.28. СТУ Д 1.26 «Социальная поддержка обучающихся».

2.3.29. СТУ Д 1.27 «Положение об аттестации студентов, курсантов, слушателей при освоении содержания образовательных программ высшего образования».

2.3.30. СТУ Д 1.28 «Материально-техническое обеспечение».

2.3.31. СТУ Д 1.29 «Финансовое обеспечение».

2.3.32. СТУ Д 1.30 «Управление техническими нормативными правовыми актами, нормативными правовыми актами».

2.3.33. СТУ Д 1.31 «Управление положениями о структурных подразделениях и должностными (рабочими) инструкциями работников».

2.3.34. СТУ Д 1.32 «Управление образовательными стандартами, учебно-программной документацией, электронными учебно-методическими комплексами».

2.3.35. СТУ Д 1.33 «Управление организационно-распорядительными документами, документами вышестоящих организаций».

2.3.36. СТУ Д 1.34 «Управление записями».

2.3.37. СТУ Д 1.36 «Управление несоответствиями».

2.3.38. СТУ Д 1.37 «Корректирующие действия».

2.3.39. СТУ П 38 «Дополнительное образование взрослых».

### 3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

#### 3.1. Термины и определения

Аудит – систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и объективного их оценивания для определения степени выполнения критериев аудита.

Аудитируемый – структурное подразделение или должностное лицо, подвергающееся аудиту.

Аудитор – лицо, которое проводит аудит.

Внешний аудит – аудит, который проводится второй и третьей стороной. Аудиты второй стороной проводятся сторонами, имеющими интерес к учреждению образования, такими как потребители или другими лицами от их имени. Аудиты третьей стороной проводятся внешними независимыми аудиторскими организациями, такими как организации, обеспечивающие сертификацию/регистрацию соответствия требованиям.

Внутренний аудит – аудит, иногда называемый аудитом первой стороной, который проводится самим учреждением образования или от его имени для анализа со стороны руководства и других внутренних целей. Внутренние аудиты могут создавать основу для самодекларирования соответствия организации.

Внутренний аудитор – работник университета, надлежащим образом подготовленный для проведения аудита.

Дистанционный внутренний аудит – внутренний аудит, который проводится в дистанционном формате.

Заказчик аудита – структурное подразделение или должностное лицо, запрашивающее аудит.

Идентификация несоответствия – установление его принадлежности к определенному виду по признаку невыполнения конкретного требования.

Команда по аудиту – один или более лиц, проводящих аудит при поддержке, если это необходимо, технических экспертов.

Компетентность – способность (предполагает соответствующее личное поведение во время процесса аудита) применять знания и навыки для достижения намеченных результатов.

Контрольный лист – заранее составленный аудиторскими систематизированный перечень вопросов, ответы на которые позволяют аудиторам получить необходимую информацию о степени соответствия состояния объекта установленным требованиям.

Корректирующее действие - действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Критерии аудита – набор политик, процедур или требований, используемых в качестве точек отсчета, с которыми сопоставляются объективные свидетельства аудита.

Наблюдатель – лицо, сопровождающее команду по аудиту, но не действующее в качестве аудитора. Наблюдатель не является частью команды по аудиту и не влияет или не вмешивается в проведение аудита. Наблюдателем может быть представитель аудируемого подразделения, регулирующего органа или другой заинтересованной стороны, которая присутствует при проведении аудита.

Наблюдение аудита – результат оценивания собранных свидетельств аудита относительно критериев аудита. Наблюдения аудита могут указывать на соответствие или несоответствие критериям аудита, или на возможности улучшения.

Несоответствие – невыполнение требований ТНПА, ЛПА, стандартов университета, положений, должностных инструкций.

Несущественное несоответствие – невыполнение требования, установленного документом СМК, которое может оказать отрицательное влияние на качество продукции или привести к появлению существенного несоответствия, если оно не будет устранено.

Область применения аудита – объем и границы аудита. Область применения аудита обычно включает описание месторасположения, организационных единиц, видов деятельности и процессов, а также охватываемый период времени.

