

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**УХВАЛЕНО**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Вченою радою Білоцерківського  
національного аграрного  
університету

Протокол № 2  
від «03» березня 2023 р.



Ректор Білоцерківського  
національного аграрного університету,  
професор Олена ШУСТ

«03» березня 2023 р.  
Наказ № 35/0 від «03» 03 2023 р.

**ПОЛОЖЕННЯ**

**ПРО ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ  
СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ТА ЗДІЙСНЕННЯ  
КОРИГУВАЛЬНИХ І ЗАПОБІЖНИХ ДІЙ У  
БІЛОЦЕРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ АГРАРНОМУ  
УНІВЕРСИТЕТІ**

## 1. Загальні положення

1.1. Положення ґрунтується на принципах, викладених у «Стандартах і рекомендаціях щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти» Європейської асоціації із забезпечення якості вищої освіти (2006, 2015), міжнародних стандартах ISO9001:2008 та ISO 9001:2015, національних стандартах ДСТУ ISO9000:2015 IDT Системи управління якістю. Основні положення та словник; ДСТУ ISO9001:2015 IDT Системи управління якістю. Вимоги; ДСТУ ISO9004:2012 IDT Управління задля досягнення сталого успіху організації. Підхід на основі управління якістю.

1.2. Це положення визначає принципи організації, порядок проведення, документального оформлення та аналізу результатів внутрішніх аудитів, керування програмою аудиту системи забезпечення якості Білоцерківського національного аграрного університету (далі – Університет).

1.3. Терміни та визначення у цьому Положенні використовуються відповідно до ДСТУ ISO9000:2015 IDT.

## 2. Здійснення аудиту

### 2.1. Внутрішній аудит може бути плановим та позаплановим.

2.1.1. Плановий аудит проводиться відповідно до річного плану, що затверджується ректором. Періодичність аудитів підрозділів Університету визначається з урахуванням вагомості процесів, що здійснюються цим структурним підрозділом, та результатами попередніх аудитів. Підрозділи, що забезпечують основні процеси, перевіряють не рідше 1 разу на рік.

2.1.2. Позапланові аудити можуть проводитись у разі:

- зміни організаційної структури університету;
- наявності порушень (відхилень, невідповідностей), які суттєво впливають на результати освітньої та наукової діяльності Університету;
- наявності претензій від зовнішніх стейкхолдерів;
- запровадження нових стандартів;
- підготовки системи забезпечення якості до аудиту під час її сертифікації.

Позапланові перевірки ініціюються ректором Університету.

### 2.2. Підготовка до внутрішнього аудиту

2.2.1. Для проведення внутрішніх аудитів наказом ректора Університету створюється робоча група на чолі з проректором з освітньої, виховної та міжнародної діяльності. До складу робочої групи можуть залучатись працівники Університету, зовнішні консультанти чи аудиторів з сертифікації систем управління якістю.

2.2.2. Працівники, які залучаються до проведення внутрішнього аудиту, повинні бути кваліфікованими та досвідченими; знати вимоги нормативних документів до елементів системи управління якістю, що перевіряються; мати здібність до аналізу і оцінювання фактичних даних; бути об'єктивними,

неупередженими й тактовними.

2.2.3. Працівники, які залучаються до проведення внутрішніх аудитів, не повинні бути підпорядковані керівникам, безпосередньо відповідальним за той вид діяльності, що перевіряється.

2.2.4. Для організації аудиту визначається керівник групи аудиторів.

***Обов'язки керівника групи:***

- складає графік та програму проведення аудиту;
- погоджує зі структурними підрозділами, що перевіряються, дати та час перевірки, присутність супровідних осіб та спостерігачів, перелік документів, що перевіряються;
- визначає склад групи аудиторів, робочі завдання для кожного члена групи;
- проводить попередній інструктаж аудиторів;
- своєчасно оформляє і подає звіт про результати аудиту керівництву;
- аналізує результати аудиту та виявлені під час аудиту тенденції;
- запроваджує коригувальні дії під час аудиту (у разі необхідності);
- подає пропозиції щодо поліпшення програми аудиту.

