

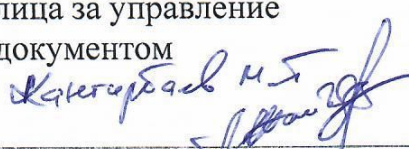
	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит

Редакция: 1

Страница 1 из 23



ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА КАЧЕСТВА: ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

Срок действия с «15» марта 2024 г. по «15» марта 2027 г.	Срок продления до «__» _____ 20__ г.	Статус: Действующий ☒ Устаревший ☐
Предыдущий устаревший документ: Решение Правления от 09.12.2019г. Протокол № 10	Подпись ответственного лица за управление документом 	Код № <i>ОСМЧ/08.10-2024</i> Копия № Экземпляр № 

Алматы – 2024

Лист согласования и подписания

ФИО	Тип действия	Время и дата согласования или подписания	Замечания	Данные по ЭЦП
Давлетов Кайрат Киргизбаевич	Согласовано	21.02.2024, 14:53:48	Без замечаний	
Датхаев Убайдилла Махамбетович	Согласовано	21.02.2024, 11:04:35	Без замечаний	
Султангазиева Светлана Елеусизовна	Согласовано	21.02.2024, 12:37:48	Без замечаний	
Искаков Серикжан Сагимжанович	Согласовано	22.02.2024, 11:50:55	Без замечаний	
Джайлобаев К.К. (и.о Жумадилов М.Ж.)	Согласовано	23.02.2024, 15:22:40	Без замечаний	
Лахов Сергей Владимирович	Согласовано	21.02.2024, 10:56:30	Без замечаний	
Нагасбекова Баян Сериккановна	Согласовано	22.02.2024, 08:46:17	Без замечаний	
Избенова И.И. (и.о Степкина Е.Л.)	Согласовано	21.02.2024, 14:01:34	Без замечаний	
Ердаулетқызы Лаззат	Согласовано	21.02.2024, 11:30:28	Без замечаний	
Кодекова Г.С. (и.о Ташетова А.Б.)	Согласовано	22.02.2024, 17:46:45	Без замечаний	
Салиев Тимур Муйдинович	Согласовано	27.02.2024, 09:30:22	Без замечаний	
Иванченко Нелля Николаевна	Согласовано	21.02.2024, 20:25:05	Без замечаний	
Фахрадиев Ильдар Рафисович	Согласовано	21.02.2024, 09:58:08	Без замечаний	
Утепбергенова Ж.М. (и.о Мамырбекова С.А.)	Согласовано	21.02.2024, 12:15:33	Без замечаний	
Абдрахманова Зинат Батырхановна	Согласовано	21.02.2024, 14:44:21	Без замечаний	
Альчимбаев Арман Булатович	Согласовано	21.02.2024, 12:00:19	Без замечаний	
Абылгазина Айгуль Есимжановна	Согласовано	22.02.2024, 08:55:03	Без замечаний	
Талкимбаева Найля Ануаровна	Согласовано	22.02.2024, 15:26:51	Без замечаний	
Искакова Сауле Сагынгалиевна	Согласовано	22.02.2024, 11:30:47	Без замечаний	
Айдарова Айнур Оразбековна	Согласовано	23.02.2024, 17:45:55	Без замечаний	
Сағымбекова А.Т. (и.о Азимбаев Н.К.)	Согласовано	21.02.2024, 14:29:46	Без замечаний	

Жангирбаев Марат Турсынханович	Подписано	27.02.2024, 09:33:02	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУӘЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ЖАНГИРБАЕВ МАРАТ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Жангирбаев Марат Турсынханович	Зарегистрировано	27.02.2024, 09:33:15	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУӘЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ЖАНГИРБАЕВ МАРАТ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407



	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 3 из 22

КРАТКИЙ ОБЗОР

Данный документ является частью системы менеджмента качества, далее (СМК) НАО КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова далее (КазНМУ) и определяет порядок организации и проведения аудитов СМК.

Процедура разработана с учётом требований стандарта ИСО 19011 «Руководство по аудиту систем менеджмента».

