СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

**Внутренний аудит ИСМ. Корректирующие и предупреждающие действия**

1 Назначение и область применения

1. Настоящий стандарт разработан для реализации требований:
* п.8.2.2 ИСО 9001:2008, п.4.5.5 ИСО 14001:2004, п.4.5.5 OHSAS 18001:2007 в части организации процесса внутреннего аудита;
* 8.5.2 ИСО 9001:2008, п. 4.5.3 ИСО 14001:2004, п. 4.5.3 OHSAS 18001:2007 в части разработки и реализации, анализа результативности корректирующих действий;
* 8.5.3 ИСО 9001:2008, п. 4.5.3 ИСО 14001:2004, п. 4.5.3 OHSAS 18001:2007 в части разработки и реализации, анализа результативности предупреждающих действий.
1. Настоящий стандарт устанавливает единые требования к процессу внутреннего аудита интегрированной системы менеджмента, к порядку управления корректирующими и предупреждающими действиями.
2. Требования данного стандарта являются обязательными для исполнения всеми предприятиями, входящими в ХХХХ.
3. Введен впервые.
4. Периодичность пересмотра - по мере необходимости, но не реже 1 раз в 3 года.
5. Ответственность за разработку, пересмотр и актуализацию данного СТО несет директор департамента ИСМ

2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте организации использованы ссылки на следующие нормативные документы:

ИСО 9000:2008 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

ИСО 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования. - ИСО 14001:2004 Системы экологического менеджмента Требования и руководство по применению.

OIISAS 18001:2007 Системы менеджмента охраны здоровья и обеспечения безопасности труда. Требования.

3 Термины, определения и сокращения

В настоящем стандарте применены следующие термины с соответствующими определениями и сокращения:

1. анализ: Деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности и результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей (ИСО 9000:2008, п.3.8.7).
2. аудит (проверка): Систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита (ИСО 9000:2008, п.3.9.1).
3. высшее руководство: Лицо или группа работников, осуществляющих руководство и управление организацией на высшем уровне (ИСО 9000:2008, п.3.2.7).
4. запись: Документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности (ИСО 9000:2008, п.3.7.5).
5. коррекция: Действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия (ИСО 9000:2008, п.3.6.6).
6. корректирующее действие: Действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации (ИСО 9000-2008, п.3.6.5).
7. несоответствие: Невыполнение требования (ИСО 9000:2008, п.3.6.2).
8. предупреждающее действие: Действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации (ИСО 9000-2008, п.3.6.4).

Примечания

* 1. Потенциальное несоответствие может иметь несколько причин,
	2. Предупреждающее действие предпринимают дм предотвращения возникновения события, а корректирующее действие - для предотвращения повторного возникновения события.
1. процедура: Установленный способ осуществления деятельности или процесса (ИСО 9000:2008, п.3.4.5).
2. процесс: Совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующая входы в выходы (ИСО 9000:2008, п.3.4.1).
3. система менеджмента качества (СМК): Система менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству (ИСО 9000:2008, п. 3.2.3).
4. система менеджмента в области промышленной безопасности и охраны труда (СМ ПБиОТ): Часть общей системы менеджмента организации, которая используется для разработки и внедрения Политики в области НБиОТ и управления рисками (OHSAS 18001:2007, п.3.13).
5. система экологического менеджмента (СЭМ): Часть системы менеджмента организации, используемая для разработки и осуществления ее экологической политики и менеджмента ее экологическими аспектами (ИСО 14001:2004, п.3.8).
6. ВА: Внутренний аудит.
7. ГКНС
8. ИСМ: Интегрированная система менеджмента (совокупность трех международных систем менеджмента).
9. КД: Корректирующие действия.

3.19: ПД: Предупреждающие действия.

1. СТО: Стандарт организации.
2. СМ: Система менеджмента.

4 Общие положения

4.1 Настоящий стандарт разработан с целью установления единых требований к определению общего порядка осуществления процесса внутреннего аудита ИСМ (СМК, СЭМ, СМ ПБиОТ), а также разработки и выполнения корректирующих действий и предупреждающих действий в подразделениях предприятий, входящих в ГКНС,

4

1. Для подтверждения того, что интегрированная система менеджмента (либо СМК, СЭМ, СМ ПБиОТ) разработана, внедрена и результативно функционирует, должны систематически проводиться внутренние аудиты.

Также для поддержания в работоспособном состоянии и улучшения систем менеджмента должны осуществляться корректирующие и предупреждающие действия.

1. Данный стандарт определяет систему мероприятий направленных на:
* планирование и проведение внутренних аудитов интегрированной системы менеджмента (СМК, СЭМ, СМ ПБиОТ), созданной на базе международных стандартов (МС) ИСО 9001:2008, 14001:2004, OHSAS 18001:2007 (в зависимости от специфики деятельности предприятия);
* предупреждение повторного появления несоответствий;
* предупреждение появления несоответствий.
1. Целью внутреннего аудита ИСМ является установление того, что ИСМ (СМК, СЭМ, СМ ПБиОТ):

а) соответствует запланированным мероприятиям, требованиям стандартов ИСО 9001-2008, ИСО 14001:2004, OHSAS 18001:2007 (в зависимости от системы менеджмента) и требованиям документации по ИСМ (СМ), разработанной организацией;

б) внедрена результативно и поддерживается в рабочем состоянии.

1. Критерии аудита:
* требования МС (ИСО 9001:2008,14001:2004, OHSAS 18001:2007);
* Политика, цели в области СМ (ИСМ);
* требования стандартов, нормативных документов;
* иные документы по СМ (ИСМ);
* Положения о подразделениях;
* должностные инструкции;
* акты, отчёты инспекционного контроля и обследований инспекционными организациями;
* технологические инструкции, методики испытаний и другие нормативно-технические документы, устанавливающие требования, необходимые для выполнения функциональных задач подразделения.

Критерии каждого аудита определяются планом аудита.

1. В международной практике сложились определенные принципы проведения аудита ИСМ, которые позволяют результативно и качественно проводить аудиты, достигать запланированных целей.

Принципы проведения аудита ИСМ:

* этичность поведения - основа профессионализма;
* беспристрастность - обязательство по представлению правдивых и точных ответов;
* профессиональная осмотрительность - прилежание и здравый смысл при проведении внутреннего аудита;
* независимость - основа беспристрастности и объективности заключений аудита;
* подход, основанный на свидетельстве, - разумная основа для достижения надежных и воспроизводимых заключений аудита в процессе систематического аудита.
1. Область конкретного аудита ИСМ может включать направления деятельности организации, подразделения, процессы, которые проверяются и анализируются при проведении внутреннего аудита.

Область каждого конкретного аудита определяется Программой внутренних аудитов

ИСМ.

1. Частота проведения аудитов определяется с учетом области аудита и имеющихся ресурсов и должна обеспечивать, чтобы в течение года каждое подразделение, входящее в область распространения системы менеджмента (ИСМ, СМК, СЭМ, СМ ПБиОТ), было проверено не менее одного раза.
2. Целью разработки и выполнения корректирующих действий является устранение причин несоответствий для предупреждения их повторного возникновения.

Использование корректирующих действий как средства улучшения заключается в планировании корректирующих действий, их реализации, контроле выполнения запланированных корректирующих действий и анализе результативности процесса с точки зрения достижения поставленных целей.

Осуществленные корректирующие действия, их результативность должны являться составной частью входных данных для анализа со стороны руководства.