2.2.5. Склад групи аудиторів залежить від складності та обсягів аудиту, вибраних методів, компетентності залучених осіб. До складу групи аудиторів за необхідності можуть бути включені технічні експерти. Технічні експерти мають виконувати роботу під керівництвом аудитора, але не повинні діяти як аудитори.

***Обов'язки членів групи:***

- збирають інформацію про структурні підрозділи, що перевіряються;
- проводять попередній аналіз документації структурного підрозділу;
- готують робочі документи.

2.2.6. Цілі аудиту визначаються на основі пріоритетів керівництва, характеристик процесів освітньої та наукової діяльності, вимог системи управління, потреб і очікувань зацікавлених сторін, рівня дієвості об'єкту аудиту, результатів попередніх аудитів та узгоджуються з Політикою у сфері якості, цілями у сфері якості системи управління, завданнями Університету.

**2.3. Здійснення аудиторської діяльності**

2.3.1. Аудиторська діяльність передбачає такі дії:

- проведення попередньої наради за участю представника структурного підрозділу, що перевіряється;
- аналізування документів під час проведення аудиту;
- отримання інформації під час спілкування або анкетування у структурному підрозділі;
- спостереження за процесом роботи, станом робочих місць;
- аналіз результатів перевірки та заповнення документації;
- погодження з керівником підрозділу коригувальних (запобіжних) дій.

2.3.2. Послідовність та перелік дій під час аудиту можуть змінюватися залежно від обставин.

Попередня нарада проводиться за участю керівництва підрозділу, що перевіряється, з метою пояснення цілей аудиту; представлення групи аудиторів, технічних експертів; пояснення методів аудиту; інформування про план аудиту; призначення супровідних осіб з боку підрозділу, що перевіряється.

2.3.3. Групу аудиторів під час проведення аудиту можуть супроводжувати виділені для цього особи та спостерігачі, які не мають впливати на проведення аудиту та втручатися в його перебіг.

2.3.4. У разі виявлення значних (або системних) невідповідностей вимогам стандартів або документів системи забезпечення якості аудитор заповнює Аркуш невідповідності (Додаток 1).

Аркуш невідповідності складається у двох примірниках. Один залишається в аудитора, другий віддається керівнику структурного підрозділу, де виявлено невідповідність.

2.3.5. Коригувальні дії визначаються керівником структурного підрозділу, що перевіряється, і повинні включати дії щодо виправлення самого факту невідповідності та причин його виникнення, дієвість коригувальних дій погоджується з аудитором.

Якщо аудитору і керівнику структурного підрозділу не вдалося дійти спільної думки щодо проведення коригувальних дій, про це повідомляють представника керівництва з якості, а остаточне рішення приймається ректором.

2.3.6. Оформлені аркуш невідповідності, звіт про аудит аудитори у встановлені терміни передають до відділу забезпечення якості освіти. Звіт про аудит може включати рекомендації щодо поліпшення системи забезпечення якості чи подальшої аудиторської діяльності.

2.3.8. У разі необхідності може здійснюватися повторна перевірка структурних підрозділів з метою встановлення фактів усунення невідповідностей. Якщо коригувальні дії не дали необхідного результату, процес їх розроблення та реалізації на практиці повторюється.

Для обговорення результатів проведення аудитів, виявлених невідповідностей та причин їх виникнення, визначених коригувальних дій і термінів їх виконання проводиться підсумкова нарада, на якій присутні керівник групи аудиторів, аудитори, технічні експерти та керівники структурних підрозділів, що перевірялися.

## **2.4. Завершення внутрішнього аудиту**

2.4.1. За результатами проведеного внутрішнього аудиту керівник групи складає «Звіт про результати проведення внутрішнього аудиту системи управління якістю» (Додаток 2), в якому зазначається суть і кількість виявлених невідповідностей, причини їх виникнення, необхідні коригувальні дії. Крім того, вказується, чи потрібен повторний аудит.

