

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Вінницький національний технічний університет



ЗАТВЕРДЖЕНО

Ректор ВНТУ

В. В. Грабко

Наказ ВНТУ № 211 від 24.09.2020 р.



**ПОЛОЖЕННЯ  
ПРО ВНУТРІШНІЙ АУДИТ**

**СУЯ ВНТУ-02-03-П.006.01:20**

Розглянуто та схвалено

Вченою радою ВНТУ


Протокол № 2 від 24.09.2020 р.

**Розробники**

	<b>Посада</b>	<b>ІПБ</b>	<b>Підпис</b>
<b>Розроблено</b>	Перший проректор з науково-педагогічної роботи по організації навчального процесу та його науково-методичного забезпечення	Васілевський О. М.	
	Директор ЦЗЯО ВНТУ	Войтович О. П.	
	Завідувач навчально-методичного відділу	Громова Л. П.	

**ЗМІСТ**

1.	Призначення та сфера застосування .....	4
2.	Нормативні документи .....	4
3.	Терміни та визначення.....	4
4.	Скорочення.....	5
5.	Відповідальність .....	5
6.	Загальні положення .....	5
7.	Планування внутрішніх аудитів.....	6
8.	Формування групи з аудиту .....	6
9.	Порядок організації аудиту .....	7
10.	Коригувальні дії за результатами внутрішнього аудиту .....	9
	<b>Додаток Г</b> .....	<b>14</b>

	Вінницький національний технічний університет	Стор. 4
	СУЯ ВНТУ-02-03-П.006.01:20	Редакція 01

## 1. Призначення та сфера застосування

1.1. Положення про внутрішній аудит (далі – Положення) у Вінницькому національному технічному університеті розроблено відповідно вимог внутрішньої системи забезпечення якості освіти.

1.2. Положення є нормативним документом, що регламентує проведення та аналіз результатів внутрішнього аудиту ВНТУ;

1.3. Метою внутрішнього аудиту є виявлення слабких сторін і визначення заходів для покращення СУЯ:

- визначення відповідності виконаних заходів у межах СУЯ запланованим;
- підтримання СУЯ у робочому стані відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015 IDT;
- оцінювання, аналізу і постійного покращення функціонування СУЯ;
- перевірки процесів;
- визначення потенційних можливостей покращення СУЯ;
- визначення ступеня досягнення Цілей і реалізації Політики.

1.4. Положення є складовою системи внутрішнього забезпечення якості освіти ВНТУ та розроблено відповідно до вимог п. 9.2 ДСТУ ISO 9001 та п. 9.2 Настанови з якості ВНТУ.

1.5. Вимоги цього положення поширюються на діяльність усіх структурних підрозділів ВНТУ, на які розповсюджується система управління якістю.

## 2. Нормативні документи

2.1. ДСТУ ISO 9000:2007 «Система управління якістю. Терміни та визначення»;

2.2. ДСТУ ISO 9001:2009 «Система управління якістю. Вимоги»;

2.3. Політика з якості ВНТУ.

## 3. Терміни та визначення

Терміни та визначення стосовно аудиту встановлено: ДСТУ ISO 9000:2007 та ДСТУ ISO 19011:2013.

3.1. *Аудит* – систематичний, незалежний і задокументований процес отримання доказів аудиту і об'єктивного їх оцінювання з метою визначення ступеня виконання критеріїв аудиту.

	Вінницький національний технічний університет	Стор. 5
	СУЯ ВНТУ-02-03-П.006.01:20	Редакція 01

3.2. *Група з аудиту* – один чи декілька аудиторів, що проводять аудит за підтримки (якщо потрібно) особи, яка володіє спеціальними знаннями чи досвідом у групі з аудиту.

3.3. *Критерії аудиту* – сукупність політики, методик чи вимог (еталон, з яким порівнюють докази аудиту).

3.4. *Доказ аудиту* – протоколи, виклади фактів чи інша інформація, що є істотними для критеріїв аудиту.

#### **4. Скорочення**

4.1. ВНТУ – Вінницький національний технічний університет;

4.2. СУЯ – система управління якістю;

4.3. ЦЗЯО – центр забезпечення якості освіти ВНТУ.

#### **5. Відповідальність**

5.1. Відповідальним за розроблення програми, протоколів, планів, а також за організацію і проведення внутрішнього аудиту є директор ЦЗЯО ВНТУ.