Отчёт по аудиту – полные, точные, лаконичные и понятные записи аудита, включающие цели и область применения аудита, идентификацию команды по аудиту и проверяемого подразделения, дату и место проведения аудита, критерии аудита, наблюдения и заключения аудита, а также заявление о степени выполнения критериев аудита.

План аудита – описание видов деятельности и договоренностей по аудиту.

Проверяемое подразделение – подразделение, в котором проводится внутренний аудит;

Программа аудита – совокупность одного или более аудитов, запланированных в конкретные временные рамки и направленных на достижение конкретной цели.

Риск – воздействие неопределенности на цели.

Руководитель команды по аудиту – аудитор, назначенный для руководства конкретным аудитом СМК.

Свидетельство аудита – записи, формулировки фактов или другая информация, которые относятся к критериям аудита и которые являются верифицируемыми.

Соответствие – выполнение требования стандартов УО «БГМУ», ЛПА, положений, должностных инструкций.

Сопровождающий – лицо, назначенное аудитуемым для содействия команде по аудиту.

Существенное несоответствие – невыполнение требования, установленного документом СМК, которое оказывает отрицательное влияние на качество оказываемой услуги или функционирование СМК и должно быть устранено в кратчайший срок.

Технический эксперт – лицо, предоставляющее конкретные знания или опыт команде по аудиту. Конкретные знания или опыт – это те, которые имеют отношение к университету, процессу или деятельности, подвергаемых аудиту. Технический эксперт не действует в качестве аудитора в команде по аудиту.

### 3.2. Сокращения и обозначения

АП - аудитуемое подразделение.

БГМУ – учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛПА – локальные правовые акты.

НПА – нормативные правовые акты.

ОММК – отдел мониторинга менеджмента качества Управления образовательной деятельности.

РК – Руководство по качеству.

РП – руководитель процесса.

СМК – система менеджмента качества.

СП – структурное подразделение.

СТБ – Государственный стандарт Республики Беларусь.

СТУ Д – стандарт университета, описывающий вид деятельности.

СТУ П – стандарт университета, описывающий процесс.

ТНПА – технические нормативные правовые акты.

УОД – Управление образовательной деятельности.

УПРК – уполномоченный представитель руководства по качеству.

Ф – форма.

ЦРИТ – центр развития информационных технологий.

## 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

### 4.1. Ректор университета:

- утверждает программу внутренних аудитов,
- издает приказ о проведении внутренних аудитов.

### 4.2. Первый проректор (УПРК) несет ответственность за:

- согласование проекта приказа о проведении внутренних аудитов;
- согласование программы внутренних аудитов;
- учет наличия претензий, получаемых подразделениями, результатов предыдущих проверок, важности и сложности выполняемых работ, при согласовании проекта программы внутреннего аудита;
- установление ответственности по аудитам;
- утверждение планов внутренних аудитов;
- утверждение оформленных и зарегистрированных отчетов по результатам внутреннего аудита с регистрацией несоответствий;
- ежегодное проведение текущей оценки аудиторов по пятибалльной системе;
- анализ и оценку результатов внутренних аудитов по итогам работы за год.

### 4.3. Начальник ОММК несет ответственность за

- планирование проведения внутренних аудитов СМК;
- установление целей программы аудита;
- разработку и установление объема программы внутренних аудитов СМК;
- идентификацию и оценивание рисков программы аудита;
- определение необходимых ресурсов и процедур программы аудитов;
- контроль осуществления менеджмента и поддержание соответствующих записей программы аудита;
- осуществление мониторинга, анализа и улучшения программы аудитов.

### 4.4. Руководитель команды по аудиту несет ответственность за

- проведение анализа соответствующей документации при подготовке к аудиту;
- составление плана внутреннего аудита;
- представление плана внутреннего аудита для утверждения УПРК;
- представление плана внутреннего аудита для согласования с руководителем АП (должностным лицом) в срок не позднее семи дней до назначенной даты аудита;
- извещение руководителя АП (должностного лица) о сроках аудита;
- передачу копии плана внутреннего аудита команде по аудиту;
- назначение работ команде по аудиту;
- заполнение контрольных листов членами команды по аудиту;
- заполнение отчета об аудите в течение 7-10 дней после проведения аудита;
- подпись в служебной части отчетов по аудиту (на всех экземплярах);

- предъявление подписанных отчетов по аудиту для ознакомления руководителю АП (должностному лицу);
- подготовку рекомендаций по улучшению работы АП в рамках СМК;
- передачу УПРК на утверждение оформленного и зарегистрированного отчета по результатам внутреннего аудита с регистрацией несоответствий и отметкой о корректирующих действиях;
- передачу в ОММК оригиналов заполненных контрольных листов внутреннего аудита, плана внутреннего аудита и отчета по внутреннему аудиту;
- предоставление руководителю АП (должностному лицу) отчета по результатам внутреннего аудита.