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 4 из 22

Содержание

1.	Назначение и область применения	5
2.	Цель	5
3.	Нормативные ссылки	5
4.	Термины и определения	6
5.	Роли и обязанности	7
6.	Аудит системы менеджмента качества	9
7.	Критерии аудита СМК	9
8.	Подготовка к аудиту	10
9.	Закрывающее собрание	11
10.	Отчёт по аудиту	11
11.	Отслеживание корректирующих действий и проверка эффективности выполнения корректирующих действий	12-13
12.	Приложение 1. Уведомление	14
13.	Приложение 2. Блок схема процесса проведения внутреннего аудита	15
14.	Приложение 3. Список присутствующих открывающего/ закрывающего собрания	16
15.	Приложение 4. Чек - лист по внутреннему аудиту подразделения/процесса	17
16.	Приложение 5. Протокол о несоответствиях	18
17.	Приложение 6. План корректирующих действий	19
18.	Лист регистрации изменений	20
19.	Лист ознакомления	21

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит Редакция: 1 Страница 5 из 22

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Настоящая документированная процедура устанавливает порядок, правила, ответственность и требования к планированию и проведению внутренних аудитов системы менеджмента качества, установлению записей и отчетности по результатам внутреннего аудита.

1.2. Внутренний аудит проводится с целью определения, насколько система менеджмента качества соответствует запланированным мероприятиям, требованиям ISO 9001, документам СМК университета, а также с целью идентификации областей потенциального улучшения СМК университета.

1.3. Требования настоящей документированной процедуры обязательны для применения во всех подразделениях университета, охваченных СМК.

2. ЦЕЛЬ

Цель настоящей процедуры заключается в установлении единых требований к процессу аудита, которых должны придерживаться все структурные подразделения Университета, чтобы обеспечить последовательный, прозрачный и системный подход ко всем аудитам СМК в КазНМУ.

Основными целями проведения аудитов в КазНМУ являются:

1) установление того, что система менеджмента качества внедрена, результативна, поддерживается в рабочем состоянии и соответствует законодательным и нормативным требованиям, требованиям международных стандартов и внутренних процедур СМК;

2) выявление возможностей для непрерывного улучшения системы менеджмента качества;

3) представление вышеуказанной информации высшему руководству.

3. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

MS ISO 9000:2015	Стандарт системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
MS ISO 9001:2015	Стандарт системы менеджмента качества. Требования
MS ISO 19011:2018	Руководство по аудиту систем менеджмента
ОСМК/08.3-23	Регламент по управлению документацией (в разработке)

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит		Редакция: 1 Страница 6 из 22

4. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Аудит	систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.
Аудируемое подразделение	структурное подразделение, в котором проводится внутренний аудит.
Аудитор	лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита.
Аудиторская группа	состав внутренних аудиторов СМК, проводящих конкретный аудит, состоящая из работников НАО «КазНМУ».
Результаты аудита	результаты оценки записей, изложенных фактов или другой информации, полученных во время аудита. Результаты аудита содержат информацию о соответствии или несоответствии требованиям. По значимости и характеру полученной информации, результаты оценки могут быть оформлены как «несоответствие» или «наблюдение».
Несоответствие	невыполнение требования, которое фиксируются в форме отчета о несоответствиях. Несоответствия классифицируются по приоритетности.
Приоритет 1	несоответствия, которые относятся к высокому/неприемлемому риску для Университета. Несоответствия, оставленные неисправленными, являются фактом систематического нарушения или разрушения элемента системы менеджмента качества. Устранение нарушения и разработка плана корректирующих мероприятий требует особого внимания руководства Вуза. Любые повторяющиеся несоответствия.
Приоритет 2	несоответствия, оставленные неисправленными, могут привести к потенциальной проблеме в будущем, несоответствия системы менеджмента качества или рабочих процедур.
Наблюдение	запись в отчёте по аудиту; оформляется в тех случаях, когда аудитор считает, что выявленная ситуация содержит признаки потенциального несоответствия и в дальнейшем может привести к несоответствию.
Коррекция	устранение конкретного проявления проблемы или отклонения от требований без анализа причин или поиска способов предотвращения повторения.
Корректирующее действие	действие, предпринятое для устранения причин обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации. Предотвращение его повторения, а также улучшение системы или процесса, чтобы избежать подобных проблем в будущем.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 7 из 22