2.4.2. Підготовлений звіт погоджується з групою аудиторів, розсилається всім зацікавленим підрозділам та передається представнику керівництва з якості для подальшого аналізу.

2.4.3. Документи аудиту зберігаються у відділі забезпечення якості освіти впродовж трьох років, після чого знищуються.

#### **4. Порядок розроблення й реалізації коригувальних дій**

4.1. Коригувальні дії здійснюються для постійного поліпшення результативності системи забезпечення якості і передбачають:

- аналіз невідповідностей;
- встановлення причин невідповідностей;
- оцінювання необхідності проведення дій з метою уникнення повторення невідповідностей;
- визначення й здійснення необхідних дій;
- здійснення записів результатів розпочатих дій;
- аналіз розпочатих коригувальних дій.

4.2. Коригувальні дії мають бути розроблені, погоджені й реалізовані в таких випадках:

- за пропозиціями науково-педагогічних працівників у разі виявлення невідповідностей під час виконання працівниками Університету своїх службових обов'язків, що призводить до прямого або непрямого впливу на якість освіти і освітнього процесу (невідповідність вимогам освітньої програми, знань, умінь, навичок студентів, компетентності працівників, устаткування, навчальних матеріалів, приміщень тощо);
- за результатами проведення внутрішніх і зовнішніх аудитів;
- за результатами перевірок нормативної документації;
- за інформацією із претензій і рекламацій, що надійшли від здобувачів вищої освіти та інших споживачів освітніх послуг;
- за результатами нарад вищого керівництва.

4.3. Коригувальні дії розробляються із зазначенням термінів виконання й відповідальних виконавців.

4.4. Інформація про невідповідності (у вигляді звітів, службових записок, протоколів аудиту тощо) надходить від безпосередніх виконавців або підрозділів, що контролюють процеси забезпечення якості освітньої та наукової діяльності, до відповідного представника керівництва з якості.

4.5. Аналіз причин виникнення невідповідностей полягає у вивченні чинників, які могли призвести до невідповідності, у пошуках і виробленні методів і способів усунення причин допущених відхилень.

У разі встановлення причин і можливості усунення невідповідності без залучення додаткових витрат, усунення здійснюють на місці за вказівкою керівника структурного підрозділу.

4.6. Результати аналізу причин допущених невідповідностей, а також заходів щодо усунення допущених невідповідностей оформляються у вигляді Аркуша невідповідності. Коригувальні дії погоджують із представником керівництва з якості.

4.7. Після заповнення й узгодження копію Аркуша невідповідності

передають структурному підрозділу-виконавцю, оригінал зберігається у відділі забезпечення якості освіти для контролю строків виконання дії.

4.8. Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про результати коригувальних дій, про невиконання запланованих дій і пропозиції з упровадження запобіжних дій. Звіт за вимогою надають завідувачу відділу забезпечення якості освіти.

4.9. Після одержання звіту відділ забезпечення якості освіти проводить аналіз результативності й ефективності проведених заходів. Результативність коригувальних дій оцінюється позитивно у разі відсутності повторного виникнення невідповідностей.

4.10. Якщо очікуваного результату не було досягнуто, розробляються додаткові коригувальні дії і описані вище дії повторюються. За необхідності проводиться позачерговий внутрішній аудит.

## **5. Порядок розроблення й реалізації запобіжних дій**

5.1. Запобіжні дії здійснюють для поліпшення діючого процесу, запобігання виникненню ризиків та невідповідностей.

5.2. Для розроблення запобіжних дій необхідно здійснити такі кроки:

- встановити ненадійні й потенційно небезпечні процеси в діяльності університету;
- провести перевірку й дослідження цих процесів;
- виявити причини виникнення потенційних ризиків і невідповідностей;
- розробити, затвердити й реалізувати заходи, які зможуть усунути ці причини або знизити ймовірність їх виникнення.

