



PROCEDURA AUDITÓW WEWNĘTRZNYCH

1. CEL PROCEDURY

Celem działań opisanych procedurą jest określenie czy system zarządzania jakością jest zgodny z wymaganiami normy ISO 9001, własnymi wymaganiami Uczelni dotyczącymi systemu zarządzania jakością oraz czy został właściwie dostosowany do normy ISO 9001 i czy jest skutecznie utrzymywany.

2. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Rektor jest odpowiedzialny za zatwierdzanie harmonogramu auditów wewnętrznych.

Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością jest odpowiedzialny za:

- planowanie auditów wewnętrznych,
- nadzór nad realizacją auditów wewnętrznych,
- analizę raportów z auditów, ocenę wyników auditów i określenie działań doskonalących.

Audиторzy wewnętrzni odpowiadają za przygotowanie i przeprowadzenie auditów wewnętrznych oraz sporządzenie raportów.

Odpowiedzialni za procesy odpowiadają za określenie i wykonanie działań korygujących, mających na celu usunięcie ujawnionych niezgodności oraz przyczyn ich powstawania.

3. POSTĘPOWANIE

3.1 Rejestr auditorów wewnętrznych

3.1.1 Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością powołuje pracowników ANS w Elblągu na auditorów wewnętrznych i prowadzi ich rejestr.

3.1.2 Kryteria zakwalifikowania kandydata na auditora są następujące:

- praktyka zawodowa w ANS w Elblągu co najmniej 1 rok,
- ukończone szkolenie auditorów wewnętrznych.

3.1.3 Rejestr auditorów jest weryfikowany co roku na podstawie okresowej oceny auditorów.

3.1.4 Kryteriami oceny auditorów są:

- terminowość przeprowadzenia auditów,
- poprawność dokumentowania auditów,
- wartość dodana w wyniku auditów.



PROCEDURA AUDITÓW WEWNĘTRZNYCH

3.2 Planowanie auditów wewnętrznych

3.2.1 Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością sporządza Harmonogram auditów wewnętrznych na formularzu F9.2/1 do 15 stycznia każdego roku. Harmonogram obejmuje okres od 1 marca danego roku do końca lutego roku następnego.

3.2.2 Harmonogram auditów wewnętrznych jest zatwierdzany przez Rektora.

3.2.3 Przedmiotem auditu mogą być zarówno procesy, jak i jednostki organizacyjne. Przyjmuje się, że każdy proces jest auditowany co najmniej raz w roku.

3.2.4 Harmonogramy numerowane są kolejnymi liczbami rzymskimi. Auditom wewnętrznym nadawane są kolejne numery (liczby arabskie) w celu ich identyfikacji. Audity są zapisywane w harmonogramie w kolejności wynikającej z planowanych terminów ich realizacji.

3.2.5 Rektor może zdecydować o przeprowadzeniu auditu jakości poza harmonogramem auditów wewnętrznych. Potrzeba przeprowadzenia auditu pozaplanowego może wynikać w szczególności z wprowadzenia zmian mających wpływ na system zarządzania jakością, działań korygujących, a także w przypadku pogorszenia się jakości na jakimś odcinku działalności jednostki organizacyjnej objętej systemem zarządzania jakością.

3.3 Inicjowanie auditu

3.3.1 Nie później niż 2 tygodnie przed zaplanowanym w Harmonogramie terminem auditu Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością inicjuje audit wystawiając Powołanie zespołu auditorów na formularzu F9.2/2, gdzie wyznacza auditora wiodącego oraz określa zakres auditu i podaje wytyczne dotyczące auditu.

3.3.2 Zespół auditorów jest powoływany spośród osób będących w rejestrze auditorów wewnętrznych, mając na uwadze, żeby audity były prowadzone przez osoby niezależne od osób odpowiedzialnych za auditowane działania.

3.3.3 Powołanie zespołu auditorów (formularz F9.2/2) jest wręczane przełożonym osób wytypowanych do przeprowadzenia auditu, którzy z kolei wręczają je auditorom.

