

ЗАТВЕРДЖУЮ
Ректор Львівського національного університету
ветеринарної медицини та біотехнологій
імені С.З. Гжицького



В.В. Стибель

10.09. 2022 року

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ
ISO 9001:2015**

СМЯ-9.2

**Управління внутрішніми
аудитами**

Контрольний екземпляр	
Врахований екземпляр	№
Архівний	

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

ЗМІСТ

ВСТУП

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	3
2. ОПИС ПРОЦЕСУ	4
<i>2.1. Загальні положення</i>	<i>4</i>
<i>2.2. Підготовка внутрішніх аудиторів</i>	<i>5</i>
<i>2.3. Планування внутрішніх аудитів</i>	<i>6</i>
<i>2.4. Підготовка аудиту</i>	<i>7</i>
<i>2.5. Проведення аудиту</i>	<i>8</i>
<i>2.6. Звітні документи</i>	<i>10</i>
<i>2.7. Коригувальні дії</i>	<i>11</i>
3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ	11
4. МОНІТОРИНГ, АНАЛІЗ ТА КРИТЕРІЇ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПРОЦЕСУ	12
5. ЗАПИСИ З ЯКОСТІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОЦЕСУ	13
Додаток 1 Програма проведення внутрішніх аудитів	14
Додаток 2 План-графік проведення внутрішніх аудитів СМЯ	15
Додаток 3 Карта самоаналізу кафедри та ОП.....	16
Додаток 4 Протокол аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості	17
Додаток 5 Звіт про проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості ..	18

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

ВСТУП

Стандарт «Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2» Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького (далі – Університет) встановлює порядок планування, проведення, документування та аналізу результатів внутрішніх перевірок (внутрішнього аудиту) Системи менеджменту якості ISO 9001:2015, які проводяться з метою оцінки виконання і дотримання вимог відповідно до системи управління якістю, визначення ефективності її функціонування, заходів щодо її поліпшення.

Стандарт Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2 розроблено відповідно до вимог наступних стандартів:

- ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) Системи управління якістю;
- ДСТУ ISO 19011:2019 (ISO 19011:2018, IDT) Настанови щодо проведення аудитів системи управління;
- Настанови з якості НЯ 2022 Системи менеджменту якості ISO 9001:2015 Університету.

Даний стандарт поширюється на всі структурні підрозділи, що задіяні у процесах освітньої, наукової та науково-технічної діяльності, процесах менеджменту та забезпечувальних процесах Університету.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Основні поняття, терміни та визначення, що застосовуються в даному стандарті, встановлені в (ISO 19011:2018, IDT) ДСТУ ISO 19011:2019 Настанови щодо здійснення аудитів систем менеджменту (р. 3 Терміни та визначення понять).

Аудит (перевірка) (*audit*) – систематичний незалежний і задокументований процес отримання доказів аудиту та об'єктивного їх оцінювання, щоб визначити ступінь дотримання критеріїв аудиту.

Критерії аудиту (*audit criteria*) – сукупність політик, методик або вимог, яку використовують як еталон, з яким порівнюють докази аудиту.

Доказ аудиту (*audit evidence*) – протоколи, виклади фактів чи інша інформація, що стосуються критеріїв аудиту і можуть бути перевірені.

Дані аудиту (*audit findings*) – результати оцінювання зібраних доказів аудиту за критеріями аудиту.

Висновок аудиту (*audit conclusion*) – підсумок аудиту після розгляду всіх даних аудиту з урахуванням цілей аудиту.

Замовник аудиту (*audit client*) - організація чи особа, яка подає заявку на проведення аудиту.

Об'єкт аудиту (*auditee*) - організація, яку піддають аудиту.

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

Аудитор (*auditor*) - особа, яка провадить аудит.

Група аудиту (*audit team*) – один або кілька аудиторів, що провадять аудит за підтримання, якщо необхідно, технічних експертів.

Технічний експерт (*technical expert*) – особа, яка має спеціальні знання чи досвід у групі аудиту.

Спостерігач (*observer*) - особа, яка супроводжує групу аудиту, але не здійснює аудиторської діяльності.

Гід; супроводжувач (*guide*) – особа, яку призначає об'єкт аудиту, щоб сприяти діяльності групи аудиту.

Програма аудиту (*audit programme*) – сукупність заходів для проведення одного чи кількох аудитів, запланованих на конкретний період часу та спрямованих на досягнення конкретної цілі.