1. Порядок разработки и принятия корректирующих действий должен включать:
* регистрацию и анализ несоответствий (порядок регистрации и анализа несоответствий прописан в подразделе 7.1);
* установление причин несоответствий (порядок установления причины несоответствия определен в подразделе 7.2);
* оценивание необходимости выполнения корректирующих действий (порядок проведения оценки необходимости корректирующих действий определен в подразделе 7.3);
* определение и осуществление корректирующих действий (порядок проведения корректирующих действий определен в подразделе 7.4);
* анализ результативности предпринятых корректирующих действий (проводится с целью установления того, что разработанные мероприятия устранили причину выявленного несоответствия; порядок определен в подразделе 7.5);
* документирование результатов предпринятых корректирующих действий (согласно требованиям международных стандартов, записи по результатам предпринятых действий должны вестись соответствую щи м образом, подраздел 7.6).
1. Разработка и принятие предупреждающих действий проводится с целью устранения причин потенциальных несоответствий или других потенциально нежелательных ситуаций для предупреждения их возникновения.
2. Предпринимаемые предупреждающие действия должны быть адекватны возможным последствиям потенциальных проблем.
3. Результативность и эффективность предупреждающих действий являются входными данными для процесса анализа со стороны высшего руководства, а также могут быть использованы как входные данные для модификации планов (в том числе для актуализации Политик и целей в области качества, экологии, промышленной безопасности и охраны труда) и процессов улучшения.
4. Порядок разработки и принятия предупреждающих действий должен включать:
* идентификацию потенциальных несоответствий и анализ потенциальных несоответствий (порядок определен в подразделе 8.1);
* установление причин потенциальных несоответствий (порядок прописан в подразделе 8.2);
* оценивание необходимости действий, чтобы предупредить несоответствия (порядок проведение оценки необходимости проведения предупреждающих действий определен в подразделе 8.3);
* определение и осуществление необходимых действий (порядок определен в подразделе 8.4);

- анализ и документирование результатов предпринятых действий (согласно требованиям международных стандартов, записи по результатам предпринятых действий должны вестись соответствующим образом, подразделах 8.5, 8.6).

5 Организация внутренних аудитов ИСМ

1. Организация внутренних аудитов ИСМ включает:
* назначение лица, ответственного за проведение внутреннего аудита в организации;
* обучение аудиторов;
* разработку Программы внутренних аудитов ИСМ на год.
1. С целью единого подхода к организации и проведению внутреннего аудита ИСМ по предприятиям, входящим в ХХХХ , письмом ХХХХ

, за подписью генерального директора, назначается Главный аудитор, который будет нести ответственность за планирование, проведение, анализ, улучшение процесса внутреннего аудита системы менеджмента по . Главный аудитор назначается по предложению директора департамента ИСМ ХХХХ и по согласованию с

директором дирекции по рискам и внутреннему контролю

Сотрудник, исполняющий обязанности Главного аудитора, должен пройти специальную теоретическую подготовку, владеть методами проведения аудита, опыт в проведении аудитов, а также иметь сертификаты, свидетельствующие о прохождении соответствующей подготовки.

Контроль над функционированием процесса внутреннего аудита ИСМ на предприятиях, входящих в , осуществляют Координаторы по ИСМ соответствующих предприятий (далее по тексту Координаторы), назначенные приказом генерального директора соответствующих предприятий. Функции, ответственность и полномочия Координаторов по ИСМ, Главного аудитора должны быть определены в соответствующем документе (Положении), ответственность за разработку которого несет директор департамента ИСМ.

1. К участию в проведении внутренних аудитов ИСМ допускаются сотрудники, прошедшие специальную теоретическую подготовку и владеющие методами проведения аудита.

На предприятиях ГКНС к проведению внутренних аудитов ИСМ привлекаются внутренние аудиторы, обученные по специальной программе.

Кроме того, внутренний аудит ИСМ могут проводить специалисты других предприятий, имеющие соответствующую подготовку. Основным и важнейшим критерием отбора организации для передачи реализации процесса внутренних аудитов является то, что

* предприятие (специалисты которого привлекаются к проведению внутренних аудитов) должно входить в , Факт передачи процесса внутреннего аудита ИСМ другим организациям должен быть соответствующим образом оформлен.

Обязанности, права и ответственность руководителя группы по аудиту и аудитора представлены в соответствующих документах. Ответственность за разработку (актуализацию) документов, определяющих права, ответственность и полномочия руководителей групп по аудиту, аудиторов (Положения «о распределении ответственности руководителей групп по аудиту, аудиторов), несет Главный аудитор.

1. Для обеспечения компетентности аудиторов Главный аудитор ежегодно, до 1 октября текущего года, формирует заявку на подготовку и повышение квалификации аудиторов. Заявка на обучение аудиторов формируется Главным аудитором по каждому предприятию, входящему в , отдельно, согласовывается с директором департамента ИСМ, и предоставляется Координатору соответствующего предприятия. Координаторы, в свою очередь, потребность в обучении передают в службу по управлению персонала (для организации и проведения обучения),
2. Главный аудитор ведет реестр аудиторов СМ (ИСМ) по , форма реестра представлена в приложении А (реестр актуализируется ежегодно, по результатам работы аудиторов, до 20 января текущего года). Реестр формируется с разбивкой по предприятиям, входящим в . Реестр согласовывается с директором департамента ИСМ, директором дирекции по рискам и внутреннему контролю

, генеральными директорами, Координаторами по ИСМ предприятий. Реестр вводится в действие письмом

1. Внутренние аудиты ИСМ могут быть плановыми и внеплановыми.
2. Плановые аудиты ИСМ проводятся в соответствии с Программой внутреннего аудита ИСМ (далее Программа ВА ИСМ) на год, утверждённой генеральным директором
3. Внеплановые аудиты ИСМ могут проводиться в случае:
* изменений требований СМ (ИСМ);
* освоения новых видов продукции, процессов и услуг;
* существенных изменений технологических процессов;
* изменения организационной структуры предприятия;
* поступления жалоб от потребителей на качество продукции и услуг;
* резкого снижения показателя результативности процесса, предложений руководителей служб и указаний руководства.

Необходимость в проведении внеплановых аудитов ИСМ определяется Главным аудитором, Координатором по ИСМ соответствующего предприятия, совместно с директором департамента ИСМ . Для обеспечения проведения

внепланового аудита Главный аудитор подготавливает проект приказа, согласовывает его с Координатором соответствующего предприятия, с директором департамента ИСМ; Главный аудитор в приказе в обязательном порядке указывает сроки проведения аудита, критерии проверки, ресурсы, необходимые для проведения аудита.

1. Для обеспечения проведения внутренних аудитов на предприятиях ГКНС Главный аудитор ежегодно формирует Программу внутренних аудитов ИСМ.

При формировании Программы ВА ИСМ необходимо учитывать:

* ресурсы, необходимые для проведения внутренних аудитов;
* состав бизнес-процессов;
* сроки проведения надзорных (ресергификационных) аудитов в организации;
* периоды очередных отпусков аудиторов.

Планирование внутренних аудитов осуществляется Главным аудитором по службам (на определенный период планируется проверка всех подразделений, входящих, например, в службу финансового директора, затем аудиты планируются в другой службе и т.д.), с целью выявления полной картины функционирования процессов в службе, а также предоставления информации для проведения проверок с точки зрения системы внутреннего контроля и управления рисками.

8

Программа ВА ИСМ формируется главным аудитором с разбивкой по предприятиям, входящим в

1. Программа ВА ИСМ должна содержать:
* цели аудитов;
* области аудитов (наименование (элемента) деятельности или процесса, наименование проверяемого подразделения);
* критерии аудитов (требования МС, именование документов, процедур, на соответствие требованиям которых проводится аудит);
* указание ответственности за проведение аудитов (должность, фамилию руководителя группы по аудиту);
* ресурсы (человеческие ресурсы, транспорт, финансы);
* сроки проведения аудита.

Форма Программы ВА ИСМ приведена в приложении Б.

1. Программа внутренних аудитов ИСМ согласовывается в обязательном порядке с генеральными директорами организаций, входящих в Координаторами по ИСМ, директором дирекции по рискам и внутреннему контролю и директором департамента ИСМ.

Главный аудитор одновременно с проектом Программы ВА ИСМ предоставляет на согласование заинтересованным лицам проект приказа о внедрении программы. В проекте приказа в обязательном порядке указывается, что отсканированный вариант Программы ВА ИСМ рассылается Координаторам, директору департамента ИСМ, размещается на корпоративных сайтах.