5.2. Відповідальним за проведення внутрішнього аудиту підрозділів науково-дослідної частини є начальник науково-дослідної частини.

#### **6. Загальні положення**

6.1. Внутрішній аудит проводиться з метою перевірки та оцінки:

6.1.1. відповідності діяльності підрозділів ВНТУ встановленим вимогам нормативних документів;

6.1.2. стану відповідності системи управління якістю критеріям аудиту в цілому та ефективності її окремих елементів;

6.1.3. відповідності розроблених документів вимогам міжнародних стандартів;

6.1.4. результативності системи управління якістю щодо досягнення встановлених цілей з якості та виявлення шляхів її покращення;

6.1.5. Здійснення внутрішнього аудиту відбувається за планом з використанням вимог, критеріїв і рекомендацій ДСТУ ISO 9001:2009 та ДСТУ ISO 19011:2013, Настанови з якості, відповідних процесів.

6.2. За рішенням ректора ВНТУ може бути проведений позаплановий аудит. Позаплановий аудит може бути проведений також у випадках зміни



структури ВНТУ, структури системи управління якістю, негайної необхідності перевірки результативності впроваджених коригувальних чи запобіжних дій.

6.3. Об'єктами внутрішнього аудиту можуть бути документація системи управління якістю, процеси, структурні підрозділи ВНТУ, науково-педагогічних працівників, персоналу тощо.

## **7. Планування внутрішніх аудитів**

7.1. Річний план внутрішніх аудитів розробляється директором ЦЗЯО і затверджується ректором ВНТУ щорічно до 20 січня.

7.2. Формування річного плану внутрішнього аудиту здійснюється виходячи з:

7.2.1. необхідності системного аудиту усіх підрозділів, які охоплені системою управління якістю, та аналізу їх діяльності;

7.2.2. необхідності системного аудиту результатів навчання здобувачів вищої освіти;

7.2.3. необхідності підтвердження виконання коригувальних та запобіжних дій, які розроблені і реалізовані за висновками попередніх аудитів;

7.2.4. рішень керівництва ВНТУ;

7.2.5. ініціативних пропозицій працівників підрозділів.

7.3. Плановий аудит проводиться не рідше 1 разу на рік.

7.4. Періодичність внутрішніх аудитів окремих підрозділів або процесів визначається ступенем складності процесів, дозволяючи забезпечити повну відповідність системи управління якістю і забезпечення її ефективності у всіх підрозділах.

7.5. Форма річного плану внутрішніх аудитів наведена в (додатку А).

7.6. Для підготовки позапланового аудиту відводиться не менш 3-х календарних тижнів.

7.7. Річний план зберігається у ЦЗЯО.

## **8. Формування групи з аудиту**

8.1. Для проведення внутрішнього аудиту створюється група з аудиту, до складу якої включаються особи, які є компетентними щодо вимог до систем управління якістю.

8.2. У групу з аудиту включаються тільки ті працівники, які не працюють

	Вінницький національний технічний університет	Стор. 7
	СУЯ ВНТУ-02-03-П.006.01:20	Редакція 01

у підрозділі, який перевіряється.

8.3. Склад групи аудиту залежить від обсягу аудиту (1-5 осіб). За необхідності у склад групи з аудиту додатково можуть бути включені технічні експерти, які є фахівцями з відповідного питання, а також аудитори-стажери.

8.4. Якщо в групу з аудиту входить дві або більше осіб, для організації роботи групи з аудиту призначається головний аудитор.

8.5. Члени групи з аудиту несуть відповідальність за виконання вимог цього положення, а також вимог, які висуваються до аудиту, документування спостережень, повідомлення про результати аудиту, перевірку ефективності коригувальних заходів, які прийняті за результатами аудиту.

8.6. Керівник та члени групи аудиторів несуть відповідальність за дотримання вимог конфіденційності щодо результатів аудиту стосовно осіб, яких результати аудиту не стосуються.

## **9. Порядок організації аудиту**

9.1. Розроблення програми внутрішніх перевірок.

9.1.1. Програма внутрішніх перевірок певного підрозділу розробляється головним аудитором на основі річного плану. Програма перевірки включає назву підрозділу, час вступної і підсумкової нарад, перелік елементів що перевіряються, склад групи аудиторів. Форма програми аудиту подана у додатку Б.