Сфера аудиту (*audit scope*) - обсяг та межі аудиту.

План аудиту (*audit plan*) - опис дій і заходів для проведення аудиту.

Ризик (*risk*) - невизначеність щодо досягнення цілей.

Компетентність (*competence*) - здатність застосовувати знання та вміння для досягнення передбачених результатів.

Відповідність (*conformity*) - виконання вимоги.

Невідповідність (*nonconformity*) - невиконання вимоги.

Система управління (*management system*) - система для встановлення політики та цілей і досягнення цих цілей.

2. ОПИС ПРОЦЕСУ

2.1. Загальні положення

Внутрішні аудити (далі – Аудити) здійснюються регулярно (не рідше одного разу на рік) у кожному структурному підрозділі Університету, що задіяний у процесах освітньої, наукової та науково-технічної діяльності, процесах менеджменту та забезпечувальних процесах, відповідно до програми аудиту (далі – Програма).

Аудити системи менеджменту якості не є контролюючими заходами, а проводяться для об'єктивного та неупередженого (нейтрального) з'ясування фактичного стану. Аудити можуть бути планові та позачергові.

Позачергові внутрішні аудити проводяться у разі потреби – за вказівкою керівництва університету або за зверненням керівника структурного підрозділу, а також для аналізу виконання коригувальних дій.

Метою планового аудиту є:

- підтвердження того факту, що система менеджменту якості впроваджена в Університеті, відповідає плановим заходам, вимогам стандарту ISO 9001:2015;

- підтвердження ефективності впровадження системи менеджменту якості та підтримання її в робочому стані;
- встановити наскільки ефективно діюча система менеджменту якості дозволяє досягти поставлених цілей і вирішувати ухвалені завдання у сфері якості;
- з'ясування істинного стану справ у сфері діяльності, що перевіряється;
- перевірки виконання законодавчих, нормативних та регулюючих вимог до освітніх послуг;
- виявлення та усунення невідповідностей, які мають місце у процесі діяльності Університету;
- виявлення можливостей вдосконалення системи менеджменту якості;
- полегшення проведення зовнішніх перевірок.

2.2. Підготовка внутрішніх аудиторів

Внутрішнім аудитором може бути працівник будь-якого структурного підрозділу, кваліфікація, досвід роботи та особисті якості якого відповідають наступним критеріям:

- закінчена вища освіта та вільне володіння державною мовою (усно і письмово);
- стаж роботи не менше 6 місяців;
- мати підготовку з питань внутрішніх аудитів;
- знати та дотримувати нормативно-правові вимоги;
- демонструвати компетентність під час виконання аудиторських робіт;
- здатність виконувати роботу неупереджено, мати витриманість, логічне мислення, аналітичність;
- здатність реально оцінювати ситуацію, уміння розбиратися в процесах системи якості та розуміння ролі окремих підрозділів у функціонуванні системи забезпечення якості організації.

Аудитори мають бути незалежними від керівників робіт, аудит яких провадять. Аудитори мають підтримувати об'єктивність протягом усього процесу проведення аудиту для забезпечення того, щоб дані та висновки аудиту базувалися лише на доказі аудиту.

Підготовка кандидата у внутрішні аудитори включає ознайомлення з вимогами стандарту ISO 19011 «Настанови щодо здійснення аудитів систем менеджменту» та участь в 1 внутрішньому аудиті як стажер. Підготовка кандидатів у внутрішні аудитори може бути організована у сторонніх організаціях.

Аудит проводиться аудиторською групою або окремими особами з її складу (мінімум 2 особи, одна з яких призначається керівником групи), що складається із співробітників Університету. Персональний склад групи та її керівник призначаються наказом ректора, зміни до складу групи можуть бути внесені при нагальній потребі та наявності об'єктивних підстав розпорядженням ректора чи першого проректора. До аудиторської групи можуть бути включені технічні експерти та спостерігачі.

Члени аудиторської групи повинні бути незалежні - не пов'язані жодним чином зі структурним підрозділом, що підлягає перевірці.

Відповідальність за організацію Аудитів несе ректор Університету. За навчання та підвищення кваліфікації аудиторських груп, за безпосереднє проведення аудитів і звітність – відповідальний за систему якості Університету, головний аудитор.