Проект приказа о вводе в действие Программы ВА ИСМ, подготовленный Главным аудитором, в обязательном порядке согласовывается с Координаторами по ИСМ, директором департамента ИСМ, директором дирекции по рискам и внутреннему контролю.

Согласованные проекты Программы и приказа предоставляются генеральному директору на утверждение не позднее 20 января планируемого года.

Отсканированный вариант утвержденных приказа и Программы ВА ИСМ в течение 2 рабочих дней Главньм аудитором рассылаются Координаторам предприятий, директору департамента ИСМ. Координаторы в свою очередь, с целью доведения информации до сотрудников организаций, рассылает отсканированные варианты приказа и Программы ВА по подразделениям (в случае необходимости приказ и Программа рассылается на бумажном носителе), либо размещает на корпоративном сайте (с обязательным извещением об это подразделений).

1. Внедрение годовой Программы ВА ИСМ включает:
* согласование Программы ВА с генеральными директорами организаций, входящих в
* согласование Программы ВА с Координаторами предприятий;
* согласование Программы ВА с директором департамента ИСМ
* согласование Программы ВА с директором дирекции по рискам и внутреннему контролю ЗАО НПО;
* утверждение Программы ВА генеральным директором
* введение в действие Программы внутренних аудитов приказом по

5,11 Изменения в Программу вносят в случаях:

* введения в действие новых процессов или документов СМ (ИСМ);
* возникновения проблем в области СМ (ИСМ);

- получения рекомендаций от руководителей групп внутреннего аудита и руководителей проверяемых подразделений и др.

5.12 Решение о необходимости внесения изменений в Программу внутреннего аудита интегрированной системы менеджмента принимают Главный аудитор, Координатор, совместно с директором департамента ИСМ, проект изменения подготавливает Главный аудитор в течение 4 рабочих дней. Порядок введения в действие изменения, согласования и утверждения аналогичен порядку управления Программой ВА ИСМ. Копия приказа, а также копия изменения к Программе ВА ИСМ направляется Главным аудитором в департамент ИСМ , Координаторам предприятий.

6 Проведение внутренних аудитов ИСМ

6.1 Планирование аудита ИСМ

1. На основе утвержденной Программы ВА ИСМ руководители аудиторских групп формируют планы проведения аудитов (приложение В).
2. В Программе ВА ИСМ назначаются руководители групп по аудиту (указывается должность, И.О.Ф.), в зависимости от степени подготовки аудитора, его личностных качеств, опыта в проведении внутренних аудитов.

Руководитель аудиторской группы в соответствии с утвержденным реестром аудиторов формирует состав аудиторской группы из обученных аудиторов, обладающих компетенцией, достаточной для достижения целей проверки в соответствующей области; состав аудиторской группы согласовывается с Главным аудитором (при планировании конкретного аудита). Главный аудитор имеет право привлечь сотрудника (внутреннего аудитора) другого подразделения (предприятия), имеющего соответствующие знания и навыки для проведения внутренней проверки.

При формировании аудиторской группы руководитель группы по аудиту, а также Главный аудитор должен включить в ее состав специалистов, независимых от проверяемой деятельности.

При необходимости (отпуск, болезнь, командировка) Главный аудитор имеет право замены руководителя группы по аудиту/аудитора, указанного в Программе, на другое лицо, имеющее право руководить группой по аудиту (без внесения изменений в Программу внутренних аудитов ИСМ)/ проводить аудиты.

1. Проект плана аудита ИСМ разрабатывается руководителем группы по аудиту. Проект плана подписывается руководителем аудиторской группы, аудиторами, задействованными в проверке, согласовывается с руководителем проверяемого подразделения, Главным аудитором и утверждается Координатором по ИСМ проверяемой организации. Форма плана аудита представлена в приложении В (в которой отражены все требования к плану аудита).
2. Не позднее, чем за 5 рабочих дней до дня проведения аудита, копия утвержденного плана передается руководителю проверяемого подразделения.
3. В случае, если возникла необходимость проведения внепланового аудита ИСМ (что определено в п.5.6.2), то руководитель аудиторской группы формирует план аудита, в сроки, указанные в приказе, подготавливаемым Главным аудитором.

10

1. Подготовка аудита ИСМ
2. Подготовка аудита включает:
* ознакомление аудиторов с планом проверки;
* изучение и анализ документации, действующей в области аудита (определение ее адекватности, доступности, соответствия критериям аудита);
* подготовку рабочих документов (бланки протоколов о несоответствии, вопросники).

Руководитель группы по аудиту имеет право запросить необходимую для подготовки к аудиту документацию в подразделениях организации-заказчике аудита.

1. Все несоответствия, выявляемые в процессе анализа документов, оформляются аналогично несоответствиям, выявленным в процессе проверки.
2. Для проведения проверки в подразделении, аудиторами составляются вопросники (приложение Г). Вопросник представляет собой систематизированный перечень вопросов, ответы на которые позволят аудитору получать информацию о степени соответствия области аудита критериям проверки. Вопросник не обязателен для аудитора, имеющего опыт в проведении аудитов (не менее 1 года).
3. Осуществление аудита ИСМ в подразделении
4. Проведение вводного совещания. Вводное совещание проводит руководитель группы по аудиту совместно с руководителем (представителями) аудитируемого подразделения для того, чтобы:
* представить персоналу проверяемого подразделения членов аудиторской группы;
* предоставить краткий обзор плана аудита ИСМ;
* разъяснить цели и методы аудита ИСМ;
* разъяснить, где и каким образом будет проводиться проверка;
* установить официальные средства общения между членами аудиторской группы и сотрудниками проверяемого подразделения;
* уточнить детали аудита и предоставить возможность проверяемому подразделению задать вопросы;
* сформировать позитивное отношение к аудиту.
1. Основными задачами обследования области аудита ИСМ является получение объективных данных о соответствии проверяемой деятельности критериям аудита.
2. Для получения объективных данных (свидетельств аудита) используются следующие методы сбора информации:
* изучение и анализ документов и записей;
* опрос персонала проверяемых участков;
* наблюдение за деятельностью, условиями работы.

Все выявленные аудиторами несоответствия подлежат обсуждению в аудиторской группе совместно с руководителем группы, и только после обсуждения может быть принято окончательное решение о несоответствии.

1. В случае обнаружения несоответствий, руководитель аудиторской группы консультирует руководителя (уполномоченного им лица), по следующим аспектам:
* действия по устранению несоответствий;
* возможные причины возникновения несоответствий;
* срок устранения несоответствий;

11

* срок проведения корректирующих действий;
* срок проведения инспекционного аудита.

Ответственность за разработку мероприятий несет руководитель проверяемого подразделения. Руководитель группы по аудиту оценивает разработанные действия на

адекватность.

1. После проведения аудита руководитель группы по аудиту совместно с руководителем проверяемого подразделения определяют области для улучшения деятельности подразделения (осуществляется, в случае если в Программе внутренних аудитов ИСМ определена цель - выявление областей для улучшения).
2. Аудиторская группа до заключительного совещания должна выполнить следующее:
* рассмотреть выводы и другую соответствующую информацию, собранную во время аудита, на соответствие целям аудита;
* подготовить рекомендации, если это предусмотрено целями аудита ИСМ;
* обсудить действия по результатам аудита ИСМ;
* подготовить заключение по результатам аудита ИСМ.
1. В завершении аудита руководитель группы проводит заключительное совещание в проверяемом подразделении с целью доведения до сведения персонала подразделения результатов работы аудиторской группы.
2. Заключение по результатам аудита должно содержать:
* оценку степени соответствия деятельности или процесса требованиям документации ИСМ, разработанной в организации;
* обобщение результатов проверки аудиторов;
* выводы аудиторской группы;
* рекомендации по улучшению;
* согласование сроков проведения инспекционного аудита.
1. Обнаруженные в ходе аудита ИСМ несоответствия подлежат регистрации в протоколе о несоответствии. Форма протокола приведена в приложении Д.