#### **4.5. Аудитор несет ответственность за:**

- подготовку необходимых рабочих документов к проведению внутреннего аудита;
- анализ информации, относящейся к назначенным ему заданиям по аудиту;
- фиксацию в бланке контрольного листа всех несоответствий, выявленных в процессе внутреннего аудита и подтвержденных объективными, обоснованными свидетельствами аудита;
- подпись в служебной части планов аудита, контрольных листов, отчетов по аудиту (на всех экземплярах).

#### **4.6. Руководитель АП несет ответственность за:**

- извещение своих работников о предстоящей проверке и подготовку к проверке необходимых документов;
- назначение сопровождающего из работников подразделения;
- разработку корректирующих действий согласно СТУ Д 1.37 «Корректирующие действия» и предоставления свидетельств корректирующих действий в ОММК.

#### **4.7. Методист ОММК несет ответственность за:**

- составление проекта программы внутреннего аудита на год (по полугодиям);
- предоставление для согласования с начальником ОММК, начальником УОД, УПРК и ректором университета проекта программы внутреннего аудита;
- размещение утвержденной программы внутреннего аудита в сети университета до 31 января на 1-е полугодие и до 30 сентября на 2-е полугодие;
- уведомление всех заинтересованных лиц об изменениях программы внутренних аудитов СМК (в устной форме, по телефону);
- определение целей, области применения и критериев для каждого аудита;
- координацию и составление графика аудитов в соответствии с программой аудита;
- обеспечение выбора команд по аудиту с необходимой компетентностью (подготовку проекта приказа на назначение команды по аудиту из резерва внутренних аудиторов; предоставление проекта приказа для согласования с УПРК);

- ведение резерва внутренних аудиторов;
- предоставление командам по аудиту необходимых ресурсов;
- обеспечение проведения аудитов в соответствии с программой аудита и в согласованных временных рамках;
- обеспечение того, что деятельность по аудиту регистрируется и должным образом осуществляет менеджмент и поддержание записей в рабочем состоянии.

## **5. ОПИСАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ**

### **5.1. Общие положения**

Целью проведения внутренних аудитов является получение сведений для систематического анализа пригодности и результативности СМК со стороны руководства.

Основными этапами по планированию, подготовке и проведению внутренних аудитов являются:

- выбор, обучение и аттестация аудиторов;
- разработка программы внутренних аудитов;
- разработка планов внутренних аудитов и подготовка к проведению внутренних аудитов в СП университета;
- проведение внутреннего аудита;
- оформление отчета по внутреннему аудиту;
- разработка корректирующих действий;
- контроль устранения выявленных несоответствий и оценка результативности;
- анализ выполнения программы внутренних аудитов.

### **5.2. Выбор, обучение и аттестация внутренних аудиторов**

Внутренние аудиты проводятся работниками университета, прошедшими обучение по СМК и обучение для работы в качестве внутреннего аудитора.

Первоначальный выбор кандидатур в аудиторы осуществляется по следующим критериям:

высшее образование со стажем работы в университете не менее 2-х лет или среднее специальное образование со стажем работы в университете не менее 5 лет;

обучение по направлениям СМК;

наличие личных качеств, необходимых для проведения аудита (коммуникабельность, уравновешенность, дипломатичность, умение владеть собой, наблюдательность, объективность, аналитическое мышление).

УПРК совместно с начальником ОММК определяют кандидатуры из числа работников университета для работы в качестве аудиторов в соответствии с вышеперечисленными критериями.

Обучение кандидатов в аудиторы может осуществляться:

в сторонних организациях, имеющих лицензию на право проведения такого обучения;

путём проведения обучающего семинара в университете.