2.3. Планування внутрішніх аудитів

Планування внутрішніх аудитів передбачає формування Програми проведення внутрішнього аудиту. Планування внутрішніх аудитів проводиться з урахуванням статусу та важливості процесів і ділянок, що підлягають аудиту, а також результатів попередніх аудитів.

Внутрішні аудити поділяються на планові, які повинні обов'язково регулярно проводитися не рідше одного разу на рік, і позапланові, які призначаються ректором або відповідальним за систему якості за потреби.

Програма Аудитів розробляється на поточний навчальний рік, затверджується розпорядчим документом не пізніше 25 січня календарного року та поширюється у структурні підрозділи Університету, які підлягають перевірці. В окремих випадках затвердження та поширення Програми здійснюється в терміни продиктовані об'єктивною необхідністю, але не пізніше ніж за 5 днів до початку проведення аудиту.

Відповідальний за систему якості, за поданням завідувача відділу забезпечення якості освіти та акредитації, підписує Програму проведення внутрішніх аудитів (Додаток 1), План-графік проведення внутрішніх аудитів (Додаток 2), склад групи аудиторів і подає весь пакет документів на затвердження ректору. Також до Програми аудиту входить Карта самоаналізу кафедри та освітньої програми (надалі ОП) (Додаток 3), яка доводиться до відома структурних підрозділів відділом забезпечення якості освіти та акредитації не пізніше ніж за місяць до початку проведення аудиту. За 10 календарних днів до початку аудиту, один примірник заповненої та підписаної відповідними посадовими особами (завідувачем кафедри та гарантом ОП) Карти самоаналізу кафедри та відповідної ОП подається в

<p style="text-align: center;">Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2</p>	<p style="text-align: center;">Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.</p>
---	--

обов'язковому порядку у відділ забезпечення якості освіти та акредитації для аудиторських робіт.

Програма позачергових внутрішніх аудитів розробляється для кожного об'єкту аудиту. Програма затверджується розпорядчим документом та поширюється на об'єкт аудиту.

Дії з управління Програмою аудиту (зберігання документації, внесення змін тощо) проводяться відповідно до документованої процедури стандарту Університету СМЯ-7.5 «Управління документованою інформацією».

Проведення позачергових (позапланових) аудитів може бути викликано, наприклад, такими причинами:

- щоб впевнитись у тому, що система менеджменту якості стосовно певного виду діяльності, процесу або організаційної одиниці продовжує відповідати встановленим вимогам і функціонує;
- внаслідок істотних змін функціональних аспектів, наприклад, проведення реорганізації, внесення змін в організаційно-методичні, законодавчі, нормативні або регулюючі документи;
- при надходженні інформації від споживача або зовнішніх організацій щодо невідповідності якості послуги встановленим вимогам;
- при необхідності перевірки того, що необхідні коригувальні дії зроблені і принесли очікуваний результат;
- при оцінці системи менеджменту якості у зв'язку із змінами в ній або при введенні в дію нових документів;
- за рекомендаціями аудиторів.

Своєчасне повідомлення всіх осіб, що мають відношення до аудиту, повинен забезпечити відповідальний за систему якості Університету. Керівник відповідного підрозділу, який підлягає аудиту, забезпечує інформування працівників підрозділу про терміни призначеного аудиту і про не притягнення до відповідальності у разі виявлення невідповідностей, порушень у ході перевірки (з метою створення довірчих відносин при опитуванні).

2.4. Підготовка аудиту

На стадії підготовки (приблизно за один-два дні до початку аудиту в підрозділі) аудитор критично аналізує відповідну документацію системи управління об'єкта аудиту, щоб зібрати інформацію для підготування аудиторської діяльності та застосовних робочих документів щодо процесів, функцій на відповідність діючих у підрозділі правил та вимог стандарту ISO 9001:2015.

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

Крім того, вони враховують і вивчають усі документи, що мають відношення до підрозділу за результатами попередніх аудитів, а також законодавчі норми.

Перевірка такої документації є попередньою стадією аудиту і отримані дані можуть фіксуватися у звіті. Необхідно впевнитися, що вся документація актуалізована, врахована й ідентифікована. В іншому випадку може бути зафіксована невідповідність.

В ході аудиту аудитор визначає теми і блоки питань, які враховують особливості функціонування системи якості. Головна мета, яку повинен ставити перед собою аудитор, полягає в тому, щоб у результаті проведення перевірки отримати достатній обсяг інформації і даних.