Критерии аудита	совокупность политик, процедур или требований, на соответствие которым проводится проверка.
Наблюдатель	лицо, сопровождающее группу аудита, но не осуществляющее аудиторской деятельности.
Технический эксперт	лицо, обладающее специальными знаниями или опытом в группе аудита. При рассмотрении свидетельств и формирования результатов аудита технические эксперты имеют право совещательного голоса.
Нормативный документ	документ, устанавливающий правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов.
Область аудита	структурные подразделения, процессы, должностные лица, которые будут задействованы в ходе аудита.
Предупреждающее действие	действие, предпринятое для устранения причин потенциального несоответствия, дефекта или другой нежелательной ситуации с тем, чтобы предотвратить их возникновение.
Свидетельство аудита	записи, изложение фактов или другая информация, которая связана с критериями аудита и может быть проверена.

5. РОЛИ И ОБЯЗАННОСТИ

5.1. Правление

Утверждает программу аудитов и ежегодные графики внутренних аудитов СМК;

Анализирует результаты проведенных внутренних аудитов СМК в рамках отчета «Анализ со стороны руководства».

5.2. Руководитель отдела СМК

Обеспечивает внедрение программы аудитов по СМК;

Обеспечивает проведение ежегодного анализа результатов аудита в рамках: анализа системы менеджмента СМК;

анализа со стороны руководства;

Утверждает проведение внеплановых аудитов СМК по запросу.

5.3. Главный специалист отдела СМК

Участствует в разработке программы аудитов СМК и обеспечивает ее выполнение;

Участствует в разработке графика аудита СМК и обеспечивает его выполнение;

Координирует и управляет процессом аудитов СМК;

Определяет и согласовывает с руководством назначение ведущего аудитора и аудиторскую группу из числа обученных аудиторов в КазНМУ;

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Редакция: 1 Страница 8 из 22	
	Документированная процедура качества: Внутренний аудит		

Обеспечивает ведение реестра утвержденных ведущих аудиторов и членов аудиторской группы для организации курсов повышения компетентности аудиторов;

Контролирует ведение центрального учета отчетов по аудитам;

Проводит анализ результатов аудитов и выявляет тенденции, возникающие в Университете. Представляет результаты аудитов на рассмотрение руководителю отдела СМК/Совету по Качеству в рамках анализа системы менеджмента качества;

Отслеживает статус выполнения всех рекомендаций/ наблюдений/ несоответствий, сделанных зафиксированных в ходе аудитов.

5.4. Ведущий аудитор

Разрабатывает уведомление о предстоящем аудите, согласовывает план аудита, разработанный отделом СМК с руководителем аудируемой стороны до начала аудита; (приложение №1)

Руководит и координирует группу аудита на протяжении всего аудита («Памятка для ведущего аудитора»);

Предоставляет и согласовывает результаты аудита с руководителем аудируемой стороны;

Запрашивает планы корректирующих действий у аудируемой стороны;

Составляет отчет по аудиту и своевременно предоставляет его проверяемой стороне и заинтересованным сторонам;

Проверяет эффективность закрытия действий, поднятых в ходе предыдущего аудита;

Проводит с аудиторами анализ вынесенных уроков по процессу аудита;

Направляет результаты аудита/-ов Руководителю отдела СМК.

5.5. Внутренние аудиторы

Участвуют в планировании и проведении аудита;

Содействуют ведущему аудитору в подведении итогов аудита и составлении отчета об аудите («Памятка для аудиторов»).