3.3.4 W przypadku, gdy termin auditu koliduje z zadaniami danej jednostki organizacyjnej, przełożony auditora informuje o tym fakcie Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością, który uzgadnia zmianę terminu auditu, bądź dokonuje zmiany auditora.



PROCEDURA AUDITÓW WEWNĘTRZNYCH

3.4 Przygotowanie auditu

Auditor wiodący opracowuje Plan auditu wewnętrznego na formularzu F9.2/3 i nie później niż 3 dni przed auditem uzgadnia z auditowanym i przekazuje mu kopię do wiadomości, co ten potwierdza podpisem.

3.5 Przeprowadzenie auditu

3.5.1 Audit w ustalonym dniu rozpoczyna się od spotkania otwierającego, podczas którego auditor wiodący przedstawia cel i zakres auditu. W spotkaniu uczestniczą osoby odpowiedzialne za auditowany obszar.

3.5.2 Następnie auditorzy przeprowadzają metodyczne badanie funkcjonowania systemu zarządzania jakością w auditowanych obszarach w zakresie przewidzianym w Planie auditu.

3.5.3 Na spotkaniu zamykającym auditor wiodący przedstawia wyniki auditu oraz informuje o stwierdzonych niezgodnościach i poczynionych spostrzeżeniach.

3.5.4 Stwierdzone niezgodności są zapisywane na Kartach niezgodności (na formularzu F9.2/4), oddzielnie dla każdej niezgodności. Karty niezgodności numeruje się w sposób następujący: nr etapu auditów (Harmonogramu)/nr auditu w Harmonogramie/nr kolejny niezgodności w danym audicie (np. numer 1/2/3 oznacza trzecią niezgodność stwierdzoną podczas drugiego auditu z pierwszego etapu auditów).

3.5.5 Odpowiedzialny za auditowany obszar potwierdza na Kartach niezgodności zrozumienie istoty niezgodności, określa ich przyczyny oraz wpisuje propozycję działań korygujących, termin realizacji i osoby odpowiedzialne za ich wykonanie.

3.5.6 Auditor wiodący dokonuje oceny i akceptacji proponowanych działań korygujących.

3.5.7 Termin zakończenia działań korygujących nie powinien przekraczać trzech miesięcy.

3.5.8 Spostrzeżenia, niestanowiące niezgodności, w stosunku, do których, zdaniem auditorów, zalecane są działania zapobiegawcze lub inne działania doskonalące będą zapisane w Raporcie z auditu.



PROCEDURA AUDITÓW WEWNĘTRZNYCH

3.6 Raport z auditu

3.6.1 Nie później niż w ciągu 7 dni po zakończeniu auditu auditor wiodący sporządza Raport z auditu wewnętrznego na formularzu F9.2/5 i przekazuje go Pełnomocnikowi ds. Systemu Zarządzania Jakością wraz z Planem auditu oraz Kartami niezgodności.

3.6.2 Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością dokonuje analizy Raportu z auditu, w tym spostrzeżeń z auditu, oraz propozycji działań korygujących podanych na Kartach niezgodności. Podejmuje on decyzję, co do dalszego postępowania ze spostrzeżeniami opisanymi w Raporcie, w uzasadnionych przypadkach wystawiając Karty działań zapobiegawczych na formularzu F10.1/1.

3.6.3 Kopię Raportu z auditu oraz Karty niezgodności i Karty działań zapobiegawczych Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania przekazuje do odpowiedzialnego za auditowany obszar.

4. ZAPISY

4.1 Harmonogram auditów wewnętrznych (formularz F9.2/1), Powołanie zespołu auditorów (formularz F9.2/2), Plan auditu wewnętrznego (formularz F9.2/3) są przechowywane przez Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością przez okres 2 lat.

4.2 Karty niezgodności (formularz F9.2/4), Raport z auditu wewnętrznego (formularz F9.2/5) są przechowywane przez Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością oraz przez odpowiedzialnego za auditowany obszar przez okres 3 lat.

4.3. Rejestr auditorów wewnętrznych przechowywany jest przez Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością przez okres 3 lat od dnia dokonania weryfikacji, o której mowa w 3.1.3.