

ПОГОДЖЕНО
Голова Ради
студентського
самоврядування

Михайло МИРОНЮК

ПОГОДЖЕНО
Голова профспілкового
комітету



Михайло ФАЛШТИНСЬКИЙ

ЗАТВЕРДЖЕНО
Директор коледжу



Михайло
ФАЛШТИНСЬКИЙ

каз від 30.06.2025 №112-Д

26

ПОЛОЖЕННЯ

ПРО ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ТА ЗДІЙСНЕННЯ КОРИГУВАЛЬНИХ І ЗАПОБІЖНИХ ДІЙ У ВІННИЦЬКОМУ ТРАНСПОРТНОМУ ФАХОВОМУ КОЛЕДЖІ (нова редакція)

Розглянуто і схвалено
педагогічною радою,
протокол № 4 від 30.06.2025

Вінниця, 2025

1. Загальні положення

1.1. Це Положення визначає принципи організації, порядок проведення, документального оформлення та аналізу результатів внутрішніх аудитів, керування програмою аудиту системи забезпечення якості у коледжі.

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

2. Здійснення аудиту

2.1. Внутрішній аудит може бути плановим, позаплановим.

2.1.1. Плановий аудит проводиться відповідно до річного плану, що затверджується директором. Періодичність аудитів підрозділів коледжу 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 коледжу;
- наявності порушень (відхилень, невідповідностей), які суттєво впливають на результати освітньої та наукової діяльності коледжу;
- наявності претензій від замовників;
- запровадження нових стандартів;
- підготовки системи забезпечення якості до аудиту під час її сертифікації.

Позапланові перевірки ініціюються директором коледжу.

2.2. Підготовка до внутрішнього аудиту

2.2.1. Для проведення внутрішніх аудитів наказом директора коледжу створюється робоча група. До складу робочої групи можуть залучатись працівники коледжу, 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 проведення аудиту визначається керівник групи аудиторів.

Обов'язки керівника групи:

- складає графік та програму проведення аудиту;
- погоджує дати та час перевірки, присутність супроводжуючих 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 (додаток 2);
- 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.

Обов'язки членів групи:

- збирають інформацію про структурні підрозділи коледжу, що перевіряються;
- проводять попередній аналіз документації структурного підрозділу;
- готують робочі документи (контрольні аркуші аудиторів (Додаток 1), аркуші самооцінки тощо).

2.2.6. Програма аудиту містить інформацію про цілі аудиту, обсяг, тип, тривалість, ділянки аудиту склад групи аудиту, порядок дій та розподіл обов'язків учасників аудиту.

2.2.7. Цілі аудиту визначаються на основі пріоритетів керівництва, характеристик процесів освітньої 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, завдання коледжу.

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;
- спостереження за процесом роботи, станом робочих місць;
- аналіз результатів перевірки та заповнення документації (контрольних аркушів, аркуш невідповідності);
- погодження коригувальних дій з керівником.

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

Попередня нарада проводиться за участю керівництва підрозділу, що перевіряється, з метою пояснення цілей аудиту; інформування про план та програму аудиту; призначення супроводжуючих осіб з боку підрозділу, що перевіряється.

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

2.3.4. Аналізування документів під час проведення аудиту передбачає визначення відповідності задокументованої інформації критеріям аудиту та заповненні колонок «Оцінка», «Коментарі», Контрольному аркуші аудитора.

Результати аудиту оцінюються у такий спосіб:

- «0» - певний критерій відсутній;
- «1» - документ або процес не відповідає встановленим вимогам;
- «2» - документ або процес не певною мірою відповідає встановленим вимогам, невідповідності, не має системного характеру;
- «3» - повністю виконано та відповідає встановленим вимогам.

У коментарях необхідно зазначати прізвище особи, яку перевіряють, позитивні факти та недоліки системи управління якістю, посилання на

відповідний документ (наказ, Програму, протокол, тощо), описати виявлені невідповідності.