Кандидат в аудиторы, который прошел обучение и провел не менее трёх внутренних аудитов в качестве аудитора-стажёра под руководством опытного аудитора, включается в резерв аудиторов. (Приложение 1, Ф-001) Резерв внутренних аудиторов ведет методист ОММК.

Аттестация аудиторов проводится систематически (один раз в три года) специально назначенной распоряжением ректора группой по аттестации.

Аттестация проводится путем собеседования. Результаты аттестации оформляются протоколом.

На каждого аудитора методист ОММК оформляет и ведет личную карточку аудитора (Ф-003 Приложение 1). Текущую оценку работы внутренних аудиторов осуществляет УПРК и начальник ОММК.

Ежегодно УПРК анализирует работу внутренних аудиторов и определяет их необходимую численность.

### **5.3. Разработка программы внутренних аудитов.**

Организация и проведение внутренних аудитов осуществляется на основании утвержденной программы внутренних аудитов университета.

До 15 января и до 15 сентября текущего года методист ОММК составляет проект программ внутренних аудитов на предстоящие полугодия (Ф-004 Приложение 1). При составлении проекта программы внутреннего аудита методист учитывает наличие претензий, получаемых подразделениями, результаты предыдущих проверок, важность и сложность выполняемых работ. Программа согласовывается методистом ОММК с начальником ОММК, с начальником УОД, первым проректором.

Программа аудита планируется с учетом статуса, важности процессов и обеспечивает проверку каждого процесса СМК не менее одного раза в год.

Статус процесса определяется его результативностью. Процесс с более низкой результативностью получает более низкий статус (такой процесс проверяется не менее двух раз в год).

Процессы, связанные с предоставлением образовательной услуги, считаются наиболее важными. Функционирование этих процессов проверяется не менее чем в 50% задействованных СП.

Проект программы внутреннего аудита УПРК утверждает у ректора.

Утвержденные программы внутреннего аудита должны быть направлены методистом ОММК в ЦРИТ для размещения в сети университета до 31 января и до 30 сентября соответственно. Оригинал программы хранится в ОММК.

Основанием для изменения программы аудита является докладная записка руководителя СП о необходимости отмены, переноса запланированного аудита или проведения внепланового аудита.

### **5.4. Подготовка проведения внутреннего аудита**

До 1 числа каждого месяца текущего года методист ОММК подготавливает проект приказа о проведении внутренних аудитов и назначении внутренних аудиторов из числа специально подготовленных работников вуза (резерва внутренних аудиторов), согласовывает его с УПРК и представляет на утверждение ректору.

Команда по аудиту выбирается с учетом компетентности, необходимой для достижения целей аудита с учетом области применения критериев аудита.

Если аудиторы в команде не обладают в достаточной мере знаниями и навыками применительно к процессу, виду деятельности, которые являются объектами внутреннего аудита, то в их команду необходимо включить

технических экспертов. Технические эксперты должны работать под руководством аудитора.

Формирование команд по аудиту должно способствовать развитию и поддержанию у аудиторов навыков проведения аудита, чтобы все аудиторы имели одинаковый опыт проведения внутренних аудитов.

В команду по аудиту могут быть включены аудиторы-стажёры, которые должны работать под руководством аудитора.

Ответственность за проведение аудита возлагается на руководителя команды по аудиту, который распределяет между аудиторами функции и обязанности согласно плана аудита и компетенций, а также проводит инструктаж аудиторов перед проведением аудита.

Руководитель команды по аудиту назначается УПРК. Руководитель команды по аудиту должен иметь высшее образование и стаж работы в университете не менее 3 лет.

Руководитель команды по аудиту, назначенный для проведения внутреннего аудита, за 1-2 недели до проверки составляет план внутреннего аудита (Ф-005 Приложение 1), согласовывает его с руководителем проверяемого СП и утверждает у УПРК.

5.4.1. План внутреннего аудита включает:

- цель аудита;
- критерии аудита и ссылочные документы;
- область аудита;
- дату и место проведения аудита, включая предварительное и заключительное совещания;
- методы аудита.