Руководитель аудиторской группы в течение одного рабочего дня регистрирует несоответствия в протоколе; затем направляет протокол о несоответствии в электронном виде руководителю проверяемого подразделения для разработки коррекции и необходимых корректирующих действий. Руководитель аудиторской группы может на месте проведения аудита выписать протоколы о несоответствии, если посчитает это необходимым.

В случае, если руководитель подразделения не согласен с несоответствием, которое было выписано аудиторской группой, то он в обязательном порядке должен дать этому объяснение с указанием причин отказа от несоответствия (в виде служебной записки или письма по электронной почте на имя Координатора в течение 2 рабочих дней, копия служебной записки (письма) в обязательном порядке предоставляется Главному аудитору, директору департамента ИСМ для принятия соответствующего решения, Служебная записка (письмо электронной почты) подшивается в дело по аудиту.

1. Корректирующие действия разрабатываются ответственным лицом в течение 7 рабочих дней с момента проведения внутреннего аудита.

В графе «Корректирующие действия» протокола о несоответствии в обязательном порядке указываются сроки разработки мероприятий, а также лицо ответственное за реализацию данных мероприятий.

Руководитель проверяемого подразделения (уполномоченное им лицо) заполняет протокол, затем заложенные протоколы предоставляет руководителю аудиторской группы.

12

В случае, если разработаны неадекватные мероприятия, то руководитель аудиторской группы проводит дополнительную консультацию руководителю проверяемого подразделения (уполномоченному им лицу).

1. После согласования протоколов о несоответствии их подписывают аудиторы, руководитель группы аудита, руководитель проверяемого подразделения. В случае, если в проведении аудита участвует только руководитель аудиторской группы, то он ставит подписи в протоколе о несоответствии в графах «руководитель аудиторской группы», «аудитор» соответственно.
2. Протоколы о несоответствии в обязательном порядке согласовываются с Координатором по ИСМ проверяемой организации, Главным аудитором.

6,4 Анализ и обобщение результатов аудита ИСМ

1. Руководитель группы по аудиту совместно с аудиторами по результатам проверки составляет итоговый отчёт по аудиту ИСМ в сроки - не более 10 рабочих дней со дня окончания проверки (после разработки всех необходимых мероприятий - коррекции и корректирующих действий):
2. Форма отчета представлена в приложении Е, в ней отражены все требования к отчету по аудиту.

В графе «Характеристика выявленных в ходе аудита несоответствий» указывается градация несоответствий: малозначительные, значительные (а также сами несоответствия, если несоответствий много, то они группируются).

Графа «Оценка функционирования в подразделении проверяемых процессов (деятельности) включает в себя: оценку степени соответствия деятельности или процесса требованиям ИСМ (СМК, СЭМ, СМ ПБиОТ), результаты проверки.

1. Отчет по аудиту должен быть согласован с руководителем проверяемого подразделения, главным аудитором и утвержден Координатором по ИСМ в сроки не более 3 рабочих дней со дня формирования отчета.
2. Копия утверждённого отчёта вместе с копиями протоколов о несоответствиях (при их наличии) направляются руководителю проверяемого подразделения (в течение 2 дней после подписания всех документов).

Руководитель группы текущего аудита формирует дело по аудиту. Дело по аудиту должно содержать:

* план аудита;
* заполненные вопросники;
* протоколы о несоответствиях;
* отчёт по аудиту;
* отчеты о выполнении мероприятий (по мере формирования);
* служебные, объяснительные записки (письма электронной почты), если таковые имеются.

Места хранения дел по аудиту определены в п.6.7.

Руководитель аудиторской группы должен предоставить дело по аудиту (со всеми вышеперечисленными документами) в 14-тидневный (рабочих дней) срок со дня проведения внутреннего аудита Координатору. В случае нарушения данного срока, руководитель аудиторской группы должен предоставить Главному аудитору объяснение причин данного факта (в виде объяснительной записки, письма электронной почты).

13

Координатор контролирует своевременное проведение ВА интегрированной системы менеджмента в организации.

6.4.5 Главный аудитор по окончании проведения аудитов по службе в течение месяца формирует отчет (на основании, полученных результатов по аудитам (дел по аудитам), в котором дает характеристику функционирования процессов по каждой службе.

Отчет по внутренним аудитам ИСМ по каждой отдельной службе должен отражать следующие аспекты:

* 1. Данные по службе (к ним относятся):
* краткое описание функционирования процессов (данной службы);
* общее количество несоответствий;
* критерии, по которым были выявлены несоответствия,
* характеристика несоответствий (по значимости);
* степень влияния на функционирование (процессов, службы, организации);
* последствия;
* системность несоответствий;
* результаты сравнения с предыдущим анализом (повысилась или понизилась результативность, эффективность процессов; тенденции к изменению процессов, влияние службы на другие структурные подразделения (взаимосвязь с другими подразделениями);
* устранение несоответствий, реализация корректирующих действий (выполнены, не выполнены, причины невыполнения);
* области для улучшения, мероприятия по улучшению;
* отзывы проверяемых подразделений об внутренних аудиторах (результаты анкетирования).
1. Основная характеристика функционирования подпроцесса «Внутренний аудит» (выполнение программы ВА ИСМ; ресурсы, затраченные на проведение аудитов; основные проблемы, с которыми столкнулись аудиторы при проведении аудитов, предложения от подразделений об улучшении процессов (если таковые будут); потребности в ресурсах; общая характеристика работы аудиторов).

Главный аудитор предоставляет отчет по результатам аудитов на согласование Координатору по ИСМ для анализа на достаточность, адекватность данных, изложенных в отчете. После чего главный аудитор предоставляет отчет директору департамента ИСМ на согласование. Директор департамента по ИСМ имеет право запросить дополнительную информацию, выдать замечания к отчету. Главный аудитор устраняет все замечания, после чего повторно предоставляет отчет директору департамента ИСМ, после урегулирования всех вопросов (если таковые были), главный аудитор предоставляет отчет директору дирекции по рискам и внутреннему контролю. Данные, изложенные в отчете, служат входными данными для проведения проверок функционирования бизнес-процессов с точки зрения системы внутреннего контроля и управления рисками.

Информация по аудитам (посредством отчета по анализу систем менеджмента) доводится Координаторами до генеральных директоров соответствующих предприятий при проведении анализа системы менеджмента СМК, СЭМ, СМ ПБиОТ, ИСМ (подпроцесс «Анализ со стороны руководства»).

Директор департамента ИСМ, директор дирекции по рискам и внутреннему контролю, генеральные директора предприятий ГКНС, на которых проводился внутренний аудит ИСМ, осуществляют анализ данных, изложенных в отчете. Принятые решения по результатам анализа со стороны руководства доводятся до владельцев соответствующих процессов.

14

6.5 Порядок устранения несоответствий и их причин

1. Руководители подразделений, в которых выявлены несоответствия, в указанные в протоколах сроки организуют оперативное устранение несоответствий и их причин (с учетом решения, принятого Координатором, директором департамента ИСМ, директором дирекции по рискам и внутреннему контролю, Главным аудитором, п.6.3.9).
2. Руководитель проверяемого подразделения в случае невозможности реализации коррекции и корректирующих действий в установленные сроки, извещает (в объяснительной записке, либо по электронной почте) об этом Координатора, Главного аудитора, директора департамента ИСМ, директора дирекции по рискам и внутреннему контролю с указанием причины, с целью принятия соответствующего решения. В случае, если причины невыполнения мероприятий неадекватны, то вопрос выносится на рассмотрение балансовой комиссии (порядок аналогичен порядку, прописанному в п.6.6). В зависимости от ситуации эти данные предоставляются на балансовую комиссию или на рассмотрение высшему руководству в порядке, определенном в подразделе 6.6 для принятия соответствующего решения.

Данная объяснительная записка (письмо электронной почты) руководителем группы подшивается в дело по аудиту как часть аудиторской документации.