2.5. Проведення аудиту

До початку проведення аудиту, не пізніше, як за 10 календарних днів, Головний аудитор проводить вступну нараду за участі повного складу груп аудиторів, технічних експертів, спостерігачів, гідів (якщо такі особи призначені), а також у присутності керівників усіх структурних підрозділів, у яких заплановано проведення аудиту, та повідомляє усіх присутніх про плановість та тривалість проведення аудиту, його характер, мету, методи та порядок проведення, з'ясовує усі необхідні або незрозумілі деталі.

Аудиторська група проводить внутрішній аудит у визначений термін.

Безпосередньо перед початком проведення аудиту організовується попередня нарада, в якій беруть участь аудитори, керівник підрозділу та співробітники підрозділу, що перевіряється. Цю нарада веде голова групи аудиторів. Його завданням є висвітлення та узгодження наступних питань:

- огляд основних тем та мети аудиту;
- порядок проведення перевірки з уточненням черговості опитувань;
- з'ясування всіх необхідних або незрозумілих деталей аудиту, наприклад, порядку фіксації невідповідностей, складання звіту, призначення коригувальних заходів.

Отримання об'єктивних даних досягається поєднанням аналізу документів (зокрема правильність її ведення, збереження, використання, знищення та ідентифікації на місцях), спостереженням за діяльністю співробітників, умовами на робочих місцях, опитуваннями здобувачів вищої освіти та співробітників тощо.

Невідповідності фіксуються аудиторською групою у Протоколі аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості під час проведення планового внутрішнього аудиту (Додаток 4).

Протокол аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості заповнюється аудитором у двох примірниках, один з яких передається керівнику структурного підрозділу для виявлення кореневих причин виникнення невідповідностей, визначення коригувальних або запобіжних дій та термінів їх проведення.

Термін виконання коригувальних (запобіжних) дій не перевищує 30 календарних днів після проведення планового аудиту.

Призначення коригувальних дій фіксується за допомогою їх запису в Протоколі аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості із зазначенням запланованої дати виконання.

Контроль за виконанням коригувальних та запобіжних дій за результатами внутрішніх аудитів здійснюють аудитори при наступних планових і позачергових внутрішніх аудитах.

У разі невиконання коригувальних (запобіжних) дій з поважних причин у встановлений термін, голова аудиторської групи може подовжити термін виконання, але не більше ніж 90 днів від дати проведення внутрішнього аудиту.

Після проведення коригувальних дій Протокол аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості закривається - керівник аудиторської групи або аудитор групи робить відповідний запис про результативність коригувальних дій. Один екземпляр Протоколу залишається у структурному підрозділі, другий зберігається у відділі забезпечення якості освіти та акредитації.

Після закінчення аудиторської перевірки в підрозділі аудитори проводять заключну нараду з участю співробітників підрозділу. Голова групи доповідає про основні результати аудиту, перераховує виявлені невідповідності та зауваження, дає їм коротку оцінку, інформує про призначені коригувальні заходи, якщо такі мають місце. Керівник підрозділу повідомляє про терміни проведення коригувальних дій і про відповідальних за їх виконання. Учасники наради можуть обговорити виниклі у зв'язку з аудитом питання.

За результатами проведеного внутрішнього аудиту у структурному підрозділі, відповідальна особа відділу забезпечення якості освіти та акредитації (керівник структурного підрозділу або відповідальний працівник) робить записи у Журналі обліку невідповідностей та коригувальних дій відповідно до стандарту Університету СМЯ-10.2 Управління коригувальними та запобіжними діями.

Для подання даних і висновків аудиту проводиться заключна нарада під головуванням Головного аудитора. Учасниками заключної наради мають бути керівництво об'єкта аудиту і, якщо доцільно, особи, відповідальні за

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

функції чи процеси, піддані аудиту. На неї може бути також запрошено представників структурного підрозділу, в якому проводився аудит. Також на заключній нараді обов'язково мають бути присутні усі задіяні аудитори. Якщо постає потреба, керівник групи аудиту має повідомити об'єкт аудиту про ситуації, з якими стикалися під час аудиту, які можуть послабити довіру до висновків аудиту.