5.4.2. Каждому внутреннему аудиту присваивается идентификационный номер, соответствующий порядковому номеру, указанному в программе внутренних аудитов, и цифрам года, разделенными знаком «-».

5.4.3. При получении информации о невозможности участия аудитора во внутреннем аудите УПРК корректирует состав группы аудиторов с учетом их загруженности согласно графику работы аудиторов и уведомляет методиста ОММК об изменениях плана внутреннего аудита (в устной форме, по телефону). Методист ОММК уведомляет всех заинтересованных лиц об изменениях плана внутреннего аудита (в устной форме, по телефону).

5.4.4. За неделю до начала проведения внутреннего аудита руководитель команды по аудиту извещает руководителя АП (должностное лицо) о сроках аудита, передает копию плана внутреннего аудита команде по аудиту.

5.4.5. Руководитель АП (должностное лицо) извещает своих работников о предстоящей проверке и готовит к проверке необходимые документы.

5.4.6. При подготовке к внутреннему аудиту руководитель команды составляет контрольный лист аудита (Ф-006 Приложение 1), являющийся средством измерения. Контрольный лист аудита позволяет учитывать требования документов СМК университета, НПА, ТНПА, а также ЛПА университета, подразделений и должностного лица.

5.4.7. Контрольный лист аудита имеет тот же идентификационный номер, что и номер внутреннего аудита в программе аудитов.

5.4.8. Члены команды по аудиту собирают и анализируют информацию, к назначенным им заданиям по аудиту и подготавливают рабочие документы:

бланк контрольного листа (Ф-006 Приложение 1);

справку о результатах ВА с указанием несущественных несоответствий, аспектов для улучшения и рекомендациями по их устранению.

5.4.9. Руководитель команды по аудиту на основании рабочих документов членов команды по аудиту готовит отчет по внутреннему аудиту

### **5.5. Проведение внутреннего аудита**

5.5.1. Руководитель АП (должностное лицо) из работников подразделения назначает сопровождающих лиц. Сопровождающие лица не являются аудиторами и не должны оказывать влияние на проведение аудита или вмешиваться в проведение аудита. Сопровождающие лица обязаны обеспечить:

– контакт и назначение времени для встречи;

– посещение определенных мест производственной площадки;

– чтобы правила и процедуры по безопасности были известны и соблюдались членами группы по аудиту;

– исполнение функций лиц, свидетельствующих в ходе аудита от имени проверяемого подразделения;

– представление разъяснений или оказание помощи при сборе информации.

5.5.2. Прежде, чем начать деятельность по аудиту на месте, анализируют документы АП, документы по СМК, записи, а также отчеты по предыдущим аудитам.

5.5.3. Анализ документов включает следующие направления:

применение (идентификация процессов, деятельности которых касается документ);

ответственность (кто несет ответственность за выполнение);

действия и методы (какие правила нужно выполнять при реализации процессов и деятельности);

записи (какие записи дают объективные свидетельства, что правила соблюдаются).

5.5.4. В процессе проведения внутреннего аудита производится сбор объективных доказательств посредством опроса персонала АП, анализа документов и проведения наблюдений. При этом обязательно производится проверка ведения дел, внутренних и внешних документов и исполнение работ работниками подразделения.

5.5.5. Все несоответствия, выявленные в процессе внутреннего аудита и подтвержденные объективными, обоснованными свидетельствами аудита, аудиторы фиксируют в бланке контрольного листа, в отчете по аудиту.

5.5.6. После подписания отчетов по аудиту их оригиналы остаются у руководителя команды по аудиту, копии – у руководителей АП (должностных лиц).

5.5.7. В конце каждого внутреннего аудита руководитель команды по аудиту обсуждает с аудиторами результаты, анализирует выявленные несоответствия, уточняет, какие документы, разделы или пункты были нарушены.

5.5.8. Команда по аудиту готовит заключение по результатам внутреннего аудита.

5.5.8. Заключение делается на основании рассмотрения результатов свидетельств аудита и сравнения их с целями аудита. Заключение может включать рекомендации команды по аудиту и порядок корректирующих действий по результатам аудита.