5.6. Руководитель структурного подразделения (СП) в качестве аудируемой стороны по внутренним аудитам

Назначает представителя своего СП/отдела для оказания содействия аудиторам во время проведения аудитов;

Обеспечивает предоставление информации и документации, запрашиваемой аудиторами;

Размещает информацию согласно номенклатуре и мастер листа на гугл диске своего подразделения;

Обеспечивает разработку и реализацию плана корректирующих действий, направленных на устранение причин выявленных несоответствий при аудите СМК;

Назначает лица, ответственные за выполнение корректирующих действий;

Обеспечивает своевременное закрытие несоответствий согласно плану корректирующих действий.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1 Страница 9 из 22	

6. АУДИТ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Пошаговое описание процесса проведения аудита указано в Приложении №2 «Блок схема процесса проведения аудитов».

6.1. Ежегодная программа аудита

При разработке ежегодной программы аудитов и при установлении периодичности аудитов учитывается следующее:

- значимость процессов, подлежащих аудиту;
- влияние аудируемой стороны на систему менеджмента качества;
- результаты предыдущих аудитов СМК;
- изменения в системе менеджмента качества, изменения организационной структуры Университета, другие изменения;
- изменение в законодательных или внутренних требованиях.

График внутреннего аудита СМК разрабатывается главным специалистом отдела СМК при содействии руководителя отдела СМК, ведущего аудитора, членов аудиторской группы, руководителей СП.

Ежегодная программа аудитов СМК утверждается решением Правления КазНМУ и размещается на гугл диске / и на интернет сайте Университета (вкладка СМК).

7. КРИТЕРИИ АУДИТА СМК

Критериями аудита являются:

1. Стандарты СМ ISO 9001:2015
2. Руководство по качеству
3. Стандарты, процедуры и инструкции применимые к проверяемому объекту;
4. Законодательные и нормативные акты в области образования и здравоохранения.

8. ПОДГОТОВКА К АУДИТУ

Не менее чем за одну неделю до начала аудита ведущий аудитор отправляет уведомление о проведении аудита и согласовывает дату и время с руководителем СП / кафедры аудируемой стороны. (Приложение 1 – «Уведомление о проведении аудита СМК»).

Аудиторская группа может запросить основные документы аудируемой стороны (процедуры, контракты, планы и др.) для ознакомления с деятельностью, оценки адекватности документации установленным требованиям, (дни аудита оценки документации включаются в общую продолжительность аудита) и посетить объекты аудируемой стороны до начала аудита для формирования плана проведения аудита.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 10 из 22

План аудита рекомендуется формировать с учетом специфики деятельности проверяемой стороны, требований международных стандартов системы менеджмента качества и нормативных документов, регламентирующих деятельность аудируемой стороны.

Руководитель аудируемой стороны информирует своих сотрудников о предстоящем аудите и организывает подготовку к нему.

Ведущий аудитор информирует членов группы аудита с последними изменениями даты и времени проведения аудита.

8.1. Проведение аудита СМК

Открывающее собрание

Каждый аудит начинается с открывающего собрания с участием аудиторов, руководства и других представителей аудируемой стороны. Открывающее собрание проводится ведущим аудитором.

На собрании представляется объем, цели и план аудита, состав аудиторской группы, порядок и методы аудита.

Участники собрания регистрируются в бланке «Список присутствующих открывающего / закрывающего собрания» Приложение №3 Явочный лист.

8.2. Аудит

Аудит проводится в соответствии с утвержденным планом аудита. В процессе проведения аудита производится сбор свидетельств аудита посредством опроса персонала аудируемой стороны, изучения документов и наблюдения за деятельностью.

Во время аудита проводится осмотр рабочих участков для проверки соблюдения законодательных требований, бизнес процессов СП/кафедры/управления/отдела и процедур СМК;

В объем аудита входит проверка эффективности закрытия корректирующих действий по выявленным несоответствиям и наблюдениям при предыдущем аудите, оценка результативности управления изменениями, а также проверка эффективности закрытия корректирующих мероприятий, если таковые имелись в течение предыдущего года.

При проведении аудита, аудиторская группа может применять проверочные листы. Формы проверочных листов для аудитов размещены на (гугл диске отдела СМК). Проверочные листы могут быть изменены или дополнены в зависимости от тематики аудита и с учетом особенностей аудируемой стороны.