5.3. Підставою для розроблення запобіжних заходів може бути наявність студентів, у яких виникають труднощі в процесі навчання, складання іспитів; недостатня забезпеченість приміщеннями, устаткуванням, підручниками та іншою навчальною літературою.

5.4. Керівники структурних підрозділів, що забезпечують освітню та наукову діяльність, аналізують інформацію про можливості виникнення потенційних невідповідностей, ризиків та їхніх причин і планують заходи щодо їх усунення.

5.5. Джерелами інформації для здійснення аналізу потенційних невідповідностей та ризиків є:

- результати внутрішніх аудитів;
- результати аналізу системи управління якістю з боку керівництва;
- зворотний зв'язок зі споживачами освітніх послуг та іншими стейкхолдерами;
- результати проведення коригувальних дій;
- результати анкетувань;
- результати зовнішніх перевірок;
- пропозиції, що надходять від працівників університету.

5.6. Результати аналізу потенційних невідповідностей та ризиків розглядаються на нарадах у структурних підрозділах, вчених радах університету та факультетів, науково-методичній, науково-технічній радах університету та приймаються рішення щодо необхідності запровадження запобіжних дій. Запобіжні заходи включаються в річні плани структурних підрозділів.

5.7. У разі необхідності можуть розроблятися окремо документи (програми, плани) з реалізації запобіжних заходів. Планом запобіжних дій може вважатися документ, що містить у собі перелік заходів, заплановані терміни їхнього здійснення й відповідальних осіб за виконання заходів і дотримання термінів, а також додаткова інформація. Такий план запобіжних дій погоджується з керівниками підрозділів-виконавців та затверджується ректором.

5.8. Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про здійснені запобіжні дії та в усній формі доповідає про результати на засіданнях вченої ради або науково-методичної комісії, підтверджуючи виконану роботу протоколами (записами), що свідчать про виконання запланованих заходів.

5.9. Аналіз результатів вжитих заходів проводить ректор Університету. Результат вважається позитивним, якщо усунуто причину потенційної невідповідності.

5.10. Якщо причину потенційної невідповідності не усунуто, і виникає небезпека виникнення потенційних невідповідностей, ухвалюють рішення щодо розроблення і впровадження додаткових запобіжних дій.

Розглянуто і схвалено науково-методичною комісією БНАУ  
Протокол № 5 від 13.02.2023

Проректор з освітньої, виховної та міжнародної діяльності

Тетяна ДИМАНЬ

Завідувач відділу забезпечення якості освіти

Олена ДЕМ'ЯНЕНКО

Начальник юридичного відділу

Ярослав ЯЦЮК

**АРКУШ НЕВІДПОВІДНОСТІ**

Назва структурного підрозділу: \_\_\_\_\_

Керівник підрозділу \_\_\_\_\_

Дата проведення аудиту \_\_\_\_\_

Виявлено такі значні невідповідності процесів системи управління якістю:

Керівником структурного підрозділу заплановано такі коригувальні дії та терміни їх виконання:

Необхідність повторного аудиту:                   ТАК                   НІ

Керівник структурного підрозділу

Керівник групи аудиторів

Члени групи аудиторів

Коригувальні дії виконано:                   ТАК                   НІ

Представник керівництва з якості освіти

Додаткові заходи:



## ЗВІТ ПРО РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

Назва структурного підрозділу \_\_\_\_\_

Керівник структурного підрозділу \_\_\_\_\_

Цілі аудиту: \_\_\_\_\_

Вид аудиту:                      плановий                      позаплановий                      повторний  
(підкреслити вид аудиту)

Терміни проведення: \_\_\_\_\_

Результати внутрішнього аудиту:

№	Суть невідповідності	Рекомендації щодо її усунення	Терміни виправлення

Висновки за результатами внутрішнього аудиту:

Керівник групи аудиторів \_\_\_\_\_

Члени групи аудиторів \_\_\_\_\_