6.6 Анализ выполнения мероприятий, разработанных по результатам ВА ИСМ

6.6.1 Руководитель проверяемого подразделения несет ответственность за выполнение мероприятий (коррекции, корректирующих действий), разработанных по результатам проведения внутреннего аудита. По истечении установленного в протоколе срока реализации мероприятия руководитель подразделения формирует отчет о выполнении мероприятий. Отчет о выполнении мероприятий руководитель проверяемого подразделения предоставляет Координатору по ИСМ. В случае необходимости Главный аудитор формирует данные для Координатора, на основе протоколов о несоответствиях, о мероприятиях, которые должны быть реализованы за прошедший период. Информация о выполнении мероприятий руководителем подразделения (уполномоченным им лицом), Координатором по ИСМ предоставляется в департамент ИСМ по запросу специалистов департамента, которые осуществляют контроль над своевременной реализацией мероприятий.

Копия отчета направляется руководителем подразделения Главному аудитору, отчеты считаются частью аудиторской документации.

1. Группа по аудиту в обязательном порядке запрашивает свидетельства выполнения мероприятий при следующем плановом аудите. Отметки об устранении несоответствий и реализации корректирующих действий аудиторы отражают в протоколе о несоответствии в графе «Анализ корректирующих действий», «Заключение аудиторов» с указанием даты.
2. В случае, если при проведении планового аудита в подразделении, аудиторам не будут представлены свидетельства проведения коррекции/корректирующих действий, то руководитель подразделения (уполномоченное им лицо) в течение 2 рабочих дней предоставляет объяснительную записку (либо направляют письмо по электронной почте) на имя Координатора с объяснением причин (копия объяснительной записки предоставляется Главному аудитору, директору департамента ИСМ, директору по рискам и внутреннему контролю), а также с указанием планируемых сроков реализации коррекции, либо корректирующих действий.

15

Координатор, директор департамента ИСМ, директор дирекции по рискам и внутреннему контролю анализируют поступившие объяснительные записки на адекватность причин невыполнения и сроков реализации мероприятий с целыо согласования мероприятий. При возникновении дополнительных вопросов запрашивают информацию у руководителя проверяемого подразделения (уполномоченного им лица). Оригиналы объяснительных записок (письма электронной почты) в обязательном порядке подшиваются в дело по аудиту.

В случае отрицательного решения (несогласования мероприятий) вопрос о невыполнении выносится Координатором на заседание балансовой комиссии. Координатор на основании полученных объяснительных записок (писем электронной почты) от подразделений подготавливает служебную записку (на имя генерального директора), в которой указывает ответственных лиц, не выполнивших коррекцию/корректирующие действия, и предоставляет ее на заседание балансовой комиссии, либо высшему руководству для принятия решения в отношении подразделений, не выполняющих мероприятия. К служебной записке Координатор в обязательном порядке прикладывает копии объяснительных записок (писем электронной почты), полученных от подразделений.

В этом случае выполнение коррекции и корректирующих действий (в установленные сроки) контролируется аудиторской группой при проведении последующего планового аудита в подразделении. Если при проведении плановой проверки повторно будет выявлено невыполнение коррекции и корректирующих действий, аудиторская группа описывает данный факт в отчете по аудиту, а также в протоколе о несоответствии по результатам предыдущего аудита делает соответствующую запись (графы «Анализ выполнения корректирующих действий», «Заключение аудиторов»).

В случае, если невыполнение коррекции/корректирующих действий каким-либо подразделением носит систематический характер, то данный факт также выносится на заседание балансовой комиссии (либо высшему руководству) для принятия решения в отношении подразделения, не выполняющего мероприятия.

1. Ежемесячно (до 10 числа следующего месяца) после проведения текущих аудитов Главный аудитор обобщает выявленные аудиторами несоответствия в виде плана реализации КД (приложение Ж).
2. Главный аудитор формирует план реализации корректирующих действий (форма плана реализации корректирующих действий представлена в приложении Ж) с указанием подразделений, в которых обнаружены несоответствия, сроков устранения и ответственных исполнителей, предоставляет его на согласование Координатору по ИСМ, который формирует проект приказа по предприятию об устранении выявленных несоответствий, предоставляет его на утверждение генеральному директору. Приказ (с приложением) рассылается во все подразделения для устранения типичных несоответствий (в случае необходимости структурные подразделения предпринимают предупреждающие действия с целью предупреждения появления несоответствия).

Приказ направляется во все подразделения для проведения корректирующих и предупреждающих действий, руководитель подразделения должен ознакомить персонал подразделения (участвующий в реализации КД либо ПД) с приказом под роспись.

6.7 Хранение документов по аудиту

16

Дела по внутреннему аудиту ИСМ хранятся в специальных папках, идентифицированных в соответствии с установленными требованиями. Оригиналы дел по аудитам хранятся у Координатора соответствующего предприятия, копии дел по аудиту в обязательном порядке руководителем группы по аудиту предоставляются Главному аудитору (допускается предоставление дел в электронном виде, со всеми заполненными графами и соответствующими подписями). Копии дел по аудиту ИСМ предоставляются главным аудитором директору департамента ИСМ, директору по рискам и внутреннему контролю.

Срок хранения записей - 5 лет.

1. Применение результатов аудита ИСМ

Обобщенные результаты внутренних аудитов ИСМ являются входными данными для процессов:

* анализ со стороны руководства (входными данными для процесса «Анализ со стороны руководства» является отчет, формируемый главным аудитором (п.6.4.5);
* корректирующие действия (предпринимаются подразделениями по результатам проведенных внутренних аудитов, в случае выявления несоответствий);
* предупреждающие действия (предпринимаются подразделениями по результатам проведенных внутренних аудитов, с целью предупреждения несоответствий);
* улучшения деятельности (результаты внутренних аудитов позволяют в рамках процессов подразделениям выявлять области для улучшения).
1. Оценка работы аудиторов ИСМ
2. Оценка работы внутренних аудиторов ИСМ осуществляется Главным аудитором ежеквартально. Для этого Главный аудитор должен осуществить сбор данных о работе аудиторов до 10 числа месяца, следующего за отчетным.
3. Данные, которые необходимо собрать для оценки работы аудиторов, должны содержать информацию о работе аудиторов по следующим критериям:
* количество аудитов под руководством аудитора;
* количество человеко-часов, затраченных на проведение аудитов - соблюдение запланированных сроков;
* количество аудитов, проведенных в качестве руководителя группы по аудиту;
* соответствие документов, установленным требованиям по оформлению;
* отсутствие претензий (обоснованных) от проверяемого подразделения к работе руководителя группы по аудиту, группы аудиторов в целом;
* своевременное проведение инспекционного аудита (с заполнением соответствующих граф в протоколе о несоответствии);
* точность, сжатость, понятность записей по результатам аудитов;
* своевременное формирование, согласование и утверждение планов аудитов;
* своевременное предоставление дел по аудиту Координатору по ИСМ, Главному аудитору.
1. По окончании проверки по службе (согласно Программе ВА ИСМ) в течение 2 рабочих дней Главный аудитор во все подразделения (в которых проводились проверки за данный период) рассылает анкету, с целью сбора информации об оценке работы внутренних аудиторов со стороны проверяемых подразделений. Анкетирование проводится с целью оценки восприятия структурными подразделениями организации процесса внутреннего аудита, целей его проведения, а также для улучшения взаимодействия со структурными подразделениями при аудите. Анкету (приложение Л) заполняют как руководители подразделений, так и уполномоченные по ИСМ.
2. Главный аудитор собирает анкеты, осуществляет полный анализ работа аудиторов за год, результаты оценки в обязательном порядке документируются и должны содержать: оценку работы аудитора по критериям, указанным в п.6.9.2, а также заключение по результатам оценки (результаты оценки работы аудиторов со стороны подразделения, общая характеристика работы аудитора). Кроме того, данные анкетирования используются при формировании отчета по результатам внутреннего аудита по конкретной службе.
3. Главный аудитор при анализе работы аудиторов оценивает:
* количество проведенных аудитов;
* сложность проведенных аудитов;
* отзывы от руководителей проверяемых подразделений (если таковые были);
* степень выполнения обязанностей;
* результаты ежеквартальной оценки.
1. Результаты анализа доводятся до руководителей групп по аудиту, аудиторов, директора департамента ИСМ, директора дирекции по рискам и внутреннему контролю.
2. Главный аудитор формирует дело по каждому аудитору, которое содержит:
* копии сертификатов об обучении аудиторов;
* результаты ежеквартальной оценки;
* результаты годовой оценки;
* анкеты, полученные от подразделений;
* и другие документы, имеющие непосредственное отношение к оценке аудитора.