Аудиторы, должны вести записи (чек-лист Приложение № 4), фиксируя соответствия, несоответствия и лучшую практику, любые факты, полученные во время аудита. Выявленные несоответствия классифицируются по приоритетности и документируются по форме, приведенной в Приложении № 5 настоящей процедуры.

Для фиксации факта несоответствия, аудитору рекомендуется сохранять копии документов и другие свидетельства (в том числе, где это возможно, фотографии факта несоответствия).

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1 Страница 11 из 22	

Все материалы, фотографии, собранные в ходе аудита, являются конфиденциальной информацией и не должны распространяться за пределы Университета.

В процессе аудита ведущий аудитор может, по согласованию с руководством аудируемой стороны, вносить изменения в план аудита или распределение обязанностей между членами аудиторской группы для достижения целей аудита.

Аудиторская группа может предоставлять промежуточные результаты аудита аудируемой стороне по запросу и согласованию.

9. ЗАКРЫВАЮЩЕЕ СОБРАНИЕ

По окончании аудита ведущим аудитором проводится закрывающее совещание с участием руководства и других представителей аудируемой стороны. В ходе собрания осуществляется ознакомление с результатами аудита (отмечаются сильные и слабые стороны), согласование и подписание выявленных несоответствий и наблюдений.

Участники собрания регистрируются в бланке «Список присутствующих открывающего/ закрывающего собрания».

Выявленные несоответствия оформляются в форме отчета о несоответствиях. (Приложение № 4 – «отчет о несоответствии»). Руководитель аудируемой стороны подписывает форму отчета о несоответствиях в конце закрывающего собрания.

В случае несогласия аудируемой стороны с каким - либо из выявленных нарушений, данное нарушение будет зафиксировано в отчете с пометкой "не принято проверяемой стороной".

10. ОТЧЁТ ПО АУДИТУ

После окончания аудита ведущим аудитором совместно с членами аудиторской группы готовится отчёт по аудиту.

Аудируемая сторона определяет основные причины выявленных несоответствий, разрабатывает план корректирующих мероприятий в соответствии с требованиями процедуры по контролю несоответствий и корректирующих действий в области СМК и предоставляет ведущему аудитору на согласование заполненную форму «плана корректирующих действий» в течение 5 рабочих дней со дня окончания аудита (Приложение № 6). Все выявленные в результате аудита несоответствия официально фиксируются, подписываются руководителем аудируемой стороны, ведущим аудитором и руководителем СМК.

Утвержденный отчёт издается и направляется всем заинтересованным сторонам, всем руководителям аудируемой стороны в течение 2-х недель после завершения аудита.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит		Редакция: 1 Страница 12 из 22

11. ОТСЛЕЖИВАНИЕ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ И ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Все несоответствия и планируемые корректирующие действия вносятся в базу данных СМК. Ведущий аудитор контролирует информацию о выполнении корректирующих действий.

Руководство аудируемой стороны выполняет корректирующие действия в установленные сроки и уведомляет об этом ведущего аудитора и руководителя отдела СМК. Ведущий аудитор проверяет закрытое действие, и предоставленные документы.

Если в ходе проверки выявляется, что корректирующее действие, закрыто без предоставления соответствующих документов, подтверждающих выполнение мероприятий и не прописан статус, действие будет пере-открыто. При необходимости, для подтверждения эффективности выполнения корректирующих действий, ведущий аудитор запрашивает дополнительную информацию и документы или дополнительно посещает объект с проверкой.

В объем аудита входит проверка эффективности выполнения корректирующих мероприятий по результатам предыдущих аудитов.

Если в ходе проверки выявляется, что корректирующее действие, разработанное по результатам предыдущего аудита, не выполнено, то данное повторяющееся несоответствие классифицируется как несоответствие Приоритета 1.

Выявленные наблюдения в ходе аудита не требуют разработки плана корректирующих действий, но выполнение мероприятий по устранению этих наблюдений будет проверено во время следующего аудита. В случае если наблюдения будут повторяться при следующем аудите, они будут переквалифицированы как несоответствие Приоритета 2.