2.3.5. У разі виявлення значних (або системних) невідповідностей вимогам стандартів або документів системи забезпечення якості аудитор заповнює Аркуш невідповідностей (додаток 3).

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

2.3.6. Коригувальні дії визначаються керівником структурного підрозділу, що перевіряється, 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, то про це повідомляють представника керівництва з якості, а остаточне рішення приймається директором.

2.3.7. Оформлені Контрольні аркуші, аркуш невідповідності, звіт про аудит аудитор у встановлені терміни передають до Навчально-методичного відділу моніторингу якості освіти та виховної роботи. 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 метою встановлення фактів усунення невідповідностей. Якщо коригувальні дії не принесли необхідного результату, то процес їх розроблення та реалізації на практиці повторюється.

Для обговорення результатів проведення аудиторів, виявлених невідповідностей та причин їх виникнення, визначених коригувальних дій і термінів їх виконання проводиться підсумкова нарада, в якій присутні керівник групи аудиторів, аудитор, 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. Невідповідності, що були усунуті чи погоджені з аудиторами (до початку підсумкової наради) реєструються лише в контрольних аркушах для аналізу причин невідповідностей.

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

2.4.4. Документи аудиту зберігаються впродовж трьох років, після чого знищуються.

3. Порядок розроблення й реалізації коригувальних дій.

3.1. Коригувальні дії здійснюють для поліпшення результативності систем 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;

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

- за пропозиціями педагогічних працівників у разі виявлення невідповідностей під час виконання працівниками коледжу своїх службових, що призводять до прямого або непрямого впливу на «випуск невідповідної продукції» (наприклад 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, що надійшли від споживачів;
- за результатами нарад вищого керівництва.

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

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

3.5. Аналіз причин виникнення невідповідностей полягає у вивченні факторів, які могли привести 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 роблять на місці за вказівкою керівника структурного підрозділу.

3.6. Результати аналізу причин допущених невідповідностей, а також заходів щодо усунення допущених невідповідностей оформляються у вигляді Аркуша невідповідності (Додаток

3.7. Після заповнення й узгодження копію Аркуша невідповідності передають структурному підрозділу-виконавцю, оригінал передається у Комісію забезпечення якості освіти ВСП «Тульчинський фаховий коледж ветеринарної медицини БНАУ»

3.8. Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про результати коригувальних дій, про невиконання запланованих дій і пропозиції з впровадження запобіжних дій. Звіт за вимогою надають керівнику Комісії забезпечення якості освіти.

3.9. Після одержання звіту проводиться аналіз результативності й ефективності проведених заходів. Результативність коригувальних дій оцінюється позитивно у разі відсутності повторного виникнення невідповідностей.

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

4. Порядок розроблення й реалізації запобіжних дій

4.1. Запобіжні дії здійснюються для поліпшення діючого процесу, запобігання виникнення ризиків та невідповідностей.

4.2. Для розроблення запобіжних дій необхідно здійснити такі кроки:

- встановити ненадійні й потенційно небезпечні процеси в діяльності коледжу;
- 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.

4.3. 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.

4.4. 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.

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

- результати внутрішніх аудитів;
- результати аналізу системи управління якістю з боку керівництва;
- зворотний зв'язок від споживачів освітніх послуг;
- результати проведення коригувальних дій;
- результати анкетувань;
- результати зовнішніх перевірок;
- пропозиції, що надходять від працівників коледжу.

4.6. Результати аналізу потенційних невідповідностей та ризиків розглядаються на засіданнях циклових комісій, структурних підрозділів, педагогічній та методичній радах та приймаються рішення щодо необхідності запровадження запобіжних дій. Запобіжні заходи включаються в річні плани структурних підрозділів, плани роботи кабінетів та лабораторій.

4.7. 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 дотримання термінів, а також ряд додаткової інформації. Такий план запобіжних дій погоджується керівниками підрозділів-виконавців та затверджується директором.

4.8. Аналіз результатів вжитих заходів проводить директор коледжу. Результат вважається позитивним, якщо усунуто причину потенційної невідповідності.

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