У випадку виникнення суперечок між керівником аудиторської групи та керівником структурного підрозділу арбітром виступає Головний аудитор, який приймає остаточне, обов'язкове для виконання рішення.

2.6. Звітні документи

За результатами аудиту керівник кожної аудиторської групи упорядковує та передає до відділу забезпечення якості освіти та акредитації Протоколи аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості усіх структурних підрозділів у п'ятиденний термін, після завершення планового аудиту, а у разі позачергового аудиту – Протокол аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості у терміни, визначені Програмою внутрішнього аудиту.

Після отримання усіх Протоколів та виконання Програми проведення внутрішнього аудиту, у відділі забезпечення якості освіти та акредитації аналізуються результати аудитів та формується проєкт Звіту про проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості, який містить висновки про результати оцінки виконання вимог системи якості в даній сфері діяльності (Додаток 5).

Узгоджений Звіт, підписаний відповідальним за систему менеджменту якості Університету – Головним аудитором, керівниками груп аудитів та усіма аудиторами, затверджується Ректором Університету.

Звіт про проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості, Протоколи аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості усіх структурних підрозділів зберігаються у відділі забезпечення якості освіти та акредитації у папці номенклатури справ 3 роки.

Звіт за результатами проведених аудитів надається для розгляду на нарадах вишого керівництва та Вченій раді Університету. На основі звітів про проведення внутрішніх аудитів керівництво здійснює аналіз і оцінку функціонування системи менеджменту якості.

2.7. Коригувальні дії

Усі коригувальні дії, невідповідності, виявлені в процесі проведення внутрішнього аудиту у структурних підрозділах фіксуються та регулюються стандартом Університету СМЯ-10.2 Управління коригувальними та запобіжними діями.

Контроль за виконанням коригувальних дій, визначених у Протоколах аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості, здійснюють: з одного боку - керівник структурного підрозділу (відповідальний за процес); з іншого боку – керівник аудиторської групи, що здійснював перевірку. Терміни проведення коригувальних дій визначаються та прописуються у Протоколі та узгоджуються двома сторонами.

Відповідна група аудиторів приймає участь в оцінці результатів коригувальних дій.

Якщо в ході аудиту були виявлені суттєві невідповідності, які вимагають внесення змін у процеси, документації, структуру організації, то аудитор вказує ці рекомендації з поліпшення у Протоколі про аудит, а потім при формуванні Звіту.

3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

Відповідальність за систематичне проведення аналізу і оцінки ефективності та відповідності встановленим вимогам чинної системи менеджменту якості; аналіз результатів аудитів; забезпечення необхідними ресурсами: фінансовими, людськими, матеріальними; забезпечення досягнення системою менеджменту якості запланованих результатів несе ректор.

За організацію планування та обробку результатів внутрішнього аудиту; за організацію і контроль виконання коригувальних дій; підбір персонального складу та затвердження групи аудиторів, призначення керівників аудиторських груп; складання програми аудитів; інструктаж групи аудиторів та проведення вступної та заключної нарад; контроль за усуненням виявлених невідповідностей; підготовку та зміст аналітичного звіту за результатами внутрішнього аудиту; збереження конфіденційності - відповідальний за систему якості.

Керівники структурних підрозділів забезпечують підготовку структурних підрозділів до внутрішнього аудиту (перевірки) та усунення виявлених невідповідностей. Вони несуть відповідальність за: створення сприятливих умов аудиторській групі для виконання перевірки; забезпечення доступу до приміщень, обладнання, документації; виявлення причин

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

невідповідностей; планування та виконання коригувальних дій; усунення виявлених невідповідностей.

Керівник групи аудиторів виступає ініціатором попереднього контакту із структурним підрозділом, який підлягає перевірці, та відповідає за: визначення каналів обміну інформацією; визначення необхідності, ролі та відповідальності осіб, що супроводжують або спостерігають за аудитом з боку структурного підрозділу; своєчасне проведення аудиту у структурному підрозділі; виконання плану аудиту; об'єктивну перевірку; збір і аналіз доказів; документальне оформлення та своєчасну передачу результатів аудиту у структурний підрозділ та відділ забезпечення якості освіти та акредитації; перевірку виконання коригувальних дій.

Члени аудиторської групи несуть відповідальність за діяльність під час аудиту, підготовку та вчасне подання протоколів аудиту, інших даних до звіту про внутрішній аудит.