11.1. Анализ результатов аудита

Для обеспечения эффективной системы аудитов и проверок необходимо анализировать результаты аудита. Анализ результатов аудита помогает определить тенденции и области, требующие улучшения.

На основе регулярно предоставляемых данных, главный специалист отдела СМК подготавливает отчет, который включает тенденции, имеющие место во всем Университете.

Результаты анализа представляются на ежегодном совещании по анализу системы менеджмента качества высшим руководством.

Результаты анализа обязательно учитываются при последующем планировании аудитов. По результатам анализа может быть проведен внеплановый аудит элементов системы менеджмента качества (горизонтальный) или подразделений (вертикальный).

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит		Редакция: 1 Страница 13 из 22

11.2. Документация аудита

Шаблоны уведомления, плана аудита, отчета аудита, формы отчета о несоответствиях, плана корректирующих действий, проверочный лист, записи и список присутствующих открывающего/закрывающего собрания размещаются на гугл диске отдела СМК».

Все документы об аудите после его окончания хранятся: бумажная версия – 5 лет, электронная версия – 10 лет.

11.3. Назначение аудиторской группы и компетенция

Аудиторам СМК КазНМУ следует обладать знаниями принципов, процедур и методов проведения аудита, знаниями международных стандартов системы менеджмента качества, а также знаниями законодательных и нормативно-правовых актов РК с сфере образования и здравоохранения. Критериями для участия в аудитах в области СМК являются также:

Критерии для участия в аудитах в области СМК	
Ведущий аудитор	- прошел учебный курс ««Внутренний аудитор систем менеджмента качества по ISO 19011:2018»; - имеет опыт проведения аудитов в области СМК в качестве аудитора (не менее 5 аудитов);
Аудитор	- прошел учебный курс «Внутренний аудитор системы менеджмента качества по ISO 9001:2015»; - имеет опыт участия в аудитах в области СМК в качестве наблюдателя (не менее 3 аудитов);
Стажер	- прошел учебный курс «Внутренний аудитор» и имеет соответствующий сертификат.

Состав аудиторской группы может варьироваться в зависимости от объема и целей аудита.

Аудиторы должны:

быть независимыми от проверяемой деятельности или подразделения;

быть беспристрастными (не иметь конфликт интересов с проверяемым подразделением);

знать принципы и методы организации и проведения аудитов;

обладать личными качествами, необходимыми для эффективного проведения аудита (коммуникабельность, доброжелательность, дипломатичность, навыки убеждения).

Аудиторская группа должна включать специалистов по СМК. По необходимости в аудиторскую группу могут быть включены технические эксперты, которые имеют специальные знания в области аудита и имеют достаточный опыт работы. При рассмотрении свидетельств и формирования результатов аудита технические эксперты имеют право совещательного голоса.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 14 из 22

В состав аудиторской группы также могут быть включены наблюдатели, которые могут содействовать группе по аудиту, но они не являются ее частью.

Наблюдатель может действовать по поручению объекта аудита, или другой заинтересованной стороны, которая удостоверяет аудит.

Команда аудиторов может включать аудиторов – стажеров.

Необязательно, чтобы каждый аудитор в команде по аудиту имел одинаковую компетентность, но общая компетентность членов команды по аудиту должна быть достаточной для достижений целей аудита.

12.ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1	Уведомление
Приложение 2	Блок схема процесса проведения внутреннего аудита
Приложение 3	Список присутствующих открывающего/ закрывающего собрания
Приложение 4	Чек - лист по внутреннему аудиту подразделения/процесса
Приложение 5	Форма протокола о несоответствиях
Приложение 6	План корректирующих действий

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1 Страница 15 из 22	

Приложение 1

Уведомление

Уважаемые сотрудники,

Хотим вас проинформировать о предстоящем аудите системы менеджмента качества в нашей организации. Аудит запланирован на следующие даты: (дата начала) – (дата окончания).

Цель аудита заключается в проверке соответствия системы менеджмента качества стандартам и требованиям, а также выявлении возможных областей для улучшения.

