



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені В. Н. КАРАЗІНА

НАКАЗ

11 вересня 2017 р.

м. Харків

№ 0204-1/344

Про введення в дію рішення  
вченої ради з питання «Про  
внутрішню систему забезпечення  
якості освіти»

З метою вдосконалення роботи системи управління якістю освітньої та наукової діяльності в Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна, відповідно до ДСТУ ISO 9001:2015 IDT

НАКАЗУЮ:

1. Ввести в дію рішення вченої ради університету від 29.08.2017 р., протокол № 12, «Про затвердження у новій редакції Настанови з якості Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна» (додається), «Порядку проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю та здійснення коригувальних і запобіжних дій в Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна» (додається), «Про затвердження Цілі Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна у сфері якості на 2017/2018 навчальний рік» (додається).

2. Директору Центру зв'язків з громадськістю Фоломееву М. А. оприлюднити цей наказ, Настанову з якості Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, Порядок проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю та здійснення коригувальних і запобіжних дій у

Харківському національному університету імені В. Н. Каразіна, Цілі Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна у сфері якості на 2017/2018 навчальний рік на веб-сайті університету до 29.09.2017 р..

3. Керівникам структурних підрозділів університету керуватися в своїй діяльності документами, вказаними в пункті 2 даного наказу.
4. Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

Підстава: рішення вченої ради університету від 29.08.2017 р., протокол № 12.

Ректор



В. С. Бакіров

Проект вносить:

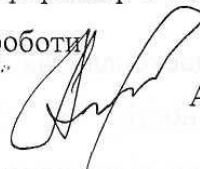
Директор Навчального центру  
менеджменту якості та моніторингу  
освітнього процесу



С. В. Єльцов

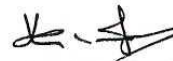
ПОГОДЖЕНО:

Проректор з науково-педагогічної  
роботи



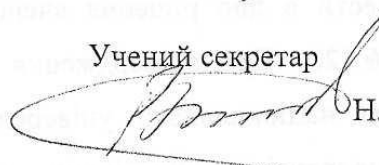
А. В. Пантелеймонов

Проректор з наукової роботи



В. О. Катрич

Учений секретар



Н. А. Вінникова

Начальник Управління якості  
освіти



Л. О. Іваненко

Начальник юридичного відділу

пробіжний присвоєння І. М. Маркова



08.08.2017



ЗГІДНО З  
ОРИГІНАЛОМ



ЗАТВЕРДЖЕНО

рішення вченої ради

Харківського національного

університету імені В. Н. Каразіна

від 29.08.2017 р., протокол № 12

Введено в дію:

наказ ректора № 0204-1/344

від 11.09.2017 р.

**Порядок проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю та здійснення коригувальних і запобіжних дій у Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна**

**1. Сфера застосування**

Цей порядок визначає принципи організації, проведення, документального оформлення та аналізу результатів внутрішніх аудитів, керування програмою аудиту системи управління якістю Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (далі – університет).

Вимоги порядку є обов'язковими для всіх структурних підрозділів та посадових осіб, на яких поширюється дія системи управління якістю.

**2. Терміни, визначення**

Терміни та визначення у цьому порядку використовуються відповідно до ДСТУ ISO 9000:2015 IDT.

**3. Відповідальність та повноваження**

Відповідальність за організацію, систематичне проведення та аналіз результатів внутрішніх аудитів з метою аналізу й оцінювання ефективності та відповідності встановленим вимогам діючої в університеті системи управління якістю несуть Навчальний центр менеджменту якості та моніторингу освітнього процесу Управління якості освіти та Науково-дослідна частина.

Керівники структурних підрозділів, де проводиться перевірка, відповідають за сприяння проведенню аудиту та представлення групі аудиторів всієї необхідної інформації, своєчасне та якісне виконання коригувальних дій.

Контроль за виконанням коригувальних дій здійснює представники керівництва з якості.

**4. Здійснення аудиту**

**4.1. Загальні положення**

Внутрішній аудит може бути плановим та позаплановим.

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.

Позапланові аудити можуть проводитися в разі:

- зміни організаційної структури університету;
- наявності порушень (відхилень, невідповідностей), які суттєво впливають на результати освітньої та наукової діяльності університету;
- наявності претензій від замовників;
- запровадження нових стандартів;
- підготовки системи управління якістю до аудиту під час її сертифікації та періодичних технічних наглядів тощо.

Позапланові перевірки ініціюються ректором університету.

#### **4.2. Підготовка до внутрішнього аудиту**

Для організації проведення аудиту визначається керівник групи аудиторів.