Ответственность за хранение записей по результатам оценки несет Главный аудитор, срок хранения записей - 5 лет. Результаты оценки учитываются при формировании Программы ВА, а также при формировании Реестра аудиторов.

7 Разработка и принятие корректирующих действий

7.1 Регистрация и анализ несоответствий

7.1.1 Несоответствия могут быть выявлены (в зависимости от специфики деятельности предприятия, входящего в ) при:

* внутренних, сертификационных аудитах;
* комплексных, целевых, оперативных обследованиях;
* мониторинге и измерениях продукции, экологических аспектах, инцидентах и несчастных случаях;
* проведении проверок соблюдения требований в области экологии, промышленной безопасности и охраны труда (в зависимости от специфики деятельности предприятия);
* проведении проверок соблюдение норм технологического режима;
* получении информации от заинтересованных сторон (потребителей, контролирующих и

18

надзорных органов, общественности, персонала) и т.д.

7.1.2. Все выявленные несоответствия подлежат анализу и регистрации:

* при выявлении несоответствий в ходе внутренних аудитов ИСМ - в протоколах о несоответствии;
* при комплексных, целевых, оперативных обследованиях, проведении проверок соблюдения требований в области СМ - в актах - предписаниях, предписаниях;
* при возникновении инцидента и несчастного случая - в журнале регистрации несчастных случаев, актах;
* при мониторинге и измерениях экологических аспектов - в протоколах, журналах;
* при мониторинге и измерениях продукции - в актах о несоответствии;
* при получении информации от заинтересованных сторон (потребителей, контролирующих и надзорных органов, общественности, персонала и т.д.) - в журналах, предписаниях.

Формы записей, в которых регистрируются несоответствия, устанавливаются в организации соответствующими процедурами или задокументированы в стандартах.

1. Анализ несоответствий проводят:
* уполномоченные лица (специалисты соответствующих подразделений, в зависимости от направления);
* руководители подразделений, в которых проводился внутренний аудит;
* специально назначенная комиссия.

Ответственность за регистрацию всех несоответствий несет руководитель процесса (руководитель подразделения в зависимости от направления), в рамках которого обнаружено несоответствие.

1. В качестве источников информации о несоответствиях могут быть использованы:
* отчеты о несоответствиях (включая жалобы потребителей);
* отчеты о внутренних аудитах;
* выходные данные анализа со стороны руководства;
* выходные данные измерений удовлетворенности потребителей;
* соответствующие данные о СМ (ИСМ);
* данные измерений и мониторинга процессов и продукции.
1. Все выявленные несоответствия должны подвергаться анализу. Критериями для анализа важности несоответствий, в части влияния их на функционирование СМ, могут быть:
* частота появления несоответствий (разовые, повторяющиеся);
* последствия, связанные с появлением несоответствий (незначительные, значительные, критические);
* вероятность повторного появления и своевременного обнаружения несоответствия (низкая, средняя, высокая);
* ориентировочные затраты на устранение последствий несоответствий и их причин.

Ответственность за проведение анализа несоответствий несет руководитель процесса (руководитель подразделения), в рамках которого выявлено несоответствие. Руководитель процесса (руководитель подразделения) может назначать сотрудника(ов) подразделения, ответственных за проведение анализа и дальнейшую разработку корректирующих действий.

1. Сотрудники, проводящие анализ, должны обладать компетентностью, позволяющей объективно оценивать характер несоответствий, их последствия, причины возникновения несоответствий, а также формулировать корректирующие действия.
2. Установление причин несоответствий
3. Для каждого выявленного несоответствия должна быть установлена причина его возникновения.
4. Установление причин появления несоответствия по результатам анализа несоответствия проводит руководитель подразделения, в котором выявлено несоответствие.
5. Установление причин несоответствия включает в себя:
* определение первопричины в цепи возможных причин, которые привели к появлению несоответствий (установление причинно-следственной связи между этими данными и выявленными несоответствиями (в качестве инструментов для установления причинно- следственных связей могут использоваться диаграммы Исикавы, контрольные карты Шухарта и т.д.);
* очередность решения проблемы или устранения несоответствия;
* формулирование всех возможных причин появления несоответствия (может быть использован метод мозгового штурма);
* установление основной причины возникновения несоответствия.

Результаты анализа причин появления несоответствия (основную причину возникновения несоответствия) руководитель процесса/руководитель подразделения в обязательном порядке указывает в записях, отраженных в п.7.1.2.

1. Определение причины несоответствия является ключевым моментом, обеспечивающим должную результативность и эффективность корректирующих действий. Ответственность за формулирование причины выявленных несоответствий несет руководитель процесса (подразделения). Руководитель процесса (подразделения) может сам установить причину несоответствия или назначить распоряжением сотрудника(ов), ответственного(ых) за установление причины.
2. Оценка необходимости принятия корректирующих действий
3. На основе установленной причины несоответствия следует определить:
* необходимость выполнения корректирующих действий;
* ограничиться коррекцией - устранением несоответствия.
1. Руководитель подразделения (руководитель процесса) в записях, определенных п.7.1.2 указывает характер коррекции, сроки и лицо, ответственное за ее проведение.
2. При оценивании необходимости принятия корректирующих действий используют информацию:
* о предпринятой коррекции для устранения несоответствия;
* об ущербе, нанесенном появлением несоответствия;
* о частоте появления несоответствия;
* о затратах, необходимых для проведения коррекции и корректирующих действий;
* о наличии ресурсов на выполнение корректирующих действий;
* о причинах несоответствий, связанных с проявлением случайных внешних воздействий или с отклонениями в работе процессов (системы);
* о требованиях, предъявляемых к процессам, работам, оборудованию;
* о значимости рисков.
1. Руководитель подразделения (процесса) разрабатывает корректирующие действия для устранения причин выявленных несоответствий в случаях, определенных в
2. Руководитель подразделения (процесса) самостоятельно принимает решение о проведении коррекции и/или корректирующих действий, если они не требуют значительных ресурсов.

Если для проведения коррекции и/или корректирующих действий требуются значительные ресурсы (или по каким-либо другим веским причинам), то руководитель подразделения (процесса) должен направить Координатору объяснительную записку (письмо электронной почты) с соответствующим обоснованием. Координатор принимает решение о проведении корректирующих действий, либо об отмене их, либо выносит данный вопрос на рассмотрение высшему руководству.