5.5.9. Завершается проведение внутреннего аудита заключительным совещанием, на котором представляют результаты внутреннего аудита с необходимыми разъяснениями, с учетом значимости несоответствий. Цель заключительного совещания – представить заключения по результатам внутреннего аудита таким образом, чтобы они были признаны АП. Участники совещания:

- представители АП;
- команда по аудиту;
- другие заинтересованные лица.

## **5.6. Проведение внутреннего аудита в дистанционном формате**

5.6.1. В случае форс-мажорных обстоятельств внутренний аудит СМК может быть проведен в дистанционном формате.

5.6.2. Под дистанционным аудитом понимается аудит, в ходе которого информационно-коммуникационные технологии используются для проведения мероприятий в рамках аудита и сбора свидетельств аудитором, который физически не находится на аудитуемом объекте.

5.6.3. Аудит в дистанционном формате осуществляется в два этапа:

этап удаленного изучения СМК АП путём анализа и проверки документации

этап дистанционного интервьюирования работников АП.

5.6.4. За неделю до назначенной даты аудита кафедра присылает на электронную почту ОММК документы по списку в формате .pdf и(или) .jpg.

5.6.5. В течение недели команда по аудиту изучает и анализирует присланные документы, а также страничку кафедры на сайте университета на предмет актуальной информации.

5.6.6. В назначенную дату команда по аудиту (руководитель команды) связывается по видео-связи (аудио-связи) по договоренности с представителями АП (заведующим кафедрой, заместителем заведующего кафедрой по учебно-методической работе, секретарем кафедры, ответственным за СМК) и задает уточняющие вопросы (при их наличии), озвучивает результаты анализа документов и результаты аудита с необходимыми разъяснениями.

5.6.7. Все несоответствия в системе менеджмента университета, выявленные в процессе дистанционного внутреннего аудита и подтвержденные

объективными, обоснованными свидетельствами аудита, аудиторы фиксируют в бланке контрольного листа, отчета по аудиту.

### **5.7. Отчетность**

5.7.1. Руководитель команды по аудиту в течение 7-10 дней после проведения аудита заполняет отчет по аудиту (Ф-007 Приложение 1).

5.7.2. Номер отчета по аудиту идентичен номеру программы внутренних аудитов.

5.7.3. Руководитель АП (должностное лицо) разрабатывает корректирующие действия согласно СТУ Д 1.37 «Корректирующие действия».

5.7.4. Оформленный и зарегистрированный отчет по результатам внутреннего аудита руководитель команды по аудиту передает УПРК на утверждение.

5.7.5. Оригиналы заполненных отчетов по аудиту, плана внутреннего аудита руководитель команды по аудиту передает в ОММК, копии отчетов по результатам внутреннего аудита предоставляется руководителю АП (должностному лицу).

5.7.6. Оригиналы отчетов по аудиту хранятся в ОММК в папке «Документы по проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества (отчеты)».

5.7.7. Копии отчетов по аудиту хранятся в АП в папке «Документы системы менеджмента качества».

### **5.8. Контроль устранения несоответствий**

5.8.1. На основании отчета по аудиту руководитель АП (должностное лицо) разрабатывает План корректирующих действий по устранению несоответствий и реализации аспектов для улучшения (Ф-008 Приложение 1) и предоставляет руководителю команды по аудиту в течение 14 дней после получения отчета по аудиту (если иной срок не предусмотрен в отчете по внутреннему аудиту).

5.8.2. Внутренний аудит считается завершенным только при условии устранения всех несоответствий, выявленных в ходе аудита.

### **5.9. Оценивание аудиторов и анализ проведения аудитов**

5.9.1. По результатам проведенных внутренних аудитов УПРК один раз в год проводит текущую оценку аудиторов.

Оценивание аудиторов осуществляется по количественным и качественным критериям (Ф-002 Приложение 1). Результаты оценки используются для улучшения дальнейшей деятельности по внутреннему аудиту.

5.9.2. Один раз в год УПРК проводит анализ и оценку результатов внутренних аудитов по итогам работы за год, в произвольной форме. Результаты оценки используются для подготовки документов по анализу СМК (согласно СТУ П 1.02 «Стратегическое и оперативное планирование, анализ системы менеджмента качества со стороны руководства и постоянное улучшение», СТУ Д 1.37 «Корректирующие действия»).