Керівник групи:

- а) складає графік (план) та програму проведення аудиту;
- б) погоджує зі структурними підрозділами, що перевіряються, дати та час перевірки, присутність гідів та спостерігачів, перелік документів, що перевіряються;
- в) збирає інформацію про структурні підрозділи, що перевіряються;
- г) проводить попередній аналіз документації структурного підрозділу;
- д) готує робочі документи (контрольні аркуші аудиторів (Додаток 1), аркуші самооцінки, схема вибіркового перевірки тощо);
- е) визначає склад групи аудиторів, технічних експертів, робочі завдання для кожного члена групи;
- ж) проводить попередній інструктаж аудиторів та технічних експертів.

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

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.

При складанні програми враховуються: тривалість кожного аудиту і кількість аудиторів; кількість, важливість, складність робіт, аудит яких

проводиться; висновки попередніх внутрішніх або зовнішніх аудитів; значні зміни в об'єкті аудиту чи в його діяльності; ризики, що можуть вплинути на виконання програми аудиту; наявні ресурси, для здійснення аудиту.

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

Керівник групи відповідає за:

- а) своєчасне виконання програми аудиту;
- б) подання контрольних аркушів, аркушів невідповідності і звітів аудитором;
- в) своєчасне оформлення та подання звіту про результати аудиту до керівництва (Додаток 2);
- г) моніторинг та аналіз роботи аудиторів;
- д) аналіз результатів аудиту та виявлених під час аудиту тенденцій;
- е) запровадження корегувальних дій під час аудиту (у разі необхідності);
- ж) подання пропозицій щодо покращення програми аудиту, контрольних аркушів аудиту.

#### **4.3. Здійснення аудиторської діяльності**

Аудиторська діяльність може включати в себе такі дії:

- а) проведення попередньої наради за участю представника структурного підрозділу, що перевіряється;
- б) аналізування документів під час проведення аудиту;
- в) отримання інформації під час спілкування або анкетування у структурному підрозділі;
- г) спостереження за процесом роботи, станом робочих місць;
- д) аналіз результатів перевірки та заповнення документації (контрольних аркушів, аркуш невідповідності);
- е) погодження з керівником підрозділу коригувальних (попереджувальних) дій.

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 та програму аудиту; призначення супроводжуючих осіб (гідів) з боку підрозділу, що перевіряється.

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

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

Результати аудиту оцінюються таким чином: «0» – певний критерій відсутній; «1» – документ або процес не відповідає встановленим вимогам; «2» – документ або процес не повною мірою відповідає встановленим вимогам, невідповідність має не системний характер; «3» – повністю виконано та відповідають встановленим вимогам.

У коментарях необхідно зазначати прізвище особи, яку перевіряють, позитивні факти та недоліки СУЯ, посилання на відповідний документ (наказ, програму, протокол тощо), описати виявлені невідповідності.

У разі виявлення значних (або системних) невідповідностей вимогам стандартів або документів СУЯ аудитор заповнює Аркуш невідповідності (Додаток 3).

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, то про це повідомляють представника керівництва з якості, а остаточне рішення приймається ректором.

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

Оформлені Контрольні аркуші, аркуш невідповідності, звіт про аудит аудитори у встановлені терміни передають до Навчального центру менеджменту якості та моніторингу освітнього процесу Управління якості освіти. Звіт про аудит може включати рекомендації щодо поліпшення СУЯ чи подальшої аудиторської діяльності.

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

Для обговорення результатів проведення аудитів, виявлених невідповідностей та причин їх виникнення, визначених коригувальних дій і термінів їх виконання проводиться заключна нарада, на якій присутні керівник

групи аудиторів, аудитори, технічні експерти та керівники структурних підрозділів, що перевірялися.

#### **4.4. Завершення внутрішнього аудиту**

За результатами проведеного внутрішнього аудиту керівник групи складає «Звіт про результати проведення внутрішнього аудиту системи управління якістю» (Додаток 2), що містить висновки щодо результатів оцінки виконання вимог системи управління якістю у певній сфері діяльності. У звіті також фіксується кількість виявлених невідповідностей, причини їх виникнення й коротка характеристика та зазначаються необхідні коригувальні дії. Крім того, вказується, чи потрібен повторний аудит.

Невідповідності, що були усунуті та погоджені з аудиторами (до початку заключної наради) реєструються лише в Контрольних аркушах для аналізу причин невідповідностей.

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

Документи аудиту зберігаються в Навчальному центрі менеджменту якості та моніторингу освітнього процесу Управління якості освіти протягом трьох років, після чого знищуються.