В ходе аудита могут быть проверены следующие области:

(Указать конкретные области, которые будут проверяться)

(Указать другие важные аспекты)

Мы просим вас подготовить все необходимые документы и информацию, связанную с вашей деятельностью, загрузить данную информацию на гугл диск для предоставления аудиторам возможности изучения вашей документации удаленно.

Ваше сотрудничество и активное участие в аудите будут важны для успешного прохождения процедуры внутреннего аудита и определении степени готовности Университета к процессу сертификации.

Если у вас возникнут вопросы или необходима дополнительная информация, пожалуйста, обращайтесь в отдел СМК.

Спасибо за ваше сотрудничество и поддержку.

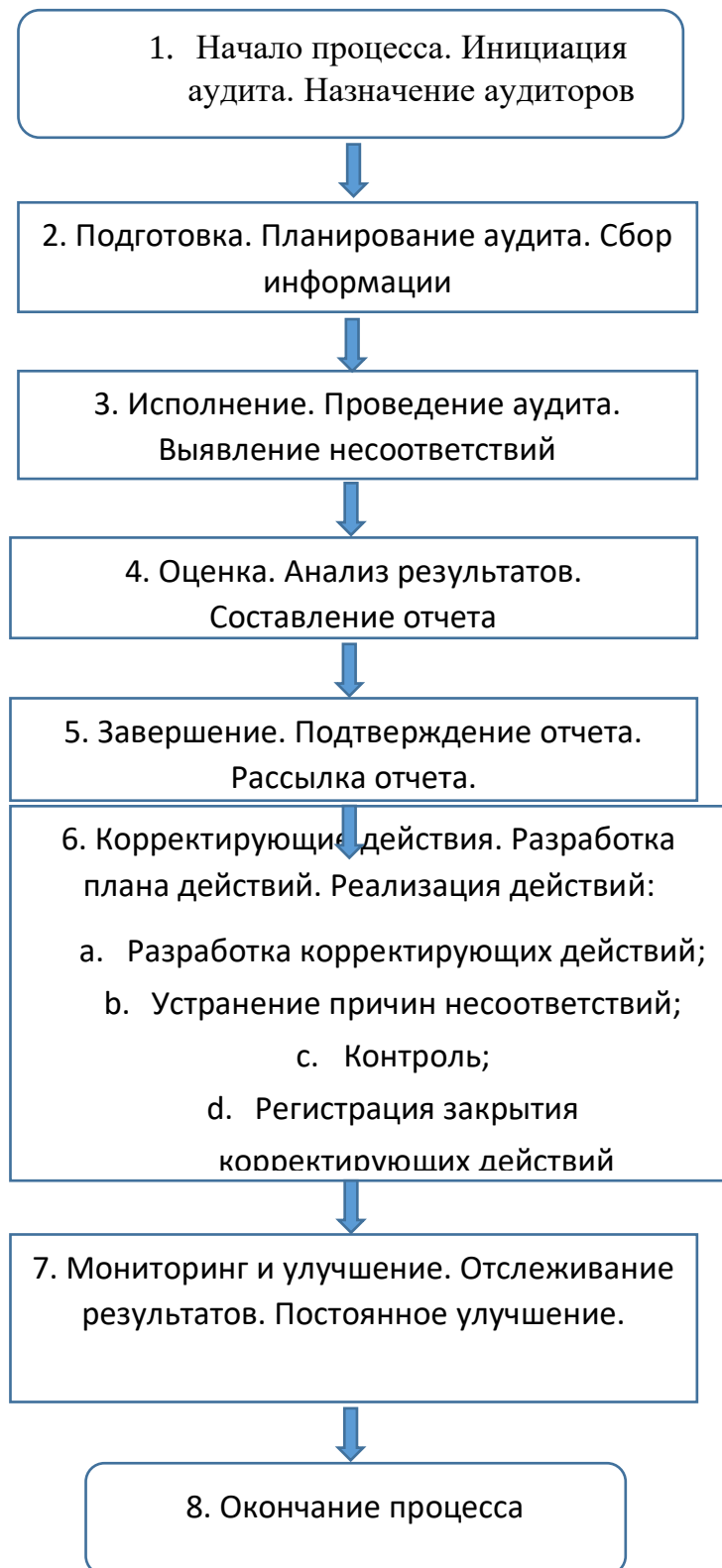
С уважением,

Главный аудитор

ФИО

Тел.