Особи, що супроводжують або спостерігають за аудитом, не можуть бути членами аудиторської групи та впливати на перебіг аудиту.

4. МОНІТОРИНГ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПРОЦЕСУ

Отримання об'єктивної інформації для відображення стану й динаміки якості процесів, аналізування результативності системи менеджменту якості Університету визначено «Положенням про моніторинг якості освітньої діяльності та якості вищої освіти у Львівському національному університеті ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького».

За веденням документів внутрішніх аудитів здійснюється періодичний контроль відділом забезпечення якості освіти та акредитації.

Періодична перевірка з метою виявлення потреби у перегляді цієї процедури здійснюється відповідальним за систему якості з інтервалом, що не перевищує 3 роки.

Дані перевірок процесу використовуються для аналізу функціонування системи якості з боку вищого керівництва.

Результати аналізування відповідних процесів використовуються для оцінювання відповідності наданих Університетом послуг; ступеня задоволеності замовників; дієвості та результативності системи управління якістю; результативності планування; результативності дій, виконаних щодо ризиків і можливостей; дієвості зовнішніх постачальників; потреби в поліпшенні системи управління якістю.

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

5. ЗАПИСИ З ЯКОСТІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОЦЕСУ

Інформація про записи, що ведуться за результатами виконання процесу наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Назва запису	Відповідальний за заповнення	Відповідальний за зберігання	Термін зберігання
План проведення внутрішніх аудитів	Відповідальний за систему якості	Призначений співробітник	3 роки
Графік проведення внутрішніх аудитів СМЯ	Відповідальний за систему якості	Призначений співробітник	3 роки
Протокол аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості	Відповідальний за систему якості	Призначений співробітник	3 роки
Звіт про проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості	Відповідальний за систему якості	Призначений співробітник	3 роки
Карта самоаналізу завідувача кафедри та гаранта ОП	Завідувач кафедри, Гарант ОП	Призначений співробітник ВЗЯОА. Завідувач кафедри	3 роки

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

Додаток 1
ЗАТВЕРДЖУЮ

“ ” _____ 20__ року

ПРОГРАМА

проведення внутрішніх аудитів на 20__ рік

№ п/п	Діяльність, що перевіряється	Розділ стандарту ISO 9001:2015	Перелік питань, які підлягають аудиту

Відповідальний за систему
менеджменту якості,
Головний аудитор

Завідувач відділу забезпечення
якості освіти та акредитації
«__» _____ 20__ року

Примітки:

- 1. Планування внутрішніх аудитів повинно охоплювати всі сторони діяльності, зокрема відповідність всім вимогам ISO 9001:2015.*
- 2. Звіти про перевірку надаються в термін відповідно до цього стандарту.*

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

Додаток 2

ЗАТВЕРДЖУЮ

“ ” _____ 20__ року

**ПЛАН-ГРАФІК ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ СМЯ
на 20__ рік**

№ п/п	Підрозділ /процес	Дата проведення	Аудитори (Група)

ПОГОДЖЕНО:

Перший проректор

«__» _____ 202__ р. _____

Проректор з науково-педагогічної роботи

«__» _____ 202__ р. _____

Завідувач відділу забезпечення якості освіти та акредитації

«__» _____ 202__ р. _____

Виконавець

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

Додаток 3

**Карта самоаналізу кафедри _____
та освітньої програми _____
до внутрішнього аудиту діяльності у сфері вищої освіти, наукової та
науково-технічної діяльності відповідно до ISO 9001:2015 в ЛНУВМБ
імені С. З. Гжицького**

№ п/п	Діяльність, що перевіряється	Перелік питань, які підлягають аудиту	Дані самоаналізу
1.			
2.			
3.			
4.			