5.9.3. На основании решений руководства по проводимому анализу со стороны руководства при необходимости корректируется деятельность по внутренним аудитам, согласно СТУ Д 1.37 «Корректирующие действия»

## 6 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ

Перечень документов, оформляемых в результате выполнения требований данного СТУ, приведен в таблице 1.

Таблица 1

Наименование или описание документа (группы документов)	Форма документа	Кто оформляет документ	Кому представляют документ	Место хранения документа	Срок хранения документа
Резерв внутренних аудиторов	Ф-001 СТУ Д 1.35	методист ОММК, УПРК	Ректору	ОММК	1 год
Карта оценивания внутренних аудиторов	Ф-002 СТУ Д 1.35	УПРК	Ректору	ОММК	1 год
Личная карточка внутреннего аудитора	Ф-003 СТУ Д 1.35	методист ОММК	Первому проректору	ОММК (электронный документ)	Постоянно
Программа внутреннего аудита	Ф-004 СТУ Д 1.35	методист ОММК, УПРК	Ректору	ОММК	5 лет
План внутреннего аудита	Ф-005 СТУ Д 1.35	Руководитель команды по аудиту. методист ОММК	Начальнику ОММК, руководителю АП	ОММК	3 года
Контрольный лист	Ф-006 СТУ Д 1.35	Руководитель команды по аудиту	Начальнику ОММК, руководителю АП	ОММК	5 лет
Отчет по аудиту	Ф-007 СТУ Д 1.35	Руководитель группы по аудиту	Начальнику ОММК, руководителю АП	ОММК. АП	5 лет
План корректирующих действий по устранению несоответствий и реализацию аспектов для улучшения	Ф-008 СТУ Д 1.35	Руководитель АП	Начальнику ОММК	ОММК	До следующего аудита

## 7. Приложение 1

Ф-001 СТУ Д 1.35

## РЕЗЕРВ ВНУТРЕННИХ АУДИТОРОВ

№	Фамилия И.О.	Занимаемая должность	Стаж работы в		Обучение	Стажировка	Аттестация	Количество проведенных аудитов	Оценки работы
			в должности	в университете					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Должность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

подпись

Дата \_\_\_\_\_

Ф-003 СТУ Д 1.35

## Карта оценивания внутренних аудиторов

Критерии оценивания		Баллы	Набранный балл		
Количество проведенных аудитов за анализируемый период	5 и более	2			
	менее 5	1			
Наличие жалоб, претензий к работе аудитора со стороны аудируемых	нет	2			
	есть	0			
Качество подготовки документации для проведения аудита ( <i>вопросы, основанные на критериях аудита, их логическая последовательность, краткая и понятная форма и др.</i> )	Нет замечаний	2			
	Есть замечания	0			
Качество записей по аудиту ( <i>логичные, структурированные, верифицированные</i> )	Нет замечаний	2			
	Есть замечания	0			
Своевременность оформления документов по результатам аудита	Нет замечаний	2			
	Есть замечания	0			
Личное поведение аудитора, способность применять знания и навыки ( <i>наблюдения во время присутствия на аудите</i> )	Нет замечаний	2			
	Есть замечания	0			
Итоговое количество баллов:					
Оценка работы аудитора:					
Количество баллов	1-3	4-5	6-7	8-11	12
Оценка	1	2	3	4	5



УТВЕРЖДАЮ  
Ректор учреждения образования  
«Белорусский государственный  
медицинский университет»

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ПРОГРАММА №\_\_ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ

УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

НА \_\_ ПОЛУГОДИЕ 20\_\_ ГОДА

Цели аудита:  
Область аудита:  
Критерии аудита:  
Ресурсы:

Программа проведения внутренних аудитов  
на \_\_ полугодие 20\_\_ года

Номер отчета	Аудитируемые руководители процессов, должностные лица и/или руководители подразделений	Проверяемый процесс/вид деятельности СМК	Критерии аудита	Срок проведения аудита				
				Название месяца	Название месяца	Название месяца	Название месяца	Название месяца

Примечание: сроки, указанные в графике, могут корректироваться.