9.1.2. Програма затверджується ректором ВНТУ і направляється у структурний підрозділ, що перевіряється, за 10 днів до початку перевірки. Копії програми роздаються усім аудиторам, що входять до складу даної групи.

9.2. Підготовка до аудиту

9.2.1. До проведення аудиту члени групи аудиторів повинні ознайомитися з чинною редакцією Настанови щодо якості, методиками процесів, робочих та технологічних інструкцій, які стосуються даного підрозділу або/та даного процесу, і звітами про попередні аудити даного підрозділу або/та процесу, включаючи звіти про невідповідності і запропоновані коригувальні і запобіжні дії, вивчити сферу діяльності даного підрозділу.

9.2.2. На підставі програми аудиту кожен аудитор складає «контрольний листок» (додаток В), який згодом використовує під час аудиту. Даний листок включаються питання, які дозволяють ретельно вивчити стан відповідного підрозділу та/або процесу та знайти докази відповідності процесу критеріям



аудиту.

9.2.3. Перший проректор з науково-педагогічної роботи по організації навчального процесу та його науково-методичного забезпечення за 7-10 днів до початку аудиту повинен видати розпорядження для керівників підрозділів, що перевіряються, про майбутній внутрішній аудит.

9.2.4. За 5-7 днів до початку аудиту за необхідності директором ЦЗЯО проводиться вступна нарада, у якій беруть участь члени групи аудиторів та/або представники підрозділів, що перевіряються.

### 9.3. Проведення аудиту

9.3.1. Тривалість аудиту повинна плануватися виходячи з об'єму аудиту, складу групи з аудиту та поставлених цілей, але за будь-яких обставин не повинна перевищувати 10 робочих днів.

#### 9.3.2. Основні методи збирання інформації:

- аналіз документів;
- проведення бесід з персоналом (анкетування);
- проведення ректорських робіт;
- аудиторське спостереження;
- здобуття доказів виконання відповідних вказівок.

9.3.3. Під час перевірки слід впевнитись в наявності необхідних документів системи управління якістю на робочих місцях, відповідності діяльності підрозділу процесам, які описані в положенні про підрозділ, посадових інструкціях, вимогам документів, веденні і зберіганні протоколів якості. Необхідно зібрати інформацію про результативність процесів, що виконуються в даному підрозділі.

9.3.4. В аудиті повинний брати участь керівник підрозділу, що перевіряється, і персонал підрозділу, який має відношення до тематики аудиту.

9.3.5. В ході аудиту керівник групи аудиторів може вносити зміни в розподіл обов'язків членів групи аудиторів та терміни проведення аудиту, якщо це доцільно для досягнення цілей аудиту.

9.3.6. В ході внутрішнього аудиту аудитори фіксують виявлені невідповідності з обов'язковим їх ідентифікуванням стосовно критеріїв аудиту із зазначенням конкретних розділів документів. Керівник групи аудиторів здійснює контроль та облік усіх розглянутих документів та реєструє усі виявлені факти невідповідностей.

9.4. Рішення щодо критичності невідповідностей приймає аудитор або





керівник групи аудиторів. Якщо невідповідності не мають критичного характеру і не потребують значного обсягу робіт, та не спостерігається їх систематичне виникнення, то допускається їх усунення в процесі проведення аудиту.

9.5. Виявлені невідповідності оформляються у вигляді звіту про невідповідність (додаток Г).

9.6. Погодження результатів перевірок. Після закінченні перевірки аудитор (керівник групи аудиторів) у присутності членів групи аудиторів та керівника підрозділу, що перевіряється, інформує про основні результати аудиту та висновки щодо нього, зокрема, про виявлені невідповідності. Ці невідповідності повинні бути узгодженими керівником підрозділу, що перевіряється. Аудиторами можуть бути дані рекомендації щодо усунення невідповідностей. Ці рекомендації не є обов'язковими для виконання підрозділом. Керівник підрозділу визначає та забезпечує впровадження заходів щодо усунення невідповідностей.

За результатами перевірки головний аудитор готує попередній звіт з аудиту (додаток Д).

9.7. Підсумкова нарада. На заключній нараді повинні бути обговорені виявлені зауваження і невідповідності, підкреслені позитивні сторони. Аудитор повинен, у разі потреби, дати роз'яснення по питаннях щодо виявлених невідповідностей і зауважень, спрямованих на удосконалення процесів або результатів системи управління якістю, інформацію про ефективність проведених коригувальних дій.