#### **5. Компетентність і оцінювання аудиторів**

Для проведення внутрішніх аудитів наказом ректора університету створюється робоча група на чолі з проректором з науково-педагогічної роботи. До складу робочої групи залучаються працівники університету, які пройшли спеціальну підготовку. До проведення внутрішніх аудитів можуть залучатися зовнішні консультанти чи аудитори із сертифікації СУЯ.

Працівники, які залучаються до проведення внутрішніх перевірок, повинні:

- бути кваліфікованими та досвідченими;
- знати вимоги нормативних документів до елементів системи управління якістю, що перевіряються;
- мати здібність до аналізу спостережень і оцінювання фактичних даних;
- бути об'єктивними, неупередженими й тактовними.

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

Голова робочої групи розподіляє обов'язки з перевірки конкретних елементів системи управління якістю між членами комісії, інформує керівників підрозділу, які підлягають перевірці, про план перевірки за тиждень до її



початку.

Допускається перенесення терміну проведення внутрішнього аудиту за взаємним погодженням керівника структурного підрозділу, голови робочої групи та/або представника керівництва з якості, але не більше, ніж на один місяць, про що робиться помітка у колонці «Примітка» план-графіку.

## **6. Коригувальні та запобіжні дії**

### **6.1. Порядок розробки й реалізації коригувальних дій**

Коригувальні дії вживають для постійного поліпшення результативності СУЯ і містять у собі:

- аналіз невідповідностей;
- встановлення причин невідповідностей;
- оцінювання необхідності дій, що проводяться, щоб уникнути повторення невідповідностей;
- визначення й здійснення необхідних дій;
- здійснення записів результатів розпочатих дій;
- аналіз розпочатих коригувальних дій.

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

- а) за пропозиціями працівників при виявленні невідповідностей під час виконання працівниками університету своїх службових обов'язків, що приводить до прямого або непрямого впливу на «випуск невідповідної продукції» (наприклад, невідповідність знань, умінь, навичок студентів, встановленим вимогам; невідповідність навчальної програми встановленим вимогам; невідповідність компетентності працівників вимогам навчальної програми; невідповідність устаткування, навчальних матеріалів, приміщень вимогам навчальної програми тощо);
- б) за результатами проведення внутрішніх і зовнішніх аудитів;
- в) за результатами перевірок нормативної документації;
- г) за інформацією із претензій і рекламацій, що надійшли від споживачів;
- д) за результатами нарад вищого керівництва.

Коригувальні дії розробляються із зазначенням термінів виконання й відповідальних виконавців.

#### *Аналіз інформації про невідповідності*

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

Аналіз причин виникнення невідповідностей полягає у вивченні факторів,



які могли привести до невідповідності, у пошуках і виробленні методів і способів усунення причин допущених відхилень.

Для встановлення причин може залучатися фахівець або група фахівців з відповідного напрямку.

При аналізі можуть бути встановлені такі причини:

- а) недостатня кваліфікація фахівців;
- б) неякісно розроблена навчально-методична документація або її відсутність;
- в) незнання виконуваних процесів, норм, стандартів тощо;
- г) недостатній контроль над виконанням процесів;
- д) неякісне постачання матеріалів або комплектуючих;
- е) недостатність забезпечення ресурсами та ін.

При встановленні причин і можливості усунення невідповідності без залучення додаткових витрат, усунення роблять на місці за вказівкою керівника структурного підрозділу.

#### *Порядок виконання коригувальних дій*

Результати аналізу причин допущених невідповідностей, а також заходів щодо усунення допущених невідповідностей оформляються у вигляді Аркуша невідповідності (Додаток 3). Коригувальні дії погоджують із представником керівництва з якості.

Після заповнення й узгодження копію Аркуша невідповідності передають структурному підрозділу-виконавцю, оригінал зберігається в Навчальному центрі менеджменту якості та моніторингу освітнього процесу Управління якості освіти для контролю строків виконання дії.

Усі заплановані дії мають бути виконані в зазначений термін і в повному обсязі.

Виконавці в усній формі доповідають про виконання своєму безпосередньому керівникові, а він ставить дату фактичного виконання в Аркуші невідповідності.

Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про результати коригувальних дій, про невиконання запланованих дій і пропозиції із впровадження запобіжних дій. Звіт за вимогою надають начальнику Управління якості освіти, ректору для аналізу СУЯ університету. До звіту можуть додаватися протоколи й записи, що свідчать про виконання призначених дій або рішень, прийнятих у терміновому порядку для реалізації коригувальних дій.

#### *Аналіз результативності проведення коригувальних дій*

Після одержання звіту Управління якості освіти проводить аналіз результативності й ефективності проведених заходів. Результативність

коригувальних дій оцінюється позитивно у разі відсутності повторного виникнення невідповідностей.