7.4 Определение и осуществление корректирующих действий

1. Руководитель подразделения (процесса), в котором выявлено несоответствие, несет ответственность за разработку корректирующих действий и их реализацию.
2. При выборе необходимых корректирующих действий должны учитываться следующие критерии:
* конкретность (способность предотвратить или свести к минимуму случаи повторного возникновения несоответствий);
* измеримость (все мероприятия должны иметь результат);
* достижимость (наличие всех необходимых ресурсов для выполнения запланированных мероприятий);
* реалистичность (мероприятия возможно произвести в существующих условия деятельности предприятия);
* своевременность (мероприятия должны быть проведены в согласованные сроки, позволяющие устранить причину возникновения риска);
* ответственность (за проведение мероприятий должно отвечать определенное лицо).
1. Руководитель подразделения в семидневный срок разрабатывает корректирующие действия, определяет планируемую дату их выполнения, ответственного за выполнение мероприятия и указывает их, в обязательном порядке, в соответствующих записях (журналах, актах-предписаниях, предписаниях и т.д.).
2. Разработанные корректирующие действия должны быть адекватны последствиям выявленных несоответствий и направлены на:
* предотвращение повторного возникновения несоответствия;
* снижение ущерба, наносимого появлением несоответствия;
* увеличение вероятности своевременного обнаружения несоответствия.
1. Решение о проведении корректирующих действий, связанных со значительными инвестициями, принимает высшее руководство, для этого Координатор по ИСМ готовит проект приказа по осуществлению корректирующих действий с указанием:
* лиц, ответственных за их выполнение;
* сроков реализации мероприятий;
* лиц, ответственных за осуществление контроля степени реализации корректирующих действий.
1. Осуществление корректирующих действий проводится в подразделении, в котором возникло несоответствие, однако ответственность за выполнение мероприятий может быть возложена на руководителя другого подразделения, участвующего в процессе, в рамках которого было выявлено несоответствие. Контроль над соблюдением сроков проведения корректирующих действий и соответствием выполненных мероприятий

21

запланированным осуществляет руководитель подразделения, где выявлено несоответствие. Кроме того, в сроки, определенными документированными процедурами, подразделение формирует отчет о выполнении разработанных мероприятий, в котором указываются:

* фактические сроки выполнения мероприятий;
* причины в случае невыполнения мероприятий (если таковые будут).

Форма отчета определена в соответствующих документированных процедурах (кроме процесса внутреннего аудита, в данном случае форма отчета свободная). Отчеты руководители подразделений (уполномоченные им лица) предоставляют в подразделение, проводившего проверку, для анализа.

1. В случае, если несоответствия были выявлены сторонними организациями, и форма акта, либо протокола не предусматривает разработку корректирующих действий, то в таком случае данные несоответствия регистрируются в журнале регистрации несоответствий и корректирующих действий. Допускается вести журнал в электронном виде (приложение И).
2. Срок проверки выполнения корректирующих действий не должен составлять более двух недель от фактической даты завершения выполнения корректирующих действий.
3. Руководители подразделений, проводившие проверку по соответствующим направлениям, консолидируют отчеты о выполнении мероприятий по результатам проверок, предоставляемыми проверяемыми подразделениями, осуществляют анализ представленных данных, информируют о выполнении мероприятий директоров по направлениям.

Порядок информирования руководства о выполнении мероприятий по результатам внутренних аудитов определен в п.б.6.

1. Анализ результативности корректирующих действий

7.5,1 Оценка результативности внедренных корректирующих действий направлена на определение достижения поставленной цели:

* устранения причины несоответствия;
* предупреждения повторного возникновения несоответствия.
1. В отчете, формируемом подразделением о выполнении мероприятий (коррекции и корректирующих действий), кроме мероприятий, разработанных в ходе внутренних аудитов, руководители подразделений отражают результаты анализа результативности предпринятых КД.
2. Кроме того, результативность предпринятых КД оценивается при проведении проверок (соблюдения установленных предприятиями требований) сотрудниками соответствующих подразделений в области экологии, промышленной безопасности и охраны труда и других подразделений предприятий ГКНС, в зависимости от специфики деятельности. Анализу подлежит выполнение всех запланированных мероприятий, включая мероприятия, разработанные для устранения несоответствий (также для устранения причин их появления), выявленных инспектирующими и контролирующими органами, а также оценивается результативность предпринятых КД.

Порядок оценки результативности КД, разработанных по результатам внутренних аудитов, определен в подразделе 6.6.

1. Оформление записей результатов предпринятых действий

22

1. Записи, содержащие зарегистрированные данные о несоответствии, коррекции и корректирующих действиях, должны поддерживаться в рабочем состоянии в соответствии с п,4.2.4 ИСО 9001-2008; п.4.5.4 ИСО 14001:2004; п.4.5.4 OHSAS 18001:2007 (в зависимости от СМ), а также в соответствии с установленными на предприятии требованиями.
2. Места хранения записей, в которых осуществляется регистрация несоответствий, а также разработанных мероприятий, определяются внутренними процедурами организаций.
3. Срок хранения журнала регистрации несоответствий и корректирующих действий (в случае, если он ведется в подразделении) - три года с момента внесения последней записи.
4. Ответственность за хранение записей несет лицо, назначенное руководителем подразделения.

8 Разработка и принятие предупреждающих действий

8.1 Анализ потенциальных несоответствий

1. Данные о потенциальных несоответствиях могут быть получены посредством:
* использования методов анализа риска и последствий отказов;
* анализа требований и ожиданий потребителей;
* анализа рынка;
* использования выходных данных анализа со стороны высшего руководства;
* оценки удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
* измерений результативности и эффективности процессов;
* результатов самооценки;
* анализа предпринятых корректирующих действий;
* соответствующих записей СМ (ИСМ).
1. При проведении анализа потенциальных несоответствий может быть использована следующая информация:
* вероятность появления потенциального несоответствия;
* последствия, связанные с возникновением потенциального несоответствия;
* вероятность повторного появления и своевременного обнаружения несоответствия;
* ресурсы, необходимые для предупреждения потенциального несоответствия.
1. Процедуры предупреждающих действий могут быть инициированы:
* исполнителями работ;
* руководителем процесса и участвующим в нем персоналом;
* аудиторами при проведении внешних и внутренних аудитов, Главным аудитором, Координатором, директором департамента по ИСМ
1. Выявленные потенциальные несоответствия регистрируются в каждом подразделении в журнале учета потенциальных несоответствий и предупреждающих действий (приложение К). Допускается вести журнал в электронном виде. Регистрацию потенциальных несоответствий осуществляет руководитель подразделения (либо уполномоченное им лицо), он же несет ответственность за поддержание журнала в рабочем состоянии.

23

1. Установление причин потенциального несоответствия
2. Процедура установления причин потенциального несоответствия включает в

себя:

* идентификацию объекта, в отношении которого выявлено потенциальное несоответствие (продукция, процесс, система менеджмента качества);
* анализ данных мониторинга и измерения характеристик объекта;
* установление причинно-следственной связи между этими данными и выявленными потенциальными несоответствиями (диаграмму Исикавы, контрольные карты Шухарта и т.д.);
* формулирование всех возможных причин появления потенциального несоответствия (FMEA анализ, работа в группе);
* установление основных причин возникновения несоответствия (диаграмма Парето и др.).
1. Ответственность за установление и регистрацию причины потенциальною несоответствия несет руководитель подразделения, в котором выявлено несоответствие.
2. Сроки установления причины потенциального несоответствия, после того, как оно зарегистрировано в журнале, - две недели.
3. Результаты установленных причин потенциальных несоответствий, которые могут проявиться в рамках одного процесса, регистрируют в журнале регистрации потенциальных несоответствий и предупреждающих действий (приложение К).
4. Результаты установленных причин потенциальных несоответствий, которые могут распространиться на несколько процессов, регистрируют в журналах регистрации потенциальных несоответствий и предупреждающих действий подразделения, на которое возложена реализация мероприятий, либо в журнале у Координатора (в зависимости от специфики мероприятия).
5. Оценка необходимости принятия предупреждающих действий
6. При оценке необходимости принятия предупреждающих действий может быть использована информация о:
* успешно реализованных корректирующих действиях;
* вероятности возникновения потенциального несоответствия;
* вероятности своевременного обнаружения несоответствия до выхода ситуации из-под контроля;
* сроках возникновения несоответствия (в отдаленной перспективе, в ближайшее время, в любой момент);
* затратах, связанных с реализацией предупреждающих действий;
* ущербе, в случае возникновения потенциального несоответствия;
* причинах потенциальных несоответствий, связанных с отклонениями в работе процессов ИСМ или изменениями внешней среды,
1. Ответственность за принятие решений в отношении необходимости принятия предупреждающих действий несет:
* руководитель подразделения/процесса (если предупреждающие действия реализуются в рамках процесса);
* Координатор, а также высшее руководство организации (если предупревдающие

24

действия выходят за рамки одного процесса),

1. Координатор инициирует обсуждение с высшим руководством вопроса по предупреждающим действиям по интегрированной системе менеджмента, на заседании рассматриваются предложенные варианты предупреждающих действий с точки зрения важности потенциальной проблемы и возможности организаций, для принятия управленческого решения о проведении предупреждающих действий, при необходимости Координатор по ИСМ готовит соответствующий проект приказа (где указывает ответственность и полномочия за выполнение предупреждающих действий, сроки и ресурсы для их реализации; сроки осуществления проверки степени реализации предупреждающих действий).
2. Предупреждающие действия, не требующие времени и затрат для их реализации, оперативно осуществляет руководитель подразделения, где имеется возможность возникновения потенциального несоответствия.
3. В случае необходимости по запросу Координатора структурные подразделения предоставляют информацию о разработанных ПД.
4. Предпосылками для принятия решения о необходимости проведения предупреждающих действий могут быть;
* предположение о возможности возникновения проблемной ситуации;
* эффективно проведенное корректирующее действие;
* информация от потребителей;
* анализ причин потенциальных несоответствий;
* проверка эффективности проведенного предупреждающего действия.