Гарант ОП _____
(ПІП)

(підпис)

Завідувач кафедри _____
(ПІП)

(підпис)

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

Додаток 4

ПРОТОКОЛ №

аудиту та невідповідностей системи менеджменту якості
 назва підрозділу, що перевіряється _____

1. Дані аудиту (зібрані докази аудиту) _____ _____ _____
2. <u>Зміст невідповідності та на підставі чого вона встановлена</u> _____ _____ _____
Представник підрозділу, що перевірявся _____ (ПІБ) <div style="text-align: center; margin-left: 300px;">(підпис)</div> Аудитор _____ (ПІБ) <div style="text-align: center; margin-left: 300px;">(підпис)</div> « ____ » _____ 20__ року
3. <u>Причина невідповідностей (стисло)</u> _____ _____ _____
4. <u>Коригувальна дія та термін впровадження</u> _____ _____ _____
Представник підрозділу, що перевірявся _____ (ПІБ) <div style="text-align: center; margin-left: 300px;">(підпис)</div> « ____ » _____ 20__ року
5. <u>Підтвердження усунення невідповідностей</u> так/ні та дата усунення « ____ » _____ 20__ року (потрібне підкреслити, а у разі необхідності – прокоментувати)
Аудитор _____ (ПІБ) « ____ » _____ 20__ року <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">(підпис)</div>

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

Додаток 5

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор Львівського національного університету
ветеринарної медицини та біотехнологій
імені С.З. Гжицького

_____ В.В. Стибель

«__» _____ 2022 року

ЗВІТ

про проведення внутрішнього аудиту системи менеджменту якості

Цей звіт складено за результатами планових (позачергових) внутрішніх аудитів 20__ року, проведених групами аудиторів у складі:

- _____ – керівник групи;
- _____ – аудитор,

у період з «__» _____ по «__» _____ 20__ року на предмет відповідності системи менеджменту якості університету вимогам стандарту ISO 9001:2015.

Цілі аудиту:

- оцінка відповідності існуючої системи менеджменту якості (СМЯ) Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького, проведеної у підрозділах університету;
- перевірка документів СМЯ згідно затвердженого «Плану проведення внутрішніх аудитів на 20__ рік» на відповідність вимогам стандарту;
- виявлення та усунення невідповідностей, якщо такі зафіксовані аудитором;
- виявлення можливостей вдосконалення системи менеджменту якості.

Цілі, критерії, методи і план аудиту було обговорено на вступній нараді «__» _____ 20__ року, у якій взяли участь керівники підрозділів (або їх заступники), та аудитор. Головний аудитор ознайомив присутніх із цілями аудиту, методикою його проведення, тривалістю проведення внутрішнього аудиту.

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

Методика виконання робіт:

Аналіз СМЯ ЛНУВМБ імені С.З. Гжицького на відповідність вимогам міжнародного стандарту ISO 9001:2015 проводився згідно настанов щодо здійснення аудитів системи управління якістю (ISO 19011:2018), включаючи наступне:

- опрацювання карти самоаналізу кафедри;
- аналіз документації, яка забезпечує та регулює систему менеджменту;
- інтерв'ювання працівників підрозділу різного рівня, які приймають участь у плануванні, функціонуванні та контролі системи менеджменту якості;
- аналіз ефективності реалізації СМЯ.

Дані аудиту.

(Результати проведеного аудиту в розрізі пунктів стандарту ISO та Програми внутрішнього аудиту усіх підрозділів)

План внутрішнього аудиту виконано, перевірені всі заплановані процеси та структурні підрозділи.

Невідповідності

Управління внутрішніми аудитами СМЯ-9.2	Система менеджменту якості ISO 9001:2015 Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького Редакція 02 від «16» вересня 2022 р.
--	--

(Опис невідповідностей у підрозділах)

Висновки та пропозиції (заходи щодо поліпшення).

В Університеті розроблена та впроваджена система менеджменту якості, яка відповідає (не відповідає) вимогам ISO 9001:2015.

Не відповідає у частині:

_____ *(які невідповідності)*

Внутрішній аудит виявив сфери діяльності, де можливе поліпшення, а саме:

- *(сфера діяльності та в чому саме полягає можливе поліпшення).*

Також група аудиту рекомендує під час наступних аудитів звернути увагу на таке:

- *(перелік об'єктів на які розповсюджується рекомендація).*

Докази та висновки, а також пропозиції стосовно поліпшення доведено до осіб, чия діяльність перевірено під час заключної наради, яку проведено

_____ 20___ року в приміщенні (вказати де саме) у присутності:

- *(перелічити підрозділи).*

Відповідальний за систему менеджменту якості _____

Аудитори _____

«___» _____ 20__ року.

АРКУШ РЕЄСТРАЦІЇ ЗМІН

Зміни		Номера аркушів				Усього аркушів	Номер повідомлення	Підпис	Дата внесення
Номер	Дата введення	Змінених	Замінених	Нових	Анульованих				