9.8. Якщо цілі аудиту не досягнуті, аудитор інформує про це директора ЦЗЯО та керівника підрозділу, що перевірявся. Директор ЦЗЯО в такому випадку доповідає ректору ВНТУ щодо необхідності призначення додаткового аудиту із зазначенням причин.

## **10. Коригувальні дії за результатами внутрішнього аудиту**

10.1. Перевірений підрозділ реалізовує коригувальні дії, сформульовані в звіті про невідповідності, дотримуючись запланованого терміну.

10.2. Після завершення корегувальних дій запрошується аудитор для перевірки їх впровадження, або відділом надаються, як доказ, необхідні документи.

10.3. Аудитор перевіряє не тільки факт виправлення, а і усунення причини виникнення невідповідності. При позитивних висновках, він підписує звіт про



невідповідність, закриваючи його, і передає головному аудитору.

10.4. У випадку, якщо коригувальні дії не впроваджено вчасно без суттєвого обґрунтування, чи неефективні, аудитор повідомляє головного аудитора, який, в свою чергу, відображає це у звіті з аудиту і інформує директора ЦЗЯО.

10.5. Головний аудитор вказує дату фактичного виконання коригувальних дій, робить висновки щодо ефективності функціонування системи управління якістю в підрозділі.

10.1. Звіт про внутрішній аудит з додатками (контрольні листки, звіти про невідповідність) оформлюється протягом 5 днів з часу закриття остатнього звіту про невідповідність і направляються директору ЦЗЯО.

10.2. Результати проведення внутрішніх аудитів аналізуються ректором ВНТУ та заслуховуються на Вченій раді ВНТУ.

## Форма річного плану аудиту

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор ВНТУ

\_\_\_\_\_ В. В. Грабко

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**План внутрішніх аудитів системи управління якістю  
Вінницького національного технічного університету  
на \_\_\_\_\_ рік.**

№	Об'єкт аудиту	Документи, на відповідність яким проводиться аудит	Структурні підрозділи, які перевіряються	Термін проведення		Позначення про проведення
				План	Факт	

Директор ЦЗЯО

\_\_\_\_\_

## Форма програми аудиту

ПРОГРАМА АУДИТУ	
Керівник аудиторської групи: _____	Структурний підрозділ: _____
Аудитори: _____ _____ _____	Контактна особа підрозділу: _____ _____ _____
	Планова дата аудиту: _____

Час	Об'єкт аудиту	Аудитор	Розділ стандарту

Головний аудитор \_\_\_\_\_

Директор ЦЗЯО \_\_\_\_\_

## Форма контрольного листка

## Контрольний лист

Структурний підрозділ: \_\_\_\_\_

№	Перелік запитань	Нормативні документи, які містять вимоги	Назва та позначення доказового документу	Оцінювання виконання вимог

Аудитор \_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

Дата \_\_\_\_\_

**Форма звіту про невідповідність**

**Звіт про невідповідність, виявлену під час аудиту**

Перевірений підрозділ: \_\_\_\_\_

Керівник групи аудиторів: \_\_\_\_\_

Аудитори: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата перевірки: \_\_\_\_\_

Градація невідповідності: \_\_\_\_\_

Опис невідповідності: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Пункт стандарту, \_\_\_\_\_

відповідно до якого виявлено невідповідність

Причини виникнення невідповідності: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Коригувальні дії: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Припущена дата впровадження: \_\_\_\_\_

Керівник групи аудиторів \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

## Форма звіту про аудит

Звіт \_\_\_\_\_ аудиту №

Обґрунтування для проведення аудиту \_\_\_\_\_  
(план-графік, програма аудиту, позачерговий)

Назва підрозділу: \_\_\_\_\_

Дата проведення аудиту: \_\_\_\_\_

Головний аудитор: \_\_\_\_\_

Група аудиторів: \_\_\_\_\_

Загальна кількість звітів про невідповідності: \_\_\_\_\_

Зміст невідповідностей: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Невідповідності, які потребують прийняття рішень найвищим керівництвом:

---

Висновок головного аудитора щодо ефективності функціонування СУЯ

---



---



---



---



---

Головний аудитор

ПІБ

Підпис

Дата

Додатки:

Контрольні листи: \_\_\_\_\_ (кількість сторінок) \_\_\_\_\_

Звіти про невідповідність: \_\_\_\_\_ (кількість сторінок) \_\_\_\_\_