Блок схема процесса проведения внутреннего аудита.



	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 17 из 22

Приложение 3

Список присутствующих открывающего/ закрывающего собрания

Аудируемая сторона: _____

Место: _____

№	ФИО:	Должность:	Дата:	Дата:
			Открывающее собрание / Подпись	Закрывающее собрание / Подпись:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 18 из 22

Приложение 4

Чек - лист по внутреннему аудиту подразделения/процесса

наименование подразделения/процесса

Аудитор _____ «___» _____ 20__ г.

Аудитор _____ «___» _____ 20__ г.

Критерий Пункт МС ИСО 9001:2015	Объективные свидетельства	Наблюдение	Несоответствие

Главный аудитор _____

подпись

Аудитор _____

подпись

Дата «___» _____

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 19 из 22

Приложение 5

Протокол о несоответствиях*

№	Приоритет	Выявленные несоответствия	Основная причина	Корректирующее действие	Ответственное лицо	Срок выполнения
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

*распечатать в альбомном формате

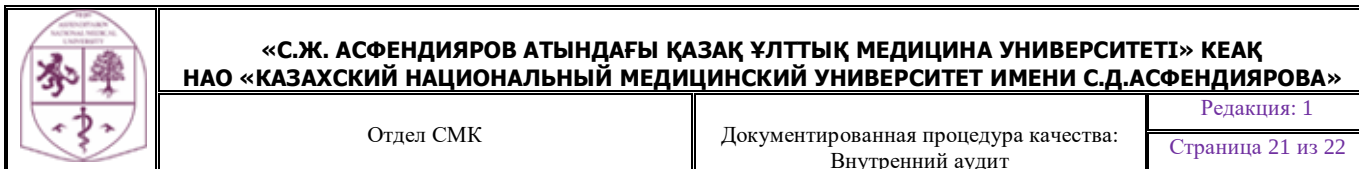
	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел СМК	Документированная процедура качества: Внутренний аудит	Редакция: 1
			Страница 20 из 22

Приложение 6

План корректирующих действий**

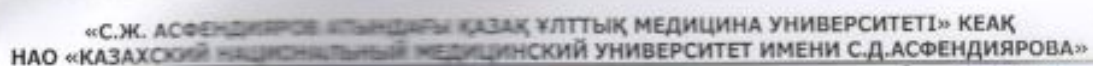
Основная причина:			
№	Корректирующие действия	Ответственный за выполнение	Сроки выполнения
Аудируемая сторона:			Дата:

**распечатать в альбомном формате



13. Лист регистрации изменений

[illegible]



Документированная процедура качества:
Внутренний аудит

Relaxation: 1

Страница 23 из 23

[illegible]

ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА
заседания Правления
НАО «Казахский национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова»

г. Алматы

№9

15 марта 2024 года

Полное наименование: Некоммерческое акционерное общество «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».

Местонахождение: г. Алматы, ул. Толе би, 94.

Место подсчета голосов:

Республика Казахстан, 050012, г. Алматы, улица Толе би, 94.

Форма проведения заседания: очная.

Кворум для принятия решения имеется.

Вопрос повестки дня:

1. Об утверждении «Документированной процедуре качества «Внутренний аудит»».

По вопросу повестки дня, в соответствии с подпунктом 10) пункта 91 Устава, на основании подпункта 17) п. 12 Положения «О Правлении» утвержденного решением Совета директоров от 20 марта 2019 года протокол №1, **Правление РЕШИЛО:**

1. Утвердить «Документированную процедуру качества «Внутренний аудит»».

2. Контроль за исполнением настоящего решения возложить на проректора Калматаеву Ж.А.

Секретарь Правления



А. Ахмет