8.4 Определение и осуществление предупреждающих действий

1. Предупреждающие действия предпринимаются для устранения причин потенциального, то есть возможного, но еще не проявившегося несоответствия, чтобы предотвратить его возникновение.
2. Предупреждающие действия должны:
* устранять причину потенциального несоответствия;
* предупреждать ее повторное появление;
* быть адекватными возможным последствиям потенциальных проблем;
* не провоцировать возникновение других несоответствий;
* учитывать требования всех заинтересованных сторон.
1. Ответственность за формулирование предупреждающих действий несут: руководитель процесса (если предупреждающие действия должны быть реализованы в

рамках процесса);

Координатор по ИСМ с вынесением вопроса на совещание с высшим руководством (если устранение причины потенциального несоответствия распространяется на более чем один процесс, а также требующих значительных финансовых затрат).

1. Сформулированные предупреждающие действия, ответственные лица и сроки выполнения предупреждающих действий регистрируются:
* в журнале предупреждающих действий подразделений (приложение К);
* в протоколе заседания руководства организации, если таковое проводилось.
1. Порядок осуществления предупреждающих действий включает в себя:

25

* определение ответственности и полномочий за проведение предупреждающих действий;
* установление сроков и ресурсов для их реализации;
* реализацию предупреждающих действий;
* определение того, все ли предупреждающие действия выполнены;
* оценку результативности предупреждающих действий (степень достижения поставленных целей).
1. Руководитель процесса (если предупреждающие действия должны быть реализованы в рамках процесса), Координатор по ИСМ (если устранение причины потенциального несоответствия распространяется на более чем один процесс) отслеживают соблюдение сроков и объемов проводимых предупреждающих действий.
2. После проведения предупреждающих действий руководитель процесса делает соответствующую отметку в журнале учета потенциальных несоответствий и предупреждающих действий.
3. Подтверждением того, что причина потенциального несоответствия устранена, являются данные об отсутствии несоответствий в течение установленного периода времени. Сроки подтверждения того, что предпринятые предупреждающие действия устранили причину потенциального несоответствия, устанавливаются индивидуально, в зависимости от характера потенциального несоответствия, и регистрируются в журнале учета потенциальных несоответствий и предупреждающих действий Координатора (либо подразделения, в зависимости от специфики мероприятия).
	1. Анализ результативности предупреждающих действий
		1. Анализ результативности предупреждающих действий проводит руководитель процесса совместно с руководителем подразделения, в котором выявлено потенциальное несоответствие,
		2. Анализ результативности предупреждающих действий направлен на установление достижения поставленных целей:
* предотвращено ли потенциальное несоответствие;
* не вызвало ли проведение предупреждающих действий появления новых потенциальных несоответствий.
	+ 1. Результаты проведенного анализа результативности предупреждающих действий регистрируются руководителем подразделения в журнале учета потенциальных несоответствий и предупреждающих действий, В случае, если предупреждающие действия выходят за рамки одного процесса, результаты проведенного анализа результативности регистрируются в журнале учета потенциальных несоответствий и предупреждающих действий у Координатора, либо в подразделении, которое несет ответственность за реализацию мероприятий и протоколах заседаний высшего руководства.
	1. Оформление записей
		1. Записи, содержащие зарегистрированные данные о несоответствии, коррекции и корректирующих действиях, должны поддерживаться в рабочем состоянии в соответствии с п.4.2,4 ИСО 9001-2008; п.4.5.4 ИСО 14001:2004; п.4.5.4 OHSAS 18001:2007.
		2. Места хранения записей, в которых осуществляется регистрация несоответствий, а также разработанных мероприятий, определяются внутренними

26

процедурами.

* + 1. Срок хранения журнала регистрации несоответствий и корректирующих действий (в случае, если он ведется в подразделении) - три года с момента внесения последней записи.
		2. Ответственность за хранение записей несет лицо, назначенное руководителем подразделения.
		3. Оригиналы протокола совещания высшего руководства хранятся у Координатора.

Журнал регистрации потенциальных несоответствий и предупреждающих действий хранится во всех подразделениях. Ответственность за хранение записей несет руководитель подразделения.

9 Ответственность

|  |  |
| --- | --- |
| Участники процесса | Ответственность |
| Координатор предприятия по ИСМ | * контроль над своевременным проведением ВА ИСМ;
* предоставление на балансовую комиссию (высшее руководство) информации о ходе выполнения КД;
* хранение дел по аудиту ИСМ;
* хранение протоколов совещания высшего руководства;
* предоставление плана КД, подготовка и предоставление приказа о реализации КД генеральному директору предприятия;
* хранение оригиналов дел по аудитам ИСМ;
* анализ и предоставление заявки на обучение в службу по управлению персоналом,
 |
| Генеральные директора, директор ИСМ, директор по рискам и внутреннему контролю | * анализ результативности системы менеджмента;
* принятие решений по результатам анализа, доведение решений до соответствующих владельцев БП
 |
| Департамент ИСМ | ~ осуществление контроля над своевременной реализаций коррекции, КД по результатам внутренних аудитов |
| Главный аудитор | * своевременное формирование Программы ВА ИСМ и предоставление на согласование и утверждение;
* формирование и выпуск приказа о вводе в действие Программы ВА ИСМ (изменений к Программе ВА ИСМ);
* формирование приказа о проведении внеплановых аудитов;
* своевременное проведение внутренних аудитов;
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | * результативное функционирование процесса «Внутренний аудит»;
* обеспечение необходимыми ресурсами для проведения внутренних аудитов;
* организация проведения инспекционных аудитов;
* формирование плана корректирующих действий и предоставление его на согласование Координатору;
* своевременное формирование изменений к Программе ВА ИСМ и предоставление на согласование; оценка работы аудиторов;
* своевременное формирование отчета по аудитам ИСМ за отчетный период;
* ведение реестра аудиторов по ГКНС;
* формирование заявки на обучение и предоставление ее Координатору соответствующего предприятия;
* рассылка о программы ВА ИСМ и приказа о ее внедрении Координаторам по ИСМ, директору департамента ИСМ
 |
| Руководители групп по аудиту | * своевременное проведение внутренних аудитов;
* своевременное и качественное формирование документации, входящей в дело по аудиту
 |
| Руководители подразделений предприятий ГКНС | * подготовка подразделения к проведению аудитов;
* достоверность предоставляемой в ходе аудита информации (документации) в качестве свидетельств;
* анализ несоответствий, установление причин появления несоответствия;
* разработка коррекции и КД;
* своевременная реализация коррекции и корректирующих действий;
* разработка и реализация предупреждающих действий;
* формирование отчетов по устранению несоответствий, в соответствии с установленными процедурами;
* анализ реализованных корректирующих действий;
* ведение записей, закрепленных за подразделением.
 |
| Проверяющие подразделения | * анализ реализованных корректирующих действии;
* контроль над своевременной реализацией корректирующих действий, по результатам проверок;
* предоставление информации директорам по направлениям о выполнении КД
 |