СОГЛАСОВАНО

РАЗРАБОТАЛ

Дата

Ф-005 СТУ Д 1.35

УТВЕРЖДАЮ  
Первый проректор,  
Уполномоченный представитель  
руководства по качеству

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ расшифровка подписи

20\_\_

План аудита № \_\_ - \_\_\_\_\_

Цели аудита

Дата предварительного совещания:

Дата заключительного совещания:

Дата и время проведения	Объект аудита	Место проведения	Состав команды по аудиту
			Руководитель: Аудиторы: Технический эксперт:

Критерии аудита (документы, на соответствие требованиям которых проводится аудит):

Руководитель команды  
по аудиту

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись

Расшифровка подписи

Аудитор

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись

Расшифровка подписи

Технический эксперт

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись

Расшифровка подписи

С планом ознакомлен и копию получил:  
Руководитель, проверяемого подразделения

\_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись

Расшифровка подписи

**КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ №     -20**  
**внутренний (дистанционный) аудит №     -20**

Объекты внутреннего аудита:		Аудитируемое подразделение (ответственное должное лицо):	
<b>Контрольные вопросы</b>	<b>Критерии</b>	<b>Свидетельства</b>	<b>Наблюдения</b>

Проверил

\_\_\_\_\_  
Дата\_\_\_\_\_  
Подпись\_\_\_\_\_  
ФИО

Разработал

*Аудитор*\_\_\_\_\_  
Дата\_\_\_\_\_  
Подпись\_\_\_\_\_  
ФИО

Ф-007 СТУ Д 1.35

Логотип организации

УТВЕРЖДАЮ  
 Первый проректор,  
 уполномоченный  
 представитель  
 руководства по качеству  
 учреждения образования  
 «Белорусский  
 государственный  
 медицинский  
 университет»

\_\_\_\_\_

подпись                      расшифровка подписи

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

### ОТЧЕТ ПО АУДИТУ

№ \_\_\_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_ .20

Основание проведения аудита: (программа аудита, или приказ на проведение внепланового внутреннего аудита)	ПРОГРАММА ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ № _____ НА _____ ПОЛУГОДИЕ 20__ ГОДА		К-во страниц			
Цели аудита						
Объект аудита/ подразделения						
Аудитируемое должностное лицо/структурное подразделение						
Дата проведения внутреннего аудита						
Руководитель команды по аудиту:	_____		_____			
	Подпись		Ф.И.О.			
Аудиторы:	_____		_____			
	Подпись		Ф.И.О.			
Технические эксперты:	_____		_____			
	Подпись		Ф.И.О.			
Наблюдатели:	_____		_____			
	Подпись		Ф.И.О.			
Сопровождающие:	_____		_____			
	Подпись		Ф.И.О.			
При аудите выявлено ... несущественных несоответствий и .... аспектов для улучшения						
Установленное	Существенное/	Коррекция (наименован	Отметка об	Корректирующее	Отметка об	Оценка результатов

несоответствие (описание несоответствия с указанием критерия аудита)	несущественное	ие мероприятия, дата проведения. Ответственный исполнитель)	выполнение мероприятий (дата, подпись, Ф.И.О. проверяющего лица)	действие (наименование мероприятия, дата проведения. ответственный исполнитель)	выполнение мероприятий (дата, подпись, Ф.И.О. проверяющего лица)	ности корректирующих действий (дата, подпись, Ф.И.О. проверяющего лица)
Заключение по внутреннему аудиту:						
Рассылка Отчета:				Отчет составил:		
Необходимость проведения повторного аудита с целью подтверждения устранения несоответствий:				Да		
				Нет		
Дата проведения повторного аудита:						
Главный аудитор: _____ _____ Ф.И.О. _____ подпись _____ 20__			Ответственное должностное лицо _____ Ф.И.О. _____ подпись _____ 20__			

Ф-008 СТУ Д 1.35

План корректирующих действий  
по устранению несоответствий и реализации аспектов для улучшения

№ п/п	Несоответствие/аспект для улучшения, выявленные в ходе внутреннего аудита	Корректирующие действия по устранению несоответствий/реализации аспектов для улучшения	Ответственный	Срок исполнения

Руководитель структурного подразделения

И.О.Фамилия