Якщо очікуваний результат не був досягнутий, необхідно провести розробку додаткових коригувальних дій і повторити описані вище дії.

Можливо, необхідно призначити проведення позачергового внутрішнього аудиту (що необхідно зазначити у звіті).

## **6.2. Порядок розробки й реалізації запобіжних дій**

Запобіжні дії повинні відповідати можливим наслідкам потенційних проблем та ризиків.

Запобіжні дії вживають для поліпшення діючого процесу, попереджаючи виникнення ризиків, невідповідності або для планових змін при впровадженні нового процесу або продукції.

Для розробки запобіжних дій необхідно:

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

Ці заходи можуть бути викликані: наявністю студентів, у яких виникають складності в процесі навчання, складання іспитів; недостатньою забезпеченістю приміщеннями, устаткуванням, підручниками та іншою навчальною літературою у випадку збільшення набору на наступний навчальний рік.

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

Джерела інформації для здійснення аналізу потенційних невідповідностей та ризиків:

- а) результати внутрішніх аудитів;
- б) результати аналізу СУЯ із боку керівництва;
- в) зворотний зв'язок від споживачів;
- г) результати проведення коригувальних дій;
- д) результати оцінки постачальників;
- е) результати маркетингових досліджень;
- ж) результати зовнішніх перевірок;
- з) пропозиції, що надходять від працівників університету.

Результати аналізу потенційних невідповідностей та ризиків розглядаються на нарадах структурних підрозділів, вчених рад університету та факультетів, Науково-методичній, Науково-технічній радах університету та

приймаються рішення щодо необхідності запровадження запобіжних дій. Запобіжні дії/заходи включаються в річні плани структурних підрозділів.

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 ряд додаткової інформації. Такий план запобіжних дій погоджується з керівниками підрозділів-виконавців та затверджується ректором.

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

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

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

Додаток 1  
до Порядку проведення внутрішніх  
аудитів системи управління якістю та  
здійснення коригувальних і запобіжних  
дій у Харківському національному  
університеті імені В. Н. Каразіна,  
затвердженого рішенням вченої ради  
від 29.08.2017 р. протокол № 12  
введено в дію:  
наказ ректора № 0204-1/344  
від 11.09.2017 р.

**КОНТРОЛЬНИЙ АРКУШ АУДИТОРА**  
для перевірки функціонування системи управління якістю

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

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

Члени групи аудиторів: \_\_\_\_\_

Перелік документів, що відповідають завданням аудиту, – у додатках.

№ з/п	Питання аудитора	Джерела інформації	Оцінка	Коментарі

*Оцінки: 0 – відсутні, 1 – не відповідає, 2 – частково виконано, несистематичні невідповідності, 3 – повністю виконано та відповідає вимогам*

Члени групи аудиторів: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

дата

підпис

ПІБ

Додаток 2

до Порядку проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю та здійснення коригувальних і запобіжних дій у Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна, затвердженого рішенням вченої ради від 29.08.2017 р. протокол № 12 введено в дію: наказ ректора № 0204-1/344 від 11.09.2017 р.

**Звіт про результати проведення внутрішнього аудиту системи управління якістю**

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

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

1. Цілі аудиту: \_\_\_\_\_

2. Вид аудиту: \_\_\_\_\_ плановий \_\_\_\_\_ позаплановий \_\_\_\_\_ повторний  
(підкреслити вид аудиту)

3. Терміни проведення: \_\_\_\_\_

4. Склад групи аудиторів: \_\_\_\_\_

5. Результати внутрішнього аудиту:

У процесі перевірки було виявлено  невідповідностей, з них:

невідповідностей, виявлено у процесах за які відповідає структурний підрозділ, що перевіряється;

невідповідностей, у процесах за які відповідають інші структурні підрозділи.

Аналіз невідповідностей:

Пункт ISO (Настанови з якості)	Зміст невідповідності	Рекомендації, щодо її усунення	Терміни виправлення
--------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------	------------------------

6. Висновки за результатами внутрішнього аудиту:

Діяльність та документована інформація структурного підрозділу встановленим вимогам:

В цілому відповідають  ( $\leq 1$  значна невідповідність або 3 незначні)

Частково відповідають  ( $\geq 2$  значні невідповідності або 4 незначні)

Не відповідають  ( $\geq 3$  значні невідповідності або 5 незначних).

7. Оцінка виконання корегуючи заходів за результатами попереднього аудиту:

Корегуючи заходи, визначені попереднім внутрішнім аудитом, виконані у повному обсязі (частково) та були результативні (не результативні).

8. Рекомендації групи аудиторів.

Керівник групи аудиторів \_\_\_\_\_

Члени групи аудиторів